

arbetsgivare. Tiden från det att beställaren börjar fundera över nytt förfrågningsunderlag tills en eventuell ägare tar över kan beräknas till 1,5–2 år. Under denna tid lever personalen i osäkerhet om framtiden. Det är troligt att detta kommer att öka den psykiska presen.

□ Om ett bolag har byggt upp en verksamhet med lokaler, utrustning, utbildad personal etc, men ett annat bolag vinner anbudet, kan det första bolaget bli underentreprenör åt det andra. Personalen blir kanske leasad.

□ Ägarna måste ta en stor del av sin arbetstid för att arbeta med anbud.

□ I ett personalgiltigt företag riskerar ägarna att få gå om en ny entreprenör vinner avtalet.

□ Det är troligt att dessa förhållanden kommer att leda till att folk börjar söka sig bort då det blir dags för ny upphandling. Kanske vill man vara kvar hos gamla arbetsgivaren eller så är man inte nöjd med de anställningsvillkor man erbjuds. Rörligheten kommer att öka, det blir svårare att bygga upp välfungerande team och svårare att bygga upp samverkan med omvärlden.

Läkarna får konsultroll

□ Så länge läkarbristen kvarstår kommer läkarna att välja sin arbetssituation och välja bland tilltänkta arbetsgivare. Genom att byta arbetsplats ofta kommer de att i praktiken fungera som konsulter eller inhyrda läkare, utan långsiktigt ansvar för verksamheten. På detta sätt avsäger de sig ledarskapet.

□ De läkare som vill vara ledare kan inte räkna med någon naturlig karriär i kraft av sin erfarenhet och duglighet. Det kommer att ställas högre och andra krav på den som vill förena ett chefskap med läkararbetet.

□ Fackens roll kommer att försvagas. Medbestämmandelagen reglerar förhållandet mellan arbetsgivare och anställd och gäller de producerande enheterna, oavsett driftsform. När det gäller upphandling av landstingsdriven verksamhet har facken rätt att vara med i processen, att påverka förfrågningsunderlag m m. Det är tveksamt om man kommer att ha kvar denna möjlighet då det gäller upphandling av en verksamhet som redan bedrivs i privat drift. Så länge som beställaren har användning för de fackliga företrädarnas kompetens är det dock troligt att facken får behålla sin möjlighet till inflytande.

□ Yrkesinspektionens inflytande kommer att försvagas. Ett föreläggande från Yrkesinspektionen följer inte med

till den nya ägaren/entreprenören. Vid verksamhetsövergång krävs ny anmälan och ny inspektion av verksamheten innan föreläggande kan göras.

□ I Stockholm finns det läkare som är sakkunniga åt sjukvårdsstyrelsen. En del av dem arbetar deltid inom produktionen. Detta kommer med säkerhet att ifrågasättas i framtiden, då de kan tänkas få otillbörlig information i upphandlingsärenden. Det troliga är att man måste välja sida: produktion eller beställare.

Samhällsperspektivet

Privatiseringen har viktiga samhällsperspektiv, som oftast glöms bort i debatten:

□ Det finns risk att vården försämrats och blir dyrare: sämre kontinuitet, sämre samordning, ökade kostnader för administration. Patienterna och skattebetalarna drabbas.

□ Det är inte självklart att privata företag erbjuder sig att delta i forskning och utbildning. Det troliga är att de i så fall vill ha en 100-procentig ekonomisk täckning. Om inte detta ingår i avtalen är det risk att kvaliteten på den medicinska utbildningen kommer att sjunka drastiskt allt eftersom allt mindre vård blir kvar i offentlig drift.

Solidariska finanseringen

□ Det står varje privat vårdgivare fritt att erbjuda vård till andra finansierare, t ex försäkringsbolag. De som har råd kommer då att betala en försäkring för att få snabb och god vård när de behöver den. Men då kommer de inte vilja betala skatt för sjukvård, eftersom de redan betalar den via försäkring. Det finns risk att röster höjs för sänkning av sjukvårdsavgift/-skatt och då förlorar vi den solidariska finansieringen. Det blir mindre pengar till sjukvård för dem som inte kan betala försäkringar. A- och B-lag bland patienterna skapas.

□ En kvalificerad upphandlingsadministration måste byggas upp hos finansieraren. Det är troligt att den blir större än en förvaltningsadministration. Även producenterna måste bygga upp upphandlingsadministrationer. All denna administration skall betalas ur samma »påse pengar» som sjukvården. Eftersom detta är en i längden ohållbar situation kommer man säkerligen så småningom att lägga över finansieringen på privata försäkringsbolag. Dessa har möjlighet att träffa och förlänga vårdavtal med producenterna, vilket ofta är mer konstruktivt än upphandling. •

Läkemedelsval – av vem, för vem och till vilket pris?

Många aktörer har synpunkter på de ökande läkemedelskostnaderna och somliga har också utarbetat råd och direktiv för att hejda utvecklingen. Hitillsvarande listor och anvisningar ter sig dock alltför statiska och ofullständiga. Vassare verktyg kan erbjudas genom den nya IT-teknologin som utarbetat olika program som stöd åt förskrivaren.

Debatten kring orsakerna till läkemedelskostnadernas till synes ohämdade ökning pågår sedan några år i såväl dagspressen, facktidskrifter och vid otaliga konferenser lokalt och internationellt. Till aktörerna räknas bland andra de betalande landstingen, den producerande läkemedelsindustrin samt flitigast olika s k experter, vilka är utsedda av landstingen som rådgivare och är representanter i frågor som gäller läkemedel på lokal, regional och nationell nivå.

I Stockholms läns landsting finns fyra läkemedelskommittéer samt LÄKSAK (Läkemedelsakkunniga i Stockholms läns landsting). Staten deltar också i debatten genom organisationer som Nepi (Nätverk för läkemedel-epidemiologi), SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och Lä-

Författare

MARIANNE FRISK

docent i klinisk farmakologi, Uppsala universitet; professor i pharmacologie clinique, Sorbonne Hôpital Cochin, Paris; privatpraktiserande specialist i internmedicin och kardiologi, Läkargruppen Norrmalmstorg, Stockholm

ANDERS STRÖMSTEDT

privatpraktiserande psykiater, verksamhetschef, Psykiatriska mottagningen Norrmalmstorg, Stockholm.

kemedelsverket. De senare har mer auktoritativa åsikter.

De egentliga »huvudaktörerna», dvs de bidragande skattebetalarna/patienterna och den förskrivande läkarkåren, har dock förblivit förvånansvärt tysta i denna fråga.

Var kan läkaren finna stöd?

Läkarna har en författningsstadgad rätt att förskriva läkemedel. Vid det enskilda mötet med patienten avgörs behandlingen eller behandlingsprogrammet individuellt eller i samråd med kolleger. När beslutet meddelas patienten är det ett av de känsligare ögonblicken i relationen läkare-patient.

Kunskap om terapins genomslagskraft, tolerabilitet, följsamhet och kostnadseffektivitet samt kunskap om senaste forskningsrön och beprövad erfarenhet måste vägas in. Denna uppgift kan tyckas orimlig mot bakgrund av den explosionsartade ökningen av nyheter inom farmakologi och farmakoterapi.

Med undantag för vissa farmakoterapiintensiva specialister, såsom internister och psykiatrer, har den pressade läkarkåren, framför allt bland allmänläkarna, kanske mindre tid för dessa överväganden.

Frågan är då var stöd och uppdaterad kunskap kan hämtas.

Läkemedelskommittéerna

Läkemedelsindustrin står för en stor del av vidareutbildningen av läkarna. Denna är i stort berömlig och oklanderlig, men misstanken eller risken för producentbunden propaganda och förtäckt marknadsföring finns alltid. Ett embryo till obunden läkemedelsinformation finns i läkemedelskommittéernas verksamhet.

År 1996 lagstadgades att varje landsting skulle ha minst en läkemedelskommitté, vars uppgift är att vara rådgivande till kommuner/landsting samt att ge alla berörda producentbunden information och utbildning samt upprätta läkemedelslistor och vårdprogram. Rekommendationerna skall vara s k evidensbaserade samt ta hänsyn till alla relevanta faktorer, inte minst kostnadseffektivitet och säkerhet.

Trubbiga instrument

Kommittéernas instrument är dock alltför trubbiga. Informationsmöten anordnas där s k baslistor för läkemedelsval presenteras och fastställs. Urvalet följs sällan av motiveringar, görs ej i full öppenhet och diskussioner är sällsynta. I baslistorna kan en fotnot förekomma

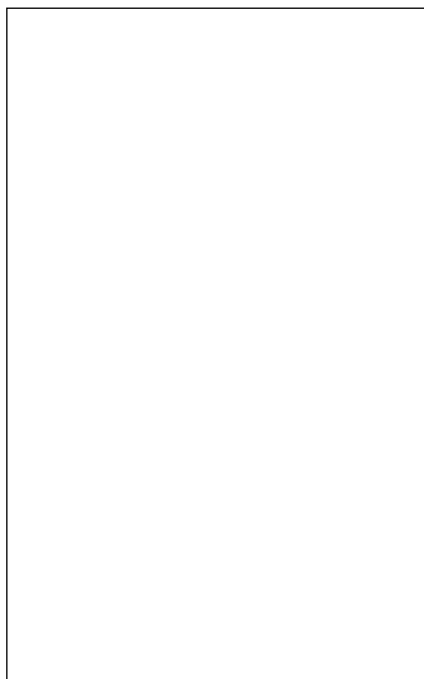


FOTO: PRESSENS BILD

Vad är bästa receptet för begränsning av de ökande läkemedelskostnaderna?

angivande att läkemedlet är billigare. Bland specialister ter sig baslistorna professionellt kontroversiella från vårdkvalitativ synpunkt, och vissa preparatval uppfattas i ett större perspektiv inte heller vara ekonomiskt försvarbara.

Varje läkare med elementärt professionellt ansvar kan naturligtvis inte följa en baslista bokstavligt om den inte överensstämmer med hans egen uppfattning om vetenskap och beprövad erfarenhet i det enskilda behandlingsfallet.

Exempel på kritik mot anvisningar

Mot baslistor och anvisningar finns det ett otal exempel på kritiska synpunkter både avseende urval av referenser, studiernas ofullkomlighet, vårdkvalitetsfrågor och övergripande kostnad-nytta-analys. Av utrymmesskäl in-skränker vi oss till ett par exempel ur verkligheten.

Hypertonibehandling

Diuretika och betablockerare är rekommenderade förstahandspreparat vid behandling av essentiell arteriell hypertoni. Trots det förskrivs kalciumantagonister i stor utsträckning som förstahandsmedel och till hög kostnad, enligt Nepi [1]. Vidare påstår samma organisation att de patienter som behandlas med kalciumantagonister får sämre livskvalitet och utsätts för fler s k

endpoints (komplikationer till det höga blodtrycket) än de som behandlas med betablockerare. Priset må vara högre, men Nepi selekterar en enda studie som underlag för bedömning angående livskvalitet och »endpoints». Det ter sig onekligen tendentiöst att vinkla en uppfattning på detta sätt.

I Frankrike är kalciumantagonister sedan länge de mest använda blodtryckssänkande medlen enligt fransk förskrivningsstatistik [2], samtidigt som morbiditeten och mortaliteten i hypertoni-sjukdomens följsjukdomar är lägre än i många andra länder inklusive Sverige, »en annan fransk paradox» [3].

Vidare har nyligen en stor multicenterstudie rapporterat, NORDIL, som visar att kalciumantagonister är lika effektiva och ger 20 procent lägre morbiditet beträffande slaganfall än äldre antihypertensiva [4].

Neuroleptikabehandling

SBU hävdar med stöd av sin neuroleptikarapport från 1997 att neuroleptika saknar behandlingsvärde vid icke-psykotiska tillstånd, och att den allvarliga biverkningen tardiv dyskinesi är så vanligt förekommande även vid dessa tillstånd att neuroleptika av denna anledning endast kan anses indicerade vid svåra psykotiska tillstånd [5].

Denna kategoriska slutsats saknar stöd såväl i den egna rapporten som i samlad klinisk erfarenhet [6] och uppdaterad forskning på området. Tidigare i år publicerades en värdefull sammanställning av nyare kunskaper om olika faktorer som bidrar till uppkomsten av tardiv dyskinesi (TD) [7].

Frekvensen av spontana dyskinesier hos obehandlade patienter med schizofreni från 14 olika studier visar att frekvensen av TD är 4 procent vid första skovet, 25 procent hos patienter mellan 30 och 50 år samt ända upp till 40 procent hos patienter över 60 års ålder.

Det kan tänkas att TD är ett symptom på hjärnskada, ett »hard neurological sign», som åtföljer patienter med vissa schizofrenier och kognitiva störningar.

Dessa senare rapporter visar att det kan finnas en vetenskaplig förklaring till varför vi inte ser några tardiva dyskinesier vid lågdosbehandling med neuroleptika vid icke-psykotiska tillstånd utan kognitiva störningar. Den höga frekvensen av spontana dyskinesier hos obehandlade patienter med schizofreni kan tala för att neuroleptika inte spelar den största rollen vid uppkomst av tardiva dyskinesier.

Trots ovanstående data, som skulle ►

ANNONS

kunna innebära en helt ny förståelse för uppkomstmekanismerna för tardiv dyskinesi, baserar sig Läkemedelsverkets påminnelseanvisningar i neuroleptikafrågan till läkarkåren i Info 8/99 [8] fortfarande på SBUs tolkning av sin egen rapport från 1997.

SBU tycks på tills vidare obegripliga grunder vilja eliminera en grupp av läkemedel trots att de fortfarande har ett visst användningsområde vid icke-psykotiska tillstånd och är anmärkningsvärt billiga, välbeprövade och biverkningsfria.

Styrning från LÅKSAK och landsting

Att baslistorna främst skulle vara till för kandidater och AT-läkare (som antytts tidigare) motsägs i olika konkreta sammanhang. Ett absurt inlägg i debatten presenteras av företrädare för LÅKSAK [9]. På fullt allvar har man »beräknat att en god följsamhet till årets baslista kan innebära kostnadsbesparingar motsvarande driften av 30 vårdcentraler ... ».

Ett så förenklat synsätt har ingen förankring i den kliniska verkligheten. Om specialister skulle åsidosätta sin kunskap i differentialdiagnostik och farmakoterapi och följa en ofullständig baslista, skulle detta sannolikt föra med sig en större total sjukvårdskostnad än den nuvarande [10].

Det förekommer att landstinget demonstrerar en helt oförblommerad och sannolikt lagstridig styrning av läkares yrkesutövning i vårdavtal med privata specialistläkare. I avtalen stadgas dels att »vårdgivaren ska tillämpa de rekommendationer som sjukvårdsområdets läkemedelskommitté utfärdar», dels att »vårdgivaren skall beakta och följa de rekommendationer som framgår av SBUs (Statens beredning för medicinsk utvärdering) undersökningar inom specialiteten».

Bakgrunden till läkemedelskostnaderna

Vi finner det orätmätigt att landstinget så ensidigt kritiserar läkarkåren för skenande läkemedelskostnader när den står för vetenskaplig utveckling och en patientorienterad vårdkvalitet med vinnläggande om att ge allt fler lidande människor en bättre vård. I den svenska sjukvårdsapparaten finns säkert stora besparingar att göra på andra områden, t ex i Apoteksbolaget och landstingsadministrationen.

Om besparingar i den allmänna sjukförsäkringen kommer att ske genom

”Varje läkare med elementärt professionellt ansvar kan naturligtvis inte följa en baslista bokstavigt om den inte överensstämmer med hans egen uppfattning om vetenskap och beprövad erfarenhet i det enskilda behandlingsfallet.”

styrande baslistor för specialister, kommer vårdkvaliteten på det farmakoterapeutiska området att bero på om patienten själv eller ett privat sjukförsäkrings-system betalar.

Vassare verktyg

Trots ovanstående kritik instämmer vi i behovet av ett ökat kostnadsmedvetande hos läkarkåren vid förskrivning av läkemedel, dock med bibehållen professionell integritet och värnande om bästa vårdkvalitet för patienten.

Vi bör försöka finna nya vassare verktyg som stöd åt förskrivande kategorier i valet av behandling. IT-teknologin är en utmärkt bas i detta avseende. Fass' producentbundna läkemedelsmonografier, och Janusprogrammet i Stockholms läns landsting (diagnosrelaterade producentbundna läkemedelsmonografier) finns redan tillgängliga via Internet. Liknande program finns i andra landsting.

I England används sedan 2–3 år Prodigy som utvecklats i samarbete mellan National Health Service (NHS), Newcastle University och IT-företag [11]. Dessa instrument är dock statiska och möjliggör ej avvägning av fakta för terapival. Interaktiva systemlösningar möjliggör att objektiva faktabaserade beslut kan fattas. I dessa kan olika faktorer av betydelse för terapivalet avvägas (effektivitet, tolerans, säkerhet, användarvänlighet, pris, lokal terapitradition, individanpassning).

Matrixmetoder som Maut [12], Soja [13] och InforMatrix [14] är nyligen

publicerade och används i detta syfte. InforMatrix har bland annat använts i bedömningen av antidepressiva vid behandling av depression [15]. Läkemedlen rangordnades i förhållande till fastställda kriterier [14] baserade på klinisk och publicerad erfarenhet (EBM, evidensbaserad medicin). Utfallet är beroende av vilka förskrivarkategorier som värderas.

Tekniken är relativt smidig och snabb. Den medger deltagande på upp till 50 personer och kan användas i olika grupsammansättningar såsom läkemedelskommittéer, specialister, allmänläkare etc. Faktabasen kan uppdateras med nya insikter och forskningsrön, och resultatet kan utan tidsspillan lätt omprövas. Metoden har redan fått fäste i Sverige, och rätt använd kan den ge vinst både för samhället och patientens vårdkvalitet.

Referenser

- Melander A, Nilsson E, Nilsson L, Liedholm H, Lindahl SO, Lindblad U. Onödigt dyra läkemedel vid hypertoni: Spara 300 miljoner kronor per år med oförändrad medicinsk effektivitet. NEPI-rapport 4, 1999.
- IMF, DOREMA. Paris 2000.
- Fagrell B, de Faire U. Mindre risk för kardiovaskulär sjukdom hos måttlighetsdrickaren. Läkartidningen, 2000; 97: 938-40.
- Hansson L et al. NORDIL, ESH Göteborg, 2000: 100.
- SBU. Behandling med neuroleptika. Volym 2, rapport nr 133/2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1997.
- Strömstedt A, Bergmark T. Neuroleptika-behandling bör ej detaljregleras. Läkartidningen 1998; 95: 2953-5.
- Fenton WS. Prevalence of spontaneous dyskinesia in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2000; 61 Suppl 4: 10-4.
- Beermann B. Information från Läkemedelsverket 8:99. Uppsala 1999.
- Hedin H. Tidskriften Medikament nr 1, 2000.
- Norinder A, Nordling S, Häggström L. Priset per tablett dålig indikator i ett samhälls-ekonomiskt perspektiv. Läkartidningen 2000; 97: 1693-1700.
- Purvis J. Guidelines for GPs are being tested. BMJ 1996; 312: 444.
- Schumacher GE. Multiattribute evaluation in formulary decision making as applied in calciumchannelblockers. American Journal of Hospital Pharmacology 1991; 48: 1301-8.
- Janknecht R, Steenhoek A. The system of objectified judgement analysis (Soja); a tool in rational drug selection for formulary inclusion. Drugs 1997; 53: 550-62.
- Brenninkmeijer RF. Het gebruik van matrixmethoden in de farmacotheapie. Geneesmiddelen Bulletin 2000; 34: 41-6.
- van der Kleijn E, Runeson B, Brenninkmeijer RF. Method for selection and decision making in pharmacotherapy, particularly related to prescribing antidepressant drug treatment. Drugs 2000, submitted.

Replik 1:

LÄKSAK främjar klok läkemedelsbehandling med kunskap och vassa IT-verktyg

Marianne Frisk och Anders Strömstedt är i sitt inlägg kritiska mot läkemedelskommittéernas arbete och apostroferar direkt LÄKSAK (Läkemedels-sakkunniga) i Stockholm.

Det är självklart att läkare ska behandla patienter utifrån perspektivet att läkemedel bör ha den del av vårdens resurser som deras medicinska nytta bidrar med. Detta kräver prioriteringar, och då är det naturligt att förskriva läkemedel med väldokumenterade effekter och till bästa pris. Det ger ekonomiskt utrymme för användning av innovativa men ofta dyrare läkemedel – t ex för behandling av multipel skleros eller särskilt svårbehandlade patienter.

Baslistorna ett hjälpmedel

De s k baslistorna är en hjälp för förskrivarna att välja läkemedel ur den terapeutiska arsenalen – en konsument-upplysning. Rekommendationerna bygger på kritisk värdering av litteraturen, där valen motiveras och bl a återges på LÄKSAKs och läkemedelskommittéernas webbplats för läkemedelsinformation (www.janusinfo.org).

LÄKSAKs rekommendationer och dess konsensusutlåtanden utarbetas av våra 22 expertgrupper, där landstingets ledande experter deltar. Dessa är i flera fall nationella och internationella auktoriteter inom sina respektive områden.

Från och med i år finns i Stockholm en gemensam lista över rekommenderade basläkemedel – Bassortiment 2000 (www.janusinfo.org).

De totala läkemedelskostnaderna inom Stockholms läns landsting upp-

gick till 4,5 miljarder kronor år 1999. Kostnaderna för protonpumpshämmare var 96 miljoner kronor och för selektiva betablockerare 31 miljoner kronor första halvåret 1999. God följsamhet till våra förstahandsval av dessa läkemedel ger besparingar på många miljoner kronor årligen. Vi är övertygade om att Frisk&Strömstedt, liksom våra kolleger, inser att det är klokt att behandla med läkemedel som är både väl dokumenterade och mer prisvärda än originalpreparaten.

IT-stöd vid förskrivning

Vi noterar att Frisk&Strömstedt pläderar för introduktion av kunskapsbaserade IT-stöd vid förskrivning av läkemedel [1-5]. Detta är exakt LÄKSAKs och landstingets strategi i Stockholm sedan 1996. Vi är överens med författarna om att det datoriserade förskrivarstödet i Storbritannien – Prodigy – är intressant, men att dess funktionalitet kan förbättras.

LÄKSAK har initierat Janusprojektet och är medicinskt ansvariga för innehåll. Janus' komponentbyggda förskrivartjänster omfattar flera delar, bl a förskrivnings- och beslutsstöd som integreras med sjukvårdens journalsystem, och elektronisk receptfunktion enligt strikta säkerhets- och driftkrav kopplad till receptserver som medger att alla recept kan hämtas vid valfritt apotek.

Olycklig brist på strategi

Förskrivarstödet erbjuder i framtiden unika möjligheter att utveckla både klinisk läkemedelsforskning och klinisk prövning. Det ligger därför i läkemedelsindustrins intresse att, i samarbete med landsting och forskare, främja utvecklingen av datoriserade system för förskrivning och uppföljning.

Svensk sjukvård, forskning och industri bör samverka så att enhetliga krav på IT-strukturen – kommunikation, öppenhet, säkerhet och komponentsystem – utvecklas inom läkemedelsområdet.

Det är olyckligt att vi idag inte har en nationell strategi för att sjukvården tillsammans med medicinska högskolor,

”Det är olyckligt att vi idag inte har en nationell strategi för att sjukvården tillsammans med medicinska högskolor, expertorgan och telekommunikationsindustrin gemensamt ska kunna utveckla innovativa IT-stöd för svensk sjukvård.”

expertorgan och telekommunikationsindustrin gemensamt ska kunna utveckla innovativa IT-stöd för svensk sjukvård.

Främjar ökad kunskap

I LÄKSAK och läkemedelskommittéerna i Stockholm har vi under senare år kunnat förbättra stödet till våra kolleger genom att till oss knyta bästa expertis och genom utbildning, symposier och producentobunden information främja ökad kunskap inom läkemedelsförskrivningen.

Referenser

1. Frisk M, Strömstedt A. Läkemedelsval – av vem, för vem och till vilket pris? *Läkartidningen* 2000; 97: 4000-3.
2. Schiff GD, Rucker TD. Computerized prescribing: building the electronic infrastructure for better medication usage. *JAMA* 1998; 279: 1024-9.
3. Gustafsson LL, Henriksson K, Blomberg B, Hadad E, Hjemdahl P, Juslin K et al. Telepharmacology – a client server application for rational drug prescribing in general practice and for training of medical students. Abstract no 4. 2nd European Congress of Clinical Pharmacology & Therapeutics, Berlin, September 17–20, 1997.
4. Tornqvist E, Julander M, Eliasson M, Jacobsson L, Krakau I, Gustafsson LL. Janus: a computerised support for rational drug treatment. Abstract 292. VIIth World Congress in Clinical Pharmacology & Therapeutics, Florence, July 15–20, 2000.

Författare

LARS L GUSTAFSSON

ordförande i LÄKSAK och professor i klinisk farmakologi vid Karolinska institutet

LARS-OLOF HENSJÖ

vice ordförande i LÄKSAK och distriktsläkare.

Replik 2:

Nonchalant och konstruerad kritik

Det illustrerande citatet i inlägget från Marianne Frisk och Anders Strömstedt (F&S) tydliggör författarnas orimliga ståndpunkt: »Varje läkare med elementärt professionellt ansvar kan naturligtvis inte följa en baslista bokstavligt om den inte överensstämmer med hans egen uppfattning om vetenskap och beprövad erfarenhet i det enskilda behandlingsfallet.»

Detta är ju ett invecklat sätt att säga: Varje läkare kan suveränt strunta i evidensbaserade rekommendationer närhelst han så tycker!

F&S är lika nonchalanta när de konstruerar sin kritik av de instanser som utger sådana rekommendationer. Vi begränsar oss här till deras kritik av NEPI.

Sanningen om NEPI och kalciumantagonisterna

Enligt F&S skulle NEPI döma ut kalciumantagonisterna i blodtrycksbehandlingen på basis av en enda studie som visat sämre livskvalitet och fler komplikationer än hos patienter som behandlats med betablockerare. Sanningen är den att NEPIs ståndpunkt bygger på resultaten från ett femtiotal publicerade studier som sammanfattats i en NEPI-rapport om patientnytta och patientrisker vid blodtrycksbehandling med kalciumantagonister [1].

I sex fall var resultaten till förmån för behandling med en kalciumantagonist, medan i hela 26 fall resultaten var signifikant ogynnsamma. I den NEPI-rapport som F&S hänvisar till [2] redovisas bland annat tre randomiserade kompa-

rativa studier vari behandling baserad på kalciumantagonister gav sämre resultat än behandling baserad på tiazid [3] respektive ACE-hämmare [4,5].

Dessutom visas att den faktiska användningen och den preventiva effekten av kalciumantagonister vid hypertoni kostar mycket mer än behandlingen med tiazider, betablockerare och ACE-hämmare.

Ökad risk för hjärtsvikt

Den av Lennart Hansson medialt upphäussade NORDIL-studien redovisade i en subgruppsanalys en något minskad risk för slaganfall hos de patienter vars behandling baserats på kalciumantagonisten diltiazem [6]. F&S glömmer dock att nämna den samtidigt ökade risken för hjärtsvikt. Det senare har också iakttagits i en annan studie avseende en annan kalciumantagonist [7].

Går solen upp när tuppen gal?

Kulmen når F&S med en halsbrytande koppling: De meddelar att kalciumantagonisterna är de mest använda blodtryckssänkande medlen i Frankrike samtidigt som morbiditeten och mortaliteten i hypertoniens följsjukdomar där är lägre än i många andra länder inklusive Sverige. Detta är en argumentation som minner om den franska tuppen som tror att solen går upp när han gal.

”Kulmen når Frisk och Strömstedt med en halsbrytande koppling: De meddelar att kalciumantagonisterna är de mest använda blodtryckssänkande medlen i Frankrike samtidigt som morbiditeten och mortaliteten i hypertoniens följsjukdomar där är lägre än i många andra länder inklusive Sverige. Detta är en argumentation som minner om den franska tuppen som tror att solen går upp när han gal.”

Referenser

1. Lindberg G, Lindblad U, Melander A. Patientnytta och patientrisker vid blodtrycksbehandling med kalciumantagonister. En litteraturöversikt. NEPI-rapport 1999. (Kan beställas från Apotekarsocietets förlag.)
2. Melander A, Nilsson E, Nilsson L, Liedholm H, Lindahl SO, Lindblad U. Onödigt dyra läkemedel vid hypertoni: Spara 300 miljoner kronor per år med oförändrad medicinsk effektivitet. NEPI-rapport 1999. (Kan beställas från Apotekarsocietets förlag)
3. Borhani NO, Mercuri M, Bohani PA, Buckalew VM, Canossa-Terris M, Carr AA et al. Final outcome results of the multicenter Isradipine diuretic atherosclerosis study (MIDAS). JAMA 1996; 276: 785-91.
4. Tatti P, Pahor M, Byington RP, Mauro PD, Guarisco R, Strollo G et al. Outcome results of the fosinopril versus amlodipine cardiovascular events randomized trial in patients with hypertension and NIDDM. Diab Care 1997; 21: 597-603.
5. Estacio RO, Jeffers BW, Hiatt WR, Bigger-

staff SL, Gifford N, Schrier RW. The effect of nisoldipine as compared with enalapril on cardiovascular outcomes in patients with non-insulin-dependent diabetes and hypertension. N Engl J Med 1998; 338: 645-52.

6. Hansson L, Hedner T, Lund-Johansen P, Kjeldsen SE, Lindholm LH, Syvertsen JO et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. Lancet 2000; 356: 359-65.
7. Brown MJ, Palmer CR, Castaigne A, de Leeuw P, Mancia G, Rosenthal T et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment (INSIGHT). Lancet 2000; 356: 366-72.

Författare

GUNNAR LINDBERG

docent i allmänmedicin och epidemiolog vid NEPI (Nätverk för läkemedelsepidemiologi)

ARNE MELANDER

professor i läkemedelsepidemiologi och chef för NEPI