

Har samhället råd att *inte* subventionera rökslutarläkemedel?

Det är orimligt att läkemedel mot tobaksberoende, som ges i samband med andra professionella insatser, inte omfattas av läkemedelsrabatten. Det skriver fyra läkare med engagemang inom tobakspreventionen. De är också kritiska mot SBU Alerts bedömning av bupropion, ett nikotinfritt läkemedel för rökavvänjning.

MATZ LARSSON
överläkare, lungkliniken/tobakspreventiva enheten, Universitetssjukhuset Örebro
matz.larsson@orebroll.se

KJELL LARSSON
professor, institutionen för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

HANS GILLJAM
överläkare, docent, Centrum för tobaksprevention, Stockholms läns landsting

BENGT CURMAN
överläkare, klinikchef, medicinkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

■ I SBU:s tidning »Medicinsk Vetenskap & Praxis« 1/2002 diskuteras i en osignerad artikel på sidan 9 rökavvänjning med läkemedel. Där står: »Det vetenskapliga kunskapsläget om effekten av bupropion tillsammans med individuellt uppföljande stöd vid rökavvänjning är gott. Däremot är kunskapen om metodens kostnadseffektivitet ringa.«

Budskapet i artikeln och författarens sammanfattning och rekommendation om hur bupropion skall förskrivas i rökavvänjningssyfte förvånar och är knappast evidensbaserade. I artikeln konstateras kort att kostnadseffektiviteten vid behandling inte är redovisad, samt att »... om den är värd sitt pris är ännu oklart«. Man gör inte ens ett försök att skatta frågan.

Hälsoekonomiska analyser

För nikotinläkemedel finns ett flertal hälsoekonomiska analyser, t ex för nikotintuggummi i SBU:s rapport nr 138, Metoder för rökavvänjning [1]. Kostnaden för ett räddat levnadsår beräknas där till 30 000–80 000 kr. Kostnaden bestod av främst läkartid och kostnad för läkemedlet, och antalet vunna levnadsår beräknades medelst data från litteraturen.

Motsvarande beräkningar för bupropion finns ej publicerade. I en omfattande analys redovisar National Institute of Clinical Excellence [2 (sidan 90)] skattning av kostnaden per vunnet levnads-

år vid användning av rökavvänjningsmedel. Kostnaden beräknades vara något lägre för bupropion (639–1 492 £) än för nikotinläkemedel (1 000–2 399 £). Underlaget för sistnämnda beräkning är av äldre datum och ligger klart över SBU-rapportens (30 000–80 000 kr). De ovan beräknade skattningarna av nikotinläkemedels kostnadseffektivitet står sig väl mot flertalet medicinska behandlingar. Motsvarande siffra för blodtrycksbehandling blir t ex flera gånger högre.

Vem drabbas av kostnaderna?

Vilken är kostnaden för värdgivaren? I Sverige är det individen själv som bekostar behandlingen med nikotinläkemedel och bupropion. Individer som slutar röka lever statistiskt sett några år längre och står själva för läkemedelskostnaden!

Hur påverkas arbetsgivare av ett rökstopp? Enligt en avhandling vid Lunds universitet innebär en rökare extra kostnader motsvarande mer än en månadslön/år. Rökare har i genomsnitt åtta extra sjukdagar om året och måste ofta gå ifrån arbetet för att röka, vilket leder till ett produktionsbortfall. En rökande tjänsteman med 24 000 kr i månadslön beräknas innebära 36 000 kr i extrakostnader per år.

I detta sammanhang bör framhållas att rökstopp inte bara förlänger liv och ger stora samhällsekonomiska vinster. Rökstopp reducerar dessutom risknivåerna för många livskvalitetssänkande sjukdomar som grå starr, åldersbetingad makuladegeneration, plötslig dövhet, impotens, psoriasis, tandlossning, kronisk bronkit och claudicatio intermitten.

Kostnadsberäkningen

Men låt oss återgå till matematiken. Låt oss ändå räkna in individens utgift för »rökslutarläkemedel« och kalla det en »samhällskostnad«. Det är troligt att individen skulle ha spenderat pengar på andra varor eller tjänster, dvs en alternativ användning av kapitalet går om intet. Det mest troliga är att rökaren istället för



Foto: IBL

Underlätta fimpanDET!

rökslutarläkemedlet spenderar pengar på cigaretter eller annan tobak.

Kostnaderna för rökslutarläkemedel brukar för normala rökare balanseras mot tobakskostnaden redan under pågående behandling. När behandlingstiden är över börjar en period utan vare sig tobaks- och läkemedelskostnader, om rökstoppet lyckas. Av allt att döma återstår endast en aktör som kan »förlora« något – tobaksindustrin.

Läkare njugga med förskrivning

Det sistnämnda borde väl snarast sporra läkarkåren till förskrivning av rökslutarläkemedel som bupropion och nikotin-

Flera patienter har vittnat om läkare som vägrat skriva ut bupropion med motiveringen att »det är för krångligt«, »det är inte vetenskap« och andra egendomliga argument.

nässpray! Så verkar dock inte vara fallet. Flera av våra patienter har vittnat om läkare som vägrat skriva ut bupropion med motiveringen att »det är för krångligt«, »det är inte vetenskap« och andra egenomliga argument.

Det ovetenskapliga står tvärtom den för som underlåter att rekommendera patienten sådana läkemedel när de är indicerade. Snart sagt all annan behandling, inte minst av hjärta, kärl och lungor, påverkas negativt av fortsatt rökning. Hur länge ska man vända bort blicken och låtsas?

Sverige har lägre förskrivning av bupropion än t ex Norge och Storbritannien. Nicorette nässpray står för ett par procent av den totala försäljningen av nikotinläkemedel, trots att det kanske är den bästa administrationsformen från effektivitetssynpunkt.

Subventionering ökar förskrivningen

Andra vägar att stimulera förskrivning av dessa läkemedel behövs. Erfarenheter från Storbritannien visar att förskrivning av rökslutarläkemedel kan ökas avsevärt när de subventioneras av samhället. En tänkbar negativ sida av detta är att många lågt motiverade individer kanske skaffar sig läkemedlen men utan att göra helhjärtade försök att sluta sitt tobaksbruk. Läkemedel mot tobaksberoende, kombinerat med professionella stödjande insatser från vårdgivare, ger dock sannolikt goda resultat även vid fri farmakahjälp. Exempel på detta finns från något hundratals läkemedelsprövningar.

Rökslutarstödet pinsamt eftersatt

Vi finner det orimligt att läkemedel mot tobaksberoende som ges i samband med andra professionella stödinsatser, t ex rökslutargrupp, inte omfattas av läkemedelsrabatten. En sådan subvention skulle dessutom kunna stimulera utbyggnaden av organiserat rökslutarstöd i Sverige, genom ökat tryck från patienterna (rökarna). Vilket förstås inte ersätter direkta och kraftfulla insatser på den vägen. Det är närmast pinsamt att konstatera hur eftersatt rökslutarstödet är i Sverige, trots att detta tillhör världens mest evidensbaserade och kostnadseffektiva insatser.

Man kan därför fråga sig hur länge samhället har råd att inte subventionera rökslutarstödet i större utsträckning.

Referenser

1. SBU. Metoder för rökavvänjning. SBU-rapport nr 138. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1998.
2. A rapid and systematic review of the clinical and cost effectiveness of bupropion SR and nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. National Institute of Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk>

Replik:

Ingen anledning ändra vår bedömning av bupropion

Vi finner inte anledning att ändra vårt ställningstagande till det vetenskapliga kunskapsläget rörande bupropion. När det gäller subventionering är det en fråga som SBU inte har mandat att ta ställning till, framhåller företrädare för SBU Alert i sitt svar.

PER CARLSSON

SBU Alert, professor i hälsoekonomi vid CMT, Linköpings Universitet, samt associerad till SBU

THOMAS IHRE

ordförande i Alerträdet, docent i kirurgi, ordförande i Svenska Läkaresällskapet

PETER NILSSON

medicinskt sakkunnig, docent, universitetslektor, avdelningen för medicin, institutionen för medicin, kirurgi och ortopedi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

HELENE TÖRNQVIST

SBU Alert, civilekonom, sjuksköterska, programansvarig för SBU Alert
Tornqvist@sbu.se

■ Matz Larsson och medförfattare framför kritik mot den rapport som SBU Alert tagit fram i samarbete med docent Peter Nilsson, Malmö Universitetssjukhus (sakkunnig), leg psykolog Agneta Hjalmarsson, Sahlgrenska sjukhuset (granskare), och leg läkare Bertil Jonsson, Läkeemedelsverket (granskare), om läkemedlet bupropion (Zyban).

I denna rapport, som publicerades på www.sbu.se i januari i år, bedömer SBU att den vetenskapliga dokumentationen om effekten av bupropion tillsammans med individuellt uppföljande stöd vid rökavvänjning är god. Den vetenskapliga dokumentationen om metodens kostnadseffektivitet bedömdes däremot som ringa. Vidare anges att bupropion på grund av allvarliga, men sällsynta, biverkningar tills vidare bör betraktas som ett andrahandsmedel, vilket innebär att det huvudsakligen bör användas efter det att andra rökavvänjningsalternativ visat sig vara utan effekt. Denna bedömning stämmer väl överens med den rekommendation som Läkeemedelsverket ger i sin monografi angående det aktuella läkemedlet.

Subventioneringen inte SBUs bord

Författarna ifrågasätter SBU Alerts bedömning. Dels gäller kritiken att SBU Alert inte tagit ställning när det gäller subventioneringen av bupropion. De anser att läkemedlet bupropion, liksom rökavvänjningsmedel som innehåller niko-

tin, bör vara subventionerade därför att hälsoekonomiska beräkningar av det snare medlet visat sig kunna ge hälsovinster i form av vunna levnadsår till en låg kostnad. Ställningstagande till subventionering är dock en värderingsfråga som handlar om prioritering av hälso- och sjukvårdens resurser. Denna fråga ligger utanför SBUs nuvarande uppdrag varför SBU har redovisat kunskapsläget men avstått från att ta ställning.

Kostnadseffektiviteten

I inlägget kritiseras vidare hur Alert bedömt bupropions kostnadseffektivitet. Denna bedömning har gjorts utifrån tillgängliga vetenskapliga data. Vid genomgången av litteraturen kunde ingen fullständig kostnadseffektanalys av bupropion identifieras, vilket konstateras även i den NICE-rapport som refereras i inlägget.

Inom ramen för denna brittiska utvärdering uppskattades kostnader och effekter för olika rökavvänjningsmetoder med hjälp av en beslutsmodell. Resultaten från denna analys, som blev tillgängliga en månad efter det att Alertrapporten publicerades, visade att bupropion kan vara något mer kostnadseffektivt än rökavvänjningsmedel som innehåller nikotin. Enligt NICE ska dock resultatet tolkas med stor försiktighet eftersom det vetenskapliga underlaget är svagt. Vidare framhåller de i sina slutsatser att nikotinersättningsmedel har en bättre riskprofil än bupropion.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi inte se att de resultat som framkommit i rapporten från NICE på något sätt skulle föranleda SBU att ändra sin bedömning av det vetenskapliga kunskapsläget avseende bupropions effekt, risk och kostnadseffektivitet. Däremot är vi inte utan självkritik inför det faktum att vi ännu efter 3 månader inte hunnit uppdatera Alertrapporten med den nya informationen från NICE.

När det gäller frågan om subventionering som författarna tar upp är det som sagt en fråga som SBU inte har mandat att ta ställning till. •