



Ola Ohlsson, professor, överläkare, medicinska kliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad;
ordförande Läkemedelsrådet Region Skåne (*ola.b.ohlsson@skane.se*)

Läkemedelskommittéerna välkomnar SBUs hypertoni-rapport

Flertalet patienter kan erbjudas kostnadseffektiv, evidensbaserad terapi

Landets samlade organisation av läkemedelskommittéordförande brukar tillsammans med sina expertgrupper träffas ett par gånger om året för att diskutera gemensamma riktlinjer när det gäller behandling av olika tillstånd. Vi har hitintills enats om principerna när det gäller behandling av hyperaciditet och val av protonpumpshämmare, användning av lipidsänkare, behandling av depression och nu senast behandling av hypertoni.

Våra möten har alltid avslutats med ett gemensamt uttalande, en konsensus, som vi sedan har tagit med till respektive läkemedelskommitté och omsatt i praktisk handling genom att anknyta till lokala vårdprogram och medicinska rekommendationslistor.

Vid de två senaste träffarna har vi anpassat såväl ämne som tidpunkt till SBUs rapporter, bjudit in rapportförfattarna till våra möten och byggt konsensus på slutsatserna i rapporterna. Läkemedelskommittéernas experter presenteras då en evidensbaserad genomgång av ett aktuellt ämne, vilket bidrar till att öka kunskapen och även förankra dessa väl genomarbetade rapporter i den kliniska vardagen.

Med största nödvändighet blir rapporterna många gånger omfattande, men de presenteras alltid även i lättidigererade former. I den nu aktuella rapporten om behandling av måttlig hypertoni finns det till och med en sammanfattning på omslaget för den som av någon anledning inte vill eller hinner öppna boken.

Läkemedelskommittéerna skall vara landstingens rådgivare när det gäller läkemedelsanvändningen, ge ut terapirekommendationer med medicinskt och pedagogiskt motiverade kommentarer, allt baserat på det som Läkemedelsverket och Läkemedelsförmånsnämnden godkännt. Kommittéernas terapirekommendationer skall vara ett hjälpmedel för förskrivarna, i första hand för dem som är utanför den högspecialiserade sjukhusvården. Rekommendationerna är alltid grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessutom skall de rekommenderade preparaten om möjligt vara kostnadseffektiva.

Det kan vara motiverat att påpeka att läkemedelskommittéernas uppgift inte är att spara pengar. Ibland rekommenderar vi det dyraste läkemedlet, om det är bäst för patienten kan det fortfarande karakteriseras som det mest kostnadseffektiva.

Kraven på evidensbaserad terapi särskilt stora

Den aktuella SBU-rapporten om hypertoni [1] speglar ett ämne som varit föremål för många primär- och sekundärpreventiva studier. Läkemedelsanvändningen har under de senaste åren alltmer fokuserats på förebyggande behandling. Den terapeutiska arsenalen har utökats med en mängd prepa-

Sammanfattat

Landets läkemedelskommittéer har – utifrån SBUs rapport om behandling av måttligt förhöjt blodtryck – enats om riktlinjer för läkemedelsbehandling av hypertoni. Riktlinjerna kommer att utgöra basen i de medicinska rekommendationslistorna.

Huvudbudskapet i SBU-rapporten är att de billiga och väl beprövade blodtryckspreparaten är lika effektiva som de nya och dyrare. Genom att laborera med de fyra huvudgrupperna av hypertoni-läkemedel kan flertalet patienter erbjudas en kostnadseffektiv, evidensbaserad terapi.

Se även artikeln på sidan 4000 i detta nummer.

rat där industrin genom väl riktade studier, redovisade med statistiska finesser och angivna relativa procentförbättringar, kunnat sälja alltmer läkemedel. Genom industrins kraftfulla försäljningsorganisation, ofta kraftigt påhejad av allierade i läkarkåren, har det skett en förskjutning från tiaziddiuretika och betablockerare till angiotensinreceptorblockerare och kalciumkanalblockerare.

Frågan är bara om bruket av dessa mer moderna läkemedel är en för samhället orimligt dyr modenyck och hur mycket av förskrivningen som vilar på god vetenskaplig grund. När man behandlar till synes helt friska individer utan andra riskfaktorer än ett måttligt förhöjt blodtryck bör kraven på evidensbaserad terapi vara särskilt stora.

I den aktuella SBU-rapporten om måttligt förhöjt blodtryck redovisas att 27 procent av den vuxna befolkningen har högt blodtryck. Man kan naturligtvis fundera över om en så hög andel av befolkningen är bärare av en behandlingskrävande riskfaktor.

Det finns dock ingen anledning att misstänkliggöra SBU-rapporten för att påstå att vi skall behandla 27 procent av Sveriges befolkning med läkemedel mot för högt blodtryck. Rapporten är mycket tydlig – det är individens samlade riskfaktorer som skall bedömas och även utgöra basen för beslutet om läkemedelsbehandling. Livsstilsåtgärder i form av rökstopp, ökad fysisk aktivitet, viktnedgång, koständringar,

II Fakta

Läkemedelskommittéernas konsensus

Ordförandena i landets läkemedelskommittéer och kommittéernas samlade expertis inom blodtrycksbehandling har enats om följande riktlinjer:

1. Hypertoni definieras som blodtryck $\geq 140/90$ mm Hg uppmätt vid flera tillfällen. Individens samlade risk för hjärt-kärlsjukdom (främst rökning, diabetes, blodtryck, blodfetter, ålder och ärftlighet) skall avgöra om blodtrycksbehandling skall erbjudas.
2. Livsstilsåtgärder i form av rökstopp, ökad fysisk aktivitet, viktminskning, koständringar, stresshantering och minskning av högt alkoholintag är basen för all behandling av högt blodtryck.
3. För att sänka blodtrycket tillräckligt, som regel till 140/90, krävs ofta en kombination av flera läkemedel. Behandlingseffekten av aktuella läkemedel är likvärdig, men skillnaderna i pris är avsevärda. Genom att undvika dyra men inte effektivare preparat, exempelvis angiotensinreceptorblockerare, kan blodtryckskontrollen förbättras utan att kostnaderna ökar.
4. Vi rekommenderar därför följande preparat som basbehandling vid måttligt förhöjt blodtryck:
 - Tiazid (hydroklortiazid, bendroflumetiazid)
 - ACE-hämmare (enalapril)
 - Betablockerare (atenolol)
 - Kalciumantagonister (felodipin)

stresshantering och minskning av högt alkoholintag är basen för all behandling av måttligt högt blodtryck.

Att endast 20–30 procent av de personer som redan behandlas för högt blodtryck når ett rimligt behandlingsmål är en nyttig påminnelse i rapporten och en större utmaning. I första hand skall behandlingen inriktas på att nå dessa mål, inte att hitta nya grupper.

NEPI-analys visar föga imponerande vinster med prevention

En intressant analys av vinsterna med förebyggande behandling finns i en rapport från »Nätverk för läkemedelsepidemiologi« (NEPI) [2] – väl värd att begrunda. Man har granskat 13 exempel på förebyggande användning av blodtrycks-, kolesterol- och glukossänkande läkemedel.

Den erhållna riskminskning som redovisas hos dem som inte har andra kardiovaskulära riskfaktorer än ett marginellt förhöjt blodtryck är inte imponerande. Man måste behandla nästan 1 700 individer med diastoliskt blodtryck i intervallet 90–99 mm Hg i åldern 35–70 år under ett års tid för att en enda behandlad patient skall undgå kranskärlssjukdom (NNT [number needed to treat] 1 år = 1 667, 5 år = 333, 10 år = 167).

För att undvika ett fall av stroke årligen beräknas NNT till 672. Med hänsyn tagen till den faktiska användningen av blodtryckssänkande medel skulle detta innebära att en genomsnittlig allmänläkare med 2 000 individer inom sitt upp-tagningsområde skulle förhindra 1 fall av hjärtinfarkt respektive stroke under 29,2 respektive 5,9 yrkesverksamma år.

Effektivt forskrivarens behov

Behandlingsavsnittet i SBU-rapporten är tydligt när det gäller farmakologisk behandling. Tiaziddiuretika, ACE-hämmare, betablockerare och kalciumkanalblockerare är från behandlingssynpunkt likvärdiga för personer med okomplicerad hypertoni. Vissa data talar för att differentiering av be-

handlingen kan vara av värde och att ett lägre nyinsjuknande i typ 2-diabetes har observerats hos personer som behandlats med läkemedel som direkt påverkar renin-angiotensin-aldosteronsystemet.

I bilagor i läkemedelskommittéernas konsensus <http://www.skane.se/lakemedelsradet> (som är tagna direkt ur SBU-rapporten [sidorna 38, 470 och 471]) redovisas aktuella prisskillnader mellan olika preparat. Allt talar för att vi borde vara avsevärt mer prismedvetna i förskrivningsögonblicket, vilket ånyo poängterar vikten av att vi behöver få hjälp av ett effektivt forskrivarens stöd. Det saknar många av oss idag!

I den konsensus som läkemedelskommittéerna ställer sig bakom har vi gått något längre än SBU-rapporten och tydligt markerat att det finns anledning att undvika onödigt dyra men inte effektivare preparat, exempelvis angiotensinreceptorblockerare. Den stora användningen av angiotensinreceptorblockerare kan knappast motiveras av vare sig större effektivitet eller den enda indikation som vi anser föreligga, nämligen biverkningar av ACE-hämmare.

Det har diskuterats om angiotensinreceptorblockerare skulle ha en egen nisch i behandlingen av typ 2-diabetes för att förhindra utveckling av diabetesnefropati. I en färsk metaanalys som nyligen presenterats i BMJ kan man dock inte påvisa någon skillnad mellan ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare i detta avseende. Det finns däremot data som talar för att ACE-hämmare, till skillnad från angiotensinreceptorblockerare, förhindrar tidig död hos patienter med diabetesnefropati och att båda läkemedlen har samma effekt på renala resultatmått [3].

Läkekonst – bästa behandling till den enskilde patienten

Att behandla högt blodtryck är betydligt mer komplicerat än att bara ta ställning till att förskriva ett läkemedel.

När skall man ta ställning till behandling eller enbart observation? Räcker det att nå nästan ända fram till målbloodtrycket? Vad vinner vi på att sänka trycket den allra sista biten – till vilket pris i form av biverkningar och kostnader? Vad skall vi ge till de patienter som i övrigt är friska, de som redan har tecken på organkomplikationer, är gamla, eller till diabetespatienter med genomgången hjärt-kärlhändelse? Vad skall vi göra för att över huvud taget få våra patienter att följa ordinationen och ta sina mediciner när vi vet att följsamheten för närvarande är högst 50 procent? Det är väl det som kallas läkekonst – att kunna ta ställning och ge den enskilde patienten den bästa behandlingen.

Huvudbudskapet i SBU-rapporten är att de billiga och väl beprövade blodtryckspreparaten är lika effektiva som de nya och dyrare. Genom att laborera med de fyra huvudgrupperna kan man erbjuda flertalet patienter en kostnadseffektiv, evidensbaserad terapi.

Vi som arbetar inom landets läkemedelskommittéer välkomnar detta budskap och kommer att arbeta efter rapportens intentioner i våra terapirekommendationer.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt. Volym 1. Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport 170/1.
2. Lindberg G, Melander A. NEPI-rapport i samverkan med Statens folkhälsoinstitut. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Malmö/Stockholm: Stiftelsen NEPI; 2004.
3. Strippoli G, Craig M, Deeks J, Francesco P S, Craig J C. Effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists on mortality and renal outcomes in diabetic nephropathy [systematic review]. BMJ 2004;329:828-31.