

REPLIK OM SUBVENTIONERING AV LÄKEMEDEL MOT HÖGT BLODTRYCK:

Problemet är en enastående underbehandling av hypertoni

I Sverige är inte huvudproblemet överbehandling av hypertoni, utan en enastående underbehandling som leder till mycket onödigt lidande och kostnader. Vi ska inte skriva ut läkemedel till lägsta möjliga pris, utan att på allvar reflektera över vad vi vill åstadkomma med vår behandling.

Vår huvudpoäng är att hypertoni sällan är välbehandlad i Sverige i dag [1]. Detta leder till en onödigt stor förekomst av allvarliga komplikationer till hypertoni – t ex stroke, hjärtinfarkt, hjärtsvikt och plötslig hjärtdöd – och orsakar mycket lidande och höga kostnader för samhället. Hypertoni är inte sällan svårbehandlad, och kombinationer av flera läkemedel behövs i de flesta fall om blodtrycksmålen ska nås. Om å andra sidan blodtrycksmålen verkligen uppfylls är bl a stroke en mycket ovanlig komplikation i Sverige [1, 2]. Läkemedelsförmånsnäm-

den (LFN) har tämligen ensidigt fokuserat på kostnader för läkemedel utan att tillräckligt väga in vinster av god behandling. Svenska läkare blir knappast bättre på att nå blodtrycksmålen om arsenalen av tillgängliga läkemedel beskärs, snarare tvärtom. Det lär inte underlätta nämnvärt att »landstinget kan subventionera läkemedel som inte ingår i förmånerna för enskilda patienter som har synnerligen angelägna medicinska behov av dessa läkemedel och som saknar behandlingsalternativ», som LFN/TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) skriver. Är det rimligt att kliniskt aktiva läkare ska ägna sin tid åt sådan byråkrati? Vad kostar det?

Varken LFN/TLV eller Hernborg har kommenterat den viktiga frågan om bristande framgång i behandlingen av hypertoni i Sverige. Främst Hernborg väljer i stället att fokusera sitt genmäle på detaljer. Givetvis har Hernborg rätt i att relevanta bindningar borde ha angetts i vår första artikel, och vi har nu kompletterat med dylika. Frånsett detta tycker vi inte Hernborg har rätt i någon del av sin kritik. Dessutom kan vi inte se hur Hernborgs debatt kan vara till nytta i denna viktiga fråga.

LFN/TLV vidhåller att de-

ras beslut är brett förankrat i läkarkåren. Vi representerar tillsammans flera specialiteter som hanterar svåra former av hypertoni, och ingen av oss kan erinra sig att han/hon beretts tillfälle att kommentera LFN/TLVs utredning, via specialistföreningarna för njurmedicin, kardiologi eller hypertoni, eller på annat vis. Många kollegor upplever det som meningslöst att engagera sig i frågor som denna, eftersom »LFN redan bestämt sig och inte låter sig påverkas av åsikter som går deras emot». Vi hoppas och tror att så inte är fallet och att LFN/TLV verkligen vill öppna för en bred och förutsättningslös debatt, även i elfte timmen.

LFN/TLV-gruppen innefattar inte någon representant för specialister som handhar patienter med svårbehandlad hypertoni, och man menar sig ha byggt sitt arbete på data i SBUs rapport »Måttligt förhöjt blodtryck». Det förklarar delvis varför man inte tagit hänsyn till vården av svårt sjuka hypertoni-patienter, med riktigt svårbehandlad hypertoni, i sin bedömning. Detta går tvärt emot den allmänna uppfattningen om att man i vården ska värna mest om dem som är mest sjuka.

Enligt Hernborg har under 2007 totalt 70 procent av samtliga användare i Östergötland av angiotensinreceptorblockerare (ARB) dessförinnan förskrivits ACE-hämmare. Detta gäller således inte enbart hypertoni. Dessutom går man endast 18 månader tillbaka i tiden och missar de patienter som inte tolererat ACE-hämmare dessförinnan, varför det felaktigt kan se ut som att en ARB-behandlad patient inte tidigare provat ACE-hämmare. Dessa siffror

■ TIDIGARE INLÄGG

- Berggren B m fl: Slopande av subventioner för viss hypertoni-behandling ej genomtänkt. LT 35/2008, sidorna 2345-6.
- Edling A m fl. Kostnaderna för läkemedel mot högt blodtryck kan och bör begränsas. LT 38/2008, sidorna 2592-3.
- Hernborg A. Blodtrycksexperter utan bindningar (?) kritiserar LFN. LT 38/2008, sidorna 2593-4.

motsäger således inte vårt påstående att nästan alla hypertoni-ker som har ARB först har provat ACE-hämmare och fått biverkningar av dessa. Huvudpoängen är dock att vi inte kan se hur 7 miljoner kronor per år ska kunna sparas in i Östergötland när patenten på ARB (losartan) börjar gå ut 2009. Detta har Hernborg inte konkret bemött, medan LFN/TLV hävdar att man endast kan basera sina beslut på de data och priser som gäller vid besluten. Varför kan man inte göra en prognos för tiden efter patentutgången för losartan!? LFN/TLV ger oss dock åtminstone delvis rätt i vårt påstående om minskade kostnader för ARB från och med 2009.

Låt oss ge lite perspektiv på den besparing på ett par hundra miljoner kronor per år »om ARB används på rätt sätt» som både LFN/TLV och Hernborg berör. Enligt Socialstyrelsen var årskostnaden för stroke i Sverige 13,5 miljarder kronor år 1998, oräknat många indirekta kostnader [3]. Hypertoni är bakomliggande orsak i ca 70-75 procent av alla strokefall. En svensk studie visar att ca 50 procent av all inträffad stroke i Sverige beror på inadekvat

RONNIE WILLENHEIMER
medicinsk chef, Heart Health Group; docent i kardiologi, Lunds universitet, Malmö
Ronnie.Willenheimer@med.lu.se

FREDRIK NYSTRÖM
professor i internmedicin, överläkare

BOSSE BERGGREN
överläkare

TORBJÖRN LINDSTRÖM
överläkare och sektionschef; alla tre vid Endokrinmedicin, Universitetssjukhuset i Linköping

STELLA CIZINSKY
överläkare, klinikchef, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

LARS WEISS
överläkare och verksamhetschef, njurmedicinkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad

»... det stora misslyckandet i svensk hypertoni behandling nämligen den låga uppfyllelsen av behandlingsmålen.«

blodtryckskontroll [2]. Således kan flera miljarder kronor per år, och mycket onödigt lidande, sparas genom adekvat blodtrycksbehandling. Därför bör vi läkare som behandlar patienter med hypertoni i första hand kraftsamla kring en strategi för att i avsevärt större utsträckning nå blodtrycksmålen. Årskostnaden för stroke – betydligt högre än 13,5 miljarder kronor i 2008 års penningvärde – ger också perspektiv på uppgiften från LFN/TLV om »hela den statsfinansierade läkemedelsnotan på cirka 21 miljarder«.

Beträffande Hernborgs påstående om doxazosin (Alfadil) i ALLHAT-studien, bör framförallt påpekas att doxazosinbehandlingsarmen bröts i förtid på grund av en signifikant överrepresentation av hjärtsvikt [4]. Även om studien är kontroversiell och inte säkert relevant för svenska förhållanden är detta inte någon positiv dokumentation. Mycket riktigt rekommenderas inte alfablockerare i aktuella riktlinjer från European Society of Hypertension (ESH) som förstahandsbehandling av hypertoni [5]. En förlust av förmånen för Zanidip, å andra sidan, skulle verkligen skapa problem. Många patienter som behöver kalciumblockad för att ernå adekvat blodtryckskontroll tolererar Zanidip men inte övriga kalciumblockerare. Detta är en klinisk erfarenhet bland många läkare, vilket vi tycker är mycket viktigt i sammanhanget. Tillsammans med den ganska goda dokumentation som finns bakom Zanidip (lerkanidipin) – vilken LFN/TLV uppenbarligen bedömt som bristfällig, men som vi själva haft som grund för vår för-

skrivning, oftast följd av överensstämmande klinisk erfarenhet – borde detta vara skäl nog att behålla läkemedelsförmånen för Zanidip. Lyckligtvis beslutade Stockholms kammarrätt den 30 september 2008 om inhibition av LFN/TLVs beslut angående Zanidip.

Vi anser att Hernborg felaktigt likställer labetalol med »betablockerare« i allmänhet. Den enda någorlunda likvärdiga kombinerade alfa-/betablockeraren på Hernborgs lista är karvedilol, som dock inte går att jämföra med labetalol. Få randomiserade studier finns att tillgå vid malign hypertoni, men labetalol finns i såväl injektions- som tablettform och är ett ofta framgångsrikt använt läkemedel vid riktigt svår hypertoni. Man kan ge unikt höga doser (maxdos 2 400 mg/dygn) innan man behöver gå utanför av Fass tekommenderade doser och ange »sic!«. Flera patienter med tidigare malign hypertoni har med just kombinationer av både labetalol och Zanidip i höga doser – samt ACE-hämmare, diuretika och ibland kaliumsparare – nått en acceptabel blodtryckskontroll efter flera års utprovning av läkemedel. Det vore oerhört frustrerande att som läkare behöva se sådana patienter att själva stå för kostnaden för Zanidip, samtidigt som labetalol endast med stor svårighet kommer att kunna förskrivas.

LFN/TLV påpekar i sitt genmäle att betablockerare anses vara något mindre effektiva för att förhindra slaganfall än t ex kalciumblockerare, ARB och ACE-hämmare. Det finns emellertid flera studier, främst av något äldre datum, som ger en annan bild [5]. Därför ingår också betablockerare bland förstahandsmedlen i ESHs senaste rekommendationer [5]. Oavsett konklusionen i BMJ-artikeln som Hernborg hänvisar till finner man i kliniken ofta »yngre« individer som särskilt tycks lämpa sig för beta-

blockad som förstahandsbehandling av hypertoni, vilket vi syftar på i vårt inlägg.

Behandling av hypertoni baseras ju såväl på vetenskaplig evidens som på klinisk »känsla«, erfarenhet och individuell anpassning. Man ska i sammanhanget inte glömma att studieresultat är medelresultat av respons från många olika individer som reagerat väldigt olika på en intervention, t ex ett läkemedel.

Visst finns behov av förbättrad uppföljning på läkemedelsområdet, vilket LFN/TLV ånyo berör i sitt genmäle. Det vore dock bättre att huvudsakligen lägga tid, pengar och energi på att komma till rätta med det stora misslyckandet i svensk hypertoni behandling, nämligen den låga uppfyllelsen av behandlingsmålen.

Hernborg beskriver hur »allmänläkare ... ges återföring på sin förskrivningsstatistik och jämförs med kollegor på andra enheter, och vi diskuterar, reagerar och reflekterar«. Bättre vore om Hernborg och andra kollegor, som ägnar så mycket tid åt detta, hade lagt åtminstone en del av denna tid på att jämföra hur effektivt man behandlar och i vilken utsträckning man når blodtrycksmålen.

Det är också synnerligen anmärkningsvärt att ingen uppföljning planeras av hur LFN/TLVs nya begränsningar påverkar blodtryckskontrollen och förekomst av stroke och andra kardiovaskulära komplikationer till hypertoni, med tanke på de kostnader och lidande som kan bli följden av försämrade terapiresultat.

I sina respektive avslutningar tycker vi att både LFN/TLV och Hernborg återigen har missat den viktiga poängen. I Sverige är inte huvudproblemet överbehandling av hypertoni, utan en enastående underbehandling som leder till mycket onödigt lidande och kostnader. LFN/TLV skriver att »författarna verkar helt bortse från kostnaden för

produkten«. Vi motsätter oss självklart inte att skriva ut bästa möjliga behandling till lägsta möjliga pris. Vi motsätter oss däremot kraftfullt inställningen att vi i första hand ska skriva ut läkemedel till lägsta möjliga pris, utan att på allvar reflektera över vad vi vill åstadkomma med vår behandling.

Ordningen bör således vara den motsatta: 1) Vi åstadkommer en långsiktigt effektiv och välolerad blodtrycks-sänkande behandling; 2) Vi tillser att denna är så billig som möjligt. Således bör inte LFN/TLV, Hernborg (och andra) glömma bort att ta ansvar för våra patienters långsiktiga hälsa när vi behandlar deras hypertoni. Det menar vi är att ta såväl ekonomiskt som mänskligt ansvar.

LFN/TLVs uppdrag kan uppenbarligen inte helt lätt förenas med ett dylikt helhetsansvar. Måhända skulle en myndighet i stället ges ett bredare uppdrag, där fokus inte skulle vara mindre på effektivisering av behandlingen än på kostnaderna för densamma. Det går självklart inte att bedöma kostnader för behandling utan att ta hänsyn till vad man får för pengarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Ronnie Willenheimer, Fredrik Nyström och Lars Weiss har tagit emot arvoden för föredrag och deltagande i rådgivande grupper från i princip samtliga företag som säljer blodtryckssänkande läkemedel i Sverige; Bosse Berggren och Torbjörn Lindström har erhållit arvoden för föredrag och rådgivande grupper från NovoNordisk, Sanofi-Aventis, MSD, AstraZeneca, Pfizer och GSK främst vad gäller diabetes, lipider och till viss del hypertoni och hjärtsvikt; Stella Cizinsky har inga jäv i sammanhanget.*

REFERENSER

LÄS MER Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>