

Statens beslut, landstingens kassa och min patient

Konsekvenser av LFNs genomgång av hypertoni-läkemedel

Läkemedelsförmånsnämndens beslut om begränsning i subventioneringen av läkemedel mot högt blodtryck ställer nya krav på förskrivarna. Det finns en ovana och kanske ovilja inom läkarkåren att ta ekonomiska hänsyn i beslut om den enskilda patienten. För att LFNs beslut inte ska bli ett slag i luften måste det utvecklas ett medicinskt kvalitetssäkrat, producentbundet beslutsstöd kopplat till patientjournalen, anser författarna.



H äromveckan kom i brevlådan Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) sammanfattning av genomgången av läkemedel för högt blodtryck [1]. I en debattartikel i Dagens Nyheter framförde generaldirektör Ann-Christin Tauberman och nämndens ordförande Axel Edling att sjukvården skulle kunna spara 400 miljoner årligen om besluten följdes [2].

MALIN ANDRÉ

allmänläkare, med dr, Britsarvets vårdcentral, Falun, och Centrum för klinisk forskning, Falun malin.andre@ltdalarna.se

EVA ANDERSÉN-KARLSSON

överläkare, docent, verksamhetsområde internmedicin, Södersjukhuset AB, Stockholm; ordförande i Södra Läkemiddelskommittén, Stockholms läns landsting

STEN LANDAHL

professor, specialitetsansvarig geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

RURIK LÖFMARK

överläkare, docent, kardiologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

BENGT SILFVERHJELM

allmänläkare, Vårdcentralen Kusten Marstrand och Ytterby; ordförande i läkemiddelskommittén, Mellersta Bohuslän

INGMARIE SKOGLUND

allmänläkare, Vårdcentralen Södra Torget, Borås, och primärvårdskansliet; ordförande i läkemiddelskommittén, Södra Älvsborg

Författarna är ledamöter eller ersättare i Läkemiddelsförmånsnämnden och kliniskt verksamma läkare.

Besluten innehåller emellertid många begränsningar, och med min signatur på receptet i rutan för förmån får patienten sitt läkemedel subventionerat, även om villkoren för begränsningarna inte är uppfyllda. Hur ska jag nu som enskild förskrivare klara av att hålla alla beslut om begränsningar i huvudet? Hur påverkas jag och mina patienter? Hur kan vi som läkare ta vårt ansvar för hur de gemensamma sjukvårdsresurserna används samtidigt med ansvaret för den enskilde patienten?

I denna artikel försöker vi, som är ledamöter i Läkemiddelsförmånsnämnden och också arbetar med kliniskt patientarbete, beskriva bakgrunden till LFNs beslut, diskutera svårigheterna att genomföra dem och peka på några utvecklingsmöjligheter.

I sammanfattningen av genomgången

av hypertoni-läkemedel poängteras att utredningsarbetet varit omfattande. Vi kan bekräfta att arbetet, med hjälp av oberoende experter, har varit gediget och noggrant. Nämnden informeras regelbundet om hur genomgångarna utvecklas och beslutar efter hand hur arbetet ska drivas vidare.

Alla beslut om subvention utgår ifrån tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att värden ska respekteras alla människors lika värde. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att de som har större behov ska ha mer av vårdens resurser än andra patientgrupper. Den tredje prin-

Behov och ansvar. Illustration: Airi Iliste

cipen, kostnadseffektivitetsprincipen, väger nyttan mot kostnaden och var i denna genomgång den mest avgörande, eftersom de genomgångna läkemedlen har likartad effekt men till olika kostnad.

Det svenska subventionssystemet är i huvudsak produktinriktat. Det innebär att ett läkemedel beviljas generell subvention för hela sitt godkända användningsområde eller inte alls. Ibland kan LFN fråga detta och besluta om att begränsa subventionen till en patientgrupp. Skälet kan vara att läkemedlet är kostnadseffektivt bara för denna patientgrupp.

Besluten för hypertoni-läkemedlen

innebär att subventionen nu begränsas för flera klasser av dessa läkemedel. Dessa begränsningar bygger på att de olika läkemedlen har jämförbar effekt på sjukdom och död – förutom betablockerare, som sannolikt är litet sämre – och att deras biverkningar bedöms som likvärdiga. Begränsningarna blir därför uttryck för i vilken turordning de olika läkemedlen bör användas. Eftersom effekterna bedöms som likvärdiga ska de billigare medlen prövas före de dyrare. Begränsningarna har stora likheter med ett vårdprogram och är tvingande. De är uttryck för statens beslut om hur resurser ska användas så att pengarna används där de gör mest nytta.

Huvuddragen i LFNs beslut är att de välbeprövade och billiga läkemedelsgrup-

perna tiazider, kalciumantagonister och ACE-hämmare kan användas utan begränsning. Betablockerare bedöms ha en något sämre effekt än övriga hypertoni-läkemedel, varför begränsningen här innebär att de ska prövas först när läkemedel i andra klasser inte lett till målet.

Övriga begränsningar gäller framför allt ARB-preparaten (angiotensinreceptorblockerare), som ökat i försäljning och därmed höjt kostnaderna för hypertoni-vården under 2000-talet utan att resultatet för den skull blivit uppenbart bättre. Det är här man ser att en begränsning kan ge en stor besparing. Beslutet innebär att ARB-medlen subventioneras endast för patienter som provat en ACE-hämmare och inte tolererat den substansen eller som tillägg när ACE-hämmare har bristande effekt.

Precis som förr bör vi lära oss ett par preparat ur varje klass och använda dem i första hand. Det är sannolikt fördelaktigt om man kommer överens på en vårdcentral eller klinik vilka preparat som ska användas. Minst lika viktigt som val av hypertoni-medel är en regelbunden kontakt och kommunikation med hypertoni-patienterna. På många håll har vården, i sina strävanden efter effektivitet, infört blodtrycksmätning utan läkarbesök. Vi ska då komma ihåg att bara hälften av hypertoni-patienterna tar sina mediciner enligt ordination [3-5].

Att diskutera om och hur patienten tar sin medicin måste därför alltid föregå ett medicinbyte vid terapivikt. Det innebär att byte av läkemedel inte bör ske enbart utifrån uppmätta tryck utan också kräver en läkarkontakt. Tillsammans bör läkare och patient också sätta upp mål för behandlingen och se till att varken mål eller uppföljningar blir slentrianmässiga. Varje blodtryckssänkning innebär en riskminskning för stroke och annan hjärt- kärlsjukdom, även om rekommenderat målblodtryck inte nås. Ju högre den absoluta risken är, desto större är vinsten.

Läkemedelskostnaderna skenade iväg under 1990-talet. I utredningen som ledde fram till bildandet av LFN fanns överväganden om att inskränka läkares förskrivningsrätt. Utredaren, professor Olof Edhag, motsatte sig detta och framhöll att förskrivarna skulle ta sitt ansvar för att hålla kostnaderna på en rimlig nivå, och det ledde fram till det system vi har i dag. Ansvaret för subventionerna ligger på staten som genom via LFN fattar beslut om begränsningarna, medan ansvaret för uppföljningen ligger

»En kostnadseffektiv förskrivning är också ett ansvar för verksamhetscheferna. Läkemedelskommittéerna spelar en viktig roll i att hålla denna diskussion levande.«

hos landstingen. Varje landsting skulle kunna spara många miljoner varje år om LFNs beslut följts.

Men det är flera faktorer som försvårar användningen av LFNs beslut samtidigt som hjälpmedel i form av förskrivarstöd och uppföljning saknas.

Som läkare är vi ofta ovana att ta hänsyn till kostnaderna av våra beslut. Pekuniära hänsyn kan ibland uppfattas som småaktiga och oetiska. Det är en underförstådd grundval i relationen mellan mig och min patient att mina beslut utgår ifrån det som är bäst för patienten. Samtidigt lever vi i en tid där nyheter i sig ofta får ett stort värde. Det blir då en utmaning att förklara att den väl dokumenterade, ofta lite äldre, behandlingen också kan vara den mest kostnadseffektiva! Samtidigt vet vi att många patienter inte vill ha nya och obeprövade läkemedel utan snarare beprövade sådana.

Även om de flesta är överens om att grupperna av blodtrycksmedicin har i stort sett lika effekt, så lyfts skillnader i biverkningar fram inte minst från industrin, som påminner om att tiazider ibland ger högt blodsocker, kalciumantagonister bensvullnad, ACE-hämmare hosta och betablockerare impotens. Och visst sa någon att ARB inte ger några biverkningar, så därför är det bäst att börja blodtrycksbehandlingen med dem? Om dokumentationen för dessa påståenden granskas så är den inte alltid ordentligt underbyggd.

Begränsningarna av subventionen är i dag alldeles för många för att de ska vara möjliga att hålla i minnet. På många arbetsplatser är begränsningstexten i stort sett omöjlig att få tag i när receptet ska skrivas. I samverkan mellan landstingen inom ramen för Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) utvecklas och prövas ett förskrivarstöd [6]. Vad detta kommer att innebära i praktiken är oklart. Det är i alla fall svårt att förstå i en tid när nästan alla läkare använder e-recept att det inte skulle gå att redan nu komplettera receptmodulen t ex med automatisk begränsningstext så snart preparatet kom-

mer upp på skärmen. I dag finns det heller inte någon systematisk uppföljning av begränsningarna, t ex om mina patienter har provat ACE-hämmare innan ARB-preparatet sätts in.

Vi tror att det krävs en fortlöpande diskussion om att det både är viktigt och önskvärt att ta hänsyn till inte bara patientens behov och nyttan av behandlingen utan också kostnaden. För att både regler och uppföljning ska få genomslag är det viktigt att de vilar på god evidens och introduceras i en miljö med utrymme för dialog. Det är ett idealtillstånd när dessa beslut kan tas på gruppnivå, precis som LFN gör, men aspekten behöver finnas med i de flesta kliniska situationer.

En kostnadseffektiv förskrivning är också ett ansvar för verksamhetscheferna. Läkemedelskommittéerna spelar en viktig roll i att hålla denna diskussion levande. En del av den möjliga besparingen av LFNs beslut borde kunna investeras i effektiva beslutsstöd, oberoende information och uppföljning i samarbete med läkemedelskommittéerna. En förhoppning är att det förskrivarstöd som nu utvecklas av SIL kan bli en sådan hjälp i den kliniska vardagen.

Av yttersta vikt är alltså att så snart som möjligt få ett medicinskt kvalitetssäkrat och producentbundet beslutsstöd kopplat till patientjournalen. Dessutom behövs system för uppföljning och återföring till förskrivare och huvudmän. Med t ex Socialstyrelsens läkemedelsregister och framtida tillgång till en nationell ordinationsdatabas och gemensam läkemedelslista är detta möjligt. Utan dessa förutsättningar riskerar vi att besluten om begränsning bara blir ett slag i luften.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna utöver vad som framgår av författarpresentationerna.*

REFERENSER

- Högt blodtryck. Slutrapport. En genomgång av de läkemedel som sänker blodtrycket. Solna: Läkemedelsförmånsnämnden; 2008.
- Edling A, Tauberman AC. Onödiga läkemedelsbidrag slukar 400 miljoner per år. Dagens Nyheter 15 februari 2008.
- Robbins J. Patient compliance. Prim Care. 1980; 7:703-11.
- Fallsberg M. Medication compliance in real life. Drug Inform J. 1994;28:565-9.
- Svensson S, Kjellgren KI, Ahlner J, Säljö R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. Int J Cardiol. 2000;76:157-63.
- Svensk Informationsdatabas för Läkemedel. http://www.silinfo.se/servlet/GetDoc?meta_id=1002