

DYRA, NYA LÄKEMEDEL BÄTTRE ÄN KIRURGI?

Kraftigt ökade läkemedelskostnader för behandling av prostatacancer, benign prostatahyperplasi och erektionssvikt gör det nödvändigt att förbättra systemen för utvärdering av den totala sjukvårdsekonomiska effekten, särskilt i ljuset av pågående utprövning och spridning av ett stort antal nya låginvasiva metoder för kirurgisk behandling. Användningen av de aktuella läkemedlen varierar stort inom landet, vilket kan vara ett uttryck för att nyttan av läkemedelsterapi i förhållande till kirurgi inte är säkerställd.

Ökade läkemedelskostnader under senare år, i kombination med en försämrad ekonomi i sjukvården i övrigt, har ökat läkemedlens andel av den totala sjukvårdskostnaden från 9 procent 1990 till ca 14 procent under 1994. Kostnadsökningen kan i huvudsak förklaras av relativa prisförändringar, ökad förskrivningsvolym och förändringar i läkemedelssortimentet; det sker en förskjutning mot nya, dyrare preparat [1]. Komponenternas betydelse varierar dock mellan olika terapiområden.

Fyra huvuddiagnoser i urologisk sjukvård

Urologisk sjukvård domineras av fyra diagnoser: prostatacancer, blåscancer, njursten och benign prostatahyperplasi (BPH). Endast vid avancerad prostatacancer har behandling med läkeme-

del varit vanligt, och traditionellt har kostnaderna för läkemedel varit låga vid behandling av urologiska sjukdomar. Det finns anledning att misstänka att den situationen håller på att ändras. Sedan omkring tio år tillbaka finns moderna preparat för farmakologisk kastration vid prostatacancer, sedan cirka fyra år finns preparat registrerade för behandling av BPH och sedan cirka två år ett registrerat preparat för erektionssvikt.

Förutom farmakologisk behandling vid BPH har sedan mitten av 1980-talet ett antal nya kirurgiska och apparatbaserade behandlingsmetoder introducerats och några gamla har fått förnyad aktualitet. I likhet med när den transuretrala operationstekniken (transuretral



SERIE Hälsoekonomi

resektion av prostata, TURP) ersatte den öppna metoden under 1970-talet innebär de nya metoderna en minskad risk för patienten och lägre kostnad per patient på kort sikt. Genomgående är behandlingseffekten för de nya metoderna sämre än för TURP, vilket skall vägas mot fördelarna.

Det råder stor osäkerhet både om

Tabell I. Preparat som inkluderats i kostnadsberäkningarna. Generiska namn (preparatnamn inom parentes).

Prostatacancer		BPH	Erektionssvikt
Buserelin	(Suprefact Depot)	Doxazosin (Alfadil)	Alprostadil (Caverject)
Goserelin	(Zoladex)	Prazosin (Peripress)	
Leuprorelin	(Enanton Depot, Procren Depot)	Terazosin (Hytrinex, Sinalfa)	
Triptorelin	(Decapeptyl Depot)	Finasterid (Proscar)	
Cyproteron	(Androcur)		
Flutamid	(Eulexin)		
Nilutamid	(Anandron)		
Estramustinfosfat	(Estracyt)		
Fosfestrol	(Honvan)		
Östradiol	(Estradurin)		

Tabell II. Olika metoder att behandla eller handlägga patienter med BPH.

Metod	Behandlingsprincip	Kostnad på kort sikt
Exspektans	–	Mycket låg
Alfablockerare	Muskelavslappning omkring urethra	Måttlig
5-alfa-reduktashämmare	Storleksminskning genom atrofi	Måttlig
Mikrovågsbehandling (TUMT)	Värmenekros	Måttlig
Transuretral nålablation (TUNA)	Värmenekros	Måttlig
Stent	Håller pars prostatica öppen	Måttlig
Ballongdilatation	Övertänjning av pars prostatica	Måttlig
Sidvinklad laser (VLAP, TULIP)	Värmenekros	Hög
Transuretral incision (TUIP)	Dela cirkulär vävnad i pars prostatica	Hög
Transuretral resektion (TURP)	Vävnadsreduktion	Hög
Öppen adenomenukleation	Vävnadsreduktion	Hög

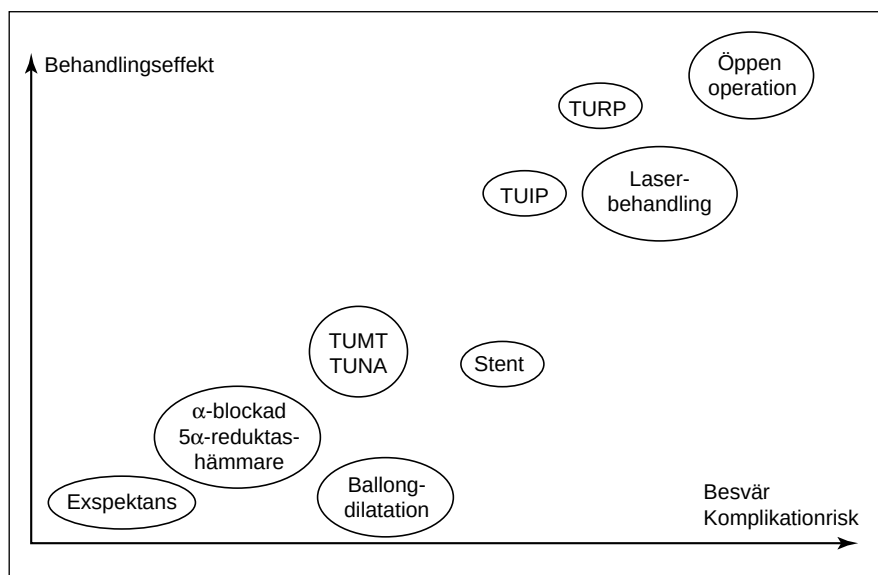
Författare

PER CARLSSON

docent, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Universitetet i Linköping, och Socialstyrelsen, Stockholm

ANDERS SPÅNGBERG

med dr, biträdande överläkare, urologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.



Figur 1. Grov skattning av hur effektiva de olika behandlingsmetoderna för BPH är samt hur stora komplikationsrisker och obehag patienten utsätts för i samband med behandlingen. Exakt hur metoderna skall relateras till varandra kan man ha olika åsikter om.

vilka av de nya metoderna man framför allt bör satsa på och om vilka patienter de är lämpliga för. Vid BPH är det ett stort problem att det inte finns bra objektiva indikationer för när behandling skall sättas in för en mycket stor grupp patienter. Enskilda läkares åsikter om när behandling skall ges kan därför i hög grad påverka behandlingsfrekvensen.

Svårt få allsidig utvärdering av nya medicinska metoder

Introduktionen av dessa nya metoder skall ses i ljuset av att få nya medicinska metoder är allsidigt utvärderade. Det finns flera skäl till detta. Det är både komplicerat och kostsamt att genomföra vetenskapliga studier med beaktande av både medicinska och ekonomiska aspekter. Bristen på forskningsmedel för den här typen av forskning har uppmärksamats tidigare i Läkartidningen [2] och i Prioriteringsutredningens slutbetänkande [3].

Bristen på utvärdering är särskilt stor när nya medicinska tekniska apparater och kirurgiska procedurer introduceras. En förklaring till detta är att samhället inte kräver samma dokumentation om metodernas säkerhet och kliniska effekt som man gör för läkemedel. Dessutom är det i regel lättare att utvärdera läkemedel än procedurer. Kirurgisk och apparatbaserad behandling kan sällan studeras blint och ofta påverkar behandlarnas individuella skicklighet resultatet. Trots att kirurgisk och medicinsk behandling ofta förekommer som alternativ till varandra saknas en tradition att jämföra kirurgiska metoder med läke-

medel inom ramen för kliniska prövningar.

Metod

Uppgifter om den länsvisa försäljningen av läkemedel för prostatacancer, BPH och erektionssvikt för perioden 1992–1995 har erhållits från Apoteksbolaget [4]. Kostnaderna anges som apotekens utförsäljningspris (AUP). Vilka preparat som tagits med framgår av Tabell I. Kostnaden för icke sjukdomsspecifika preparat som t ex analgetika och antibiotika har inte studerats.

För att korrigera för olikheter i befolkningsunderlaget för de olika länen har försäljningen relaterats till antalet diagnostiserade prostatacancerfall eller till män över 45 år.

För behandling av avancerad prostatacancer och erektionssvikt är introduktionen av nya läkemedel den enda stora förändringen som skett under senare år. För BPH har, förutom farmaka, drygt ett halvt dussin andra behandlingsmetoder presenterats. När förändringar i lä-

kemedelsförskrivningen studeras är det därför av intresse att också studera hur kostnaderna för annan ny teknologi och de totala kostnaderna för behandling av BPH har förändrats.

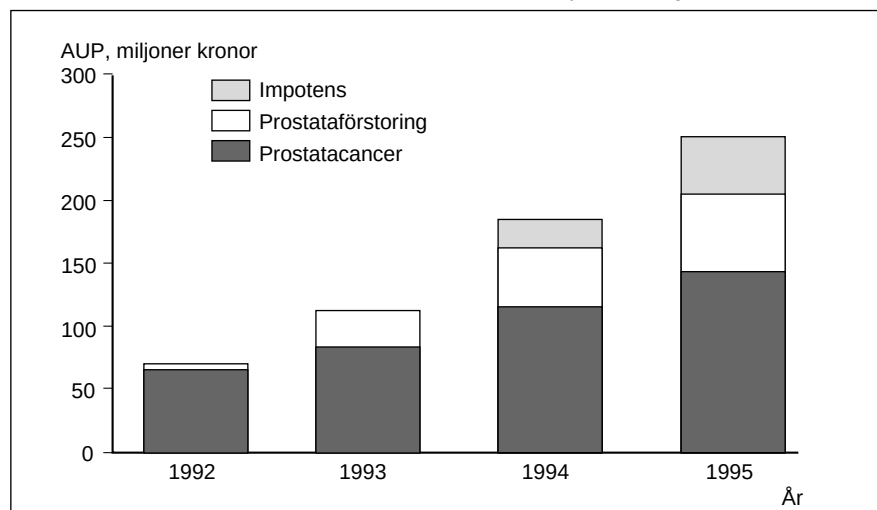
De behandlingsmetoder för BPH som använts i Sverige de senaste åren finns uppräknade i Tabell II. Det är inte nödvändigt att känna till hur dessa praktiserar i detalj, men som en orientering anges behandlingsprincip och en grov skattning av kostnad på kort sikt.

I Figur 1 finns en grov skattning av metodernas effektivitet och de obehag/komplikationsrisker patienterna utsätts för.

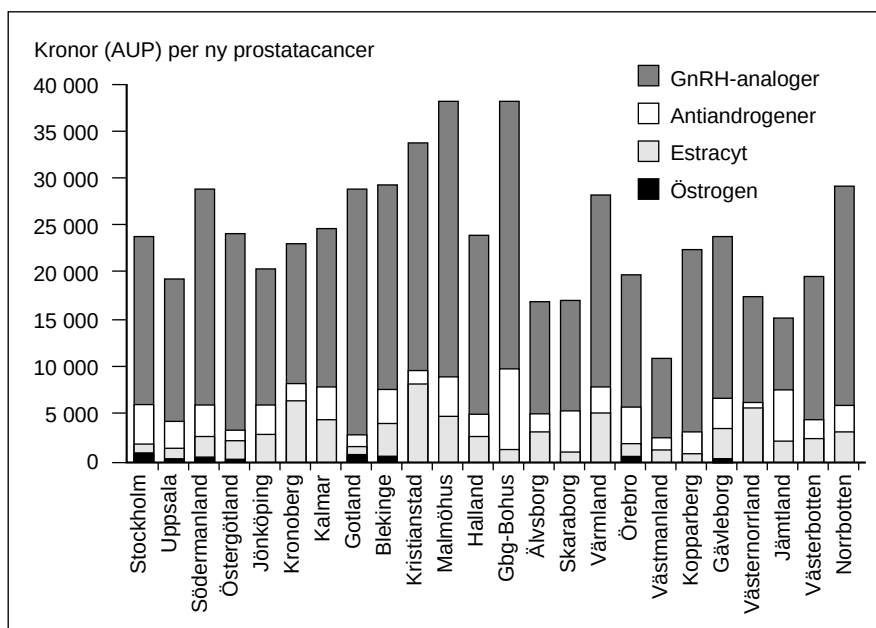
Samhällets kostnader för BPH har beräknats för 1988 [5]. I avvaktan på en uppföljning av denna studie har en grov skattning av direkta sjukvårdskostnader för BPH mellan 1985 och 1994 gjorts. För att kartlägga införandet av nya metoder inom slutenvården och öppenvården skickades en enkät med förfrågan om åtgärder i öppenvård till samtliga enheter i Sverige som bedriver urologisk kirurgi. Av samtliga sjukhus har 75 procent lämnat uppgifter för perioden 1985 till 1994. Uppgifter om antalet operationer i slutenvård har inhämtats från det nationella patientregistret fram till och med 1994.

Uppgifter om kostnader för öppna operationer, TURP och mikrovågsbehandling har erhållits från Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Officiella kostnadsuppgifter för övriga, relativt sällan förekommande, metoder saknas. De har därför uppskattats på basis av de kostnadsberäknade metoderna. Den direkta kostnaden för behandling av BPH har beräknats för åren 1985–1994. Priset för olika åtgärder/operationer har antagits öka i takt med inflationen och har

Figur 2. Kostnader för läkemedel (apotekens utförsäljningspris i kronor) vid behandling av prostatacancer, BPH och erektionssvikt under åren 1992–1995. Källa: Apoteksbolaget.



ANNONS



Figur 3. Försäljning av läkemedel (apotekens utförsäljningspris i kronor per nytt prostatacancerfall) för behandling av prostatacancer i olika län under 1995. Skillnader mellan länen beror på hur liberala indikationerna för hormonell behandling är samt hur stor andel av patienterna som får farmakologisk kastration och total androgen blockad. Källa: Apoteksbolaget.

angivits i 1994 års pris. Kostnader för utredning och kontroller ingår inte.

Ökad användning av läkemedel

I Figur 2 redovisas försäljningen i Sverige av läkemedel för prostatacancer, BPH och erektionssvikt. Kostnadsökningen var mellan 1992 och 1995 i löpande priser sammanlagt ca 180 miljoner kronor, vilket motsvarar den årliga kostnaden för att driva mellan fem och sex medelstora urologiska kliniker. Uppdelad på de tre diagnoserna var ökningen för prostatacancer 77 miljoner kronor, för BPH ca 60 miljoner kronor och för erektionssvikt ca 45 miljoner kronor.

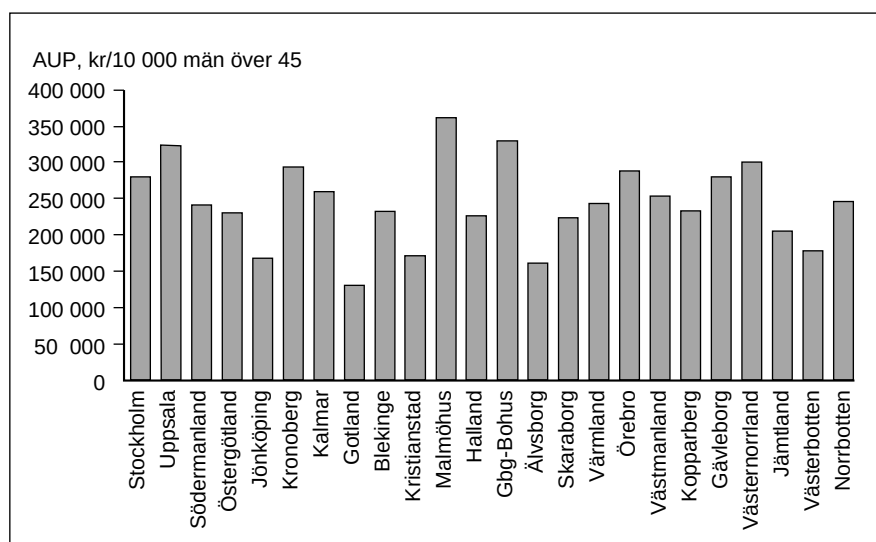
I Figur 3–5 visas hur stor försäljningen, korrigerad för antalet cancerfall eller män över 45 år, var i de olika länen 1995. Skillnaderna mellan länen är stora. För prostatacancer varierar försäljningen med en faktor 2,8; för BPH med en faktor 3,5; för erektionssvikt med en faktor 2,9. Försäljningen av enskilda preparatgrupper varierar ännu mer: för BPH varierar alfablockerare med en faktor 6,7 och finasterid med en faktor 4,2. För prostatacancer är motsvarande siffror för GnRH-analoger 2,9; antiandrogener 13; estramustinfosfat 50; östrogen 58.

Tabell III visar antalet operationer och andra ingrepp som utförts i Sverige 1985–1994 för BPH. Antalet TURP-

operationer minskade mellan 1991 och 1994. Denna nedgång har uppvägs av en ökad användning av transuretral mikrovågsbehandling (TUMT). Övriga metoder spelade en liten roll fram till och med 1994. Tabell IV visar kostnaden för farmakologisk behandling samt den skattade kostnaden för annan behandling vid BPH. Om man exkluderar kostnader för läkemedel har behandlingskostnaderna i stort sett varit konstanta med vissa toppar, t ex 1991.

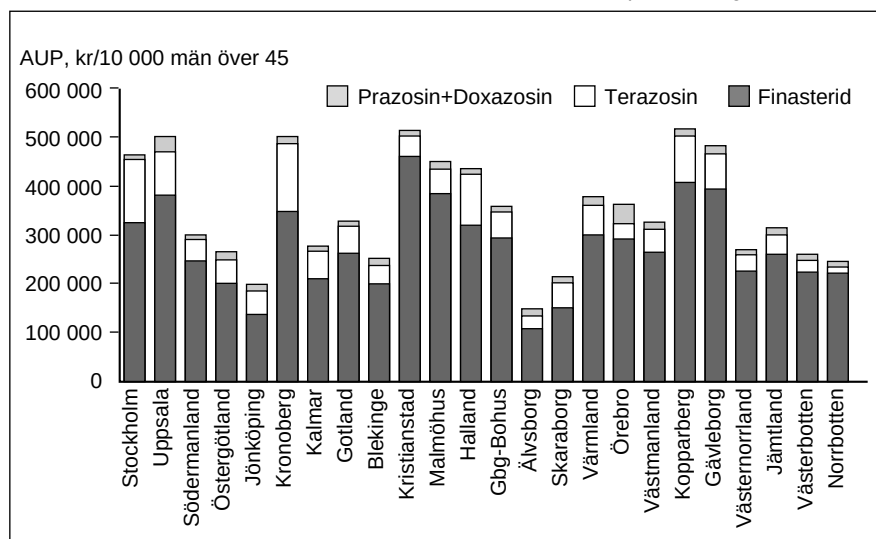
Om läkemedelskostnaden inkluderas tycks det ske en kostnadsökning under 1990-talet. Även om vi inte känner till antalet utförda operationer i slutenvård under 1995 tyder kostnaderna för läkemedel – som uppgick till 45 respektive 62 miljoner kronor – på att denna trend fortsätter.

Den stora variationen i användningen av farmaka i de olika länen skulle



Figur 4. Försäljning av läkemedel (apotekens utförsäljningspris i kronor/10 000 män >45 år) för behandling av erektionssvikt i olika län under 1995. Källa: Apoteksbolaget.

Figur 5. Försäljning av läkemedel (apotekens utförsäljningspris i kronor/10 000 män >45 år) vid behandling av benign prostataförstoring i olika län under 1995. Källa: Apoteksbolaget.



ANNONS

ANNONS

Tabell III. Antal operationer och kirurgiska åtgärder vid BPH olika år. Källa: Socialstyrelsen, egna data.

Åtgärder	År					
	1985	1987	1989	1991	1993	1994
Öppen operation ¹	713	515	327	237	211	168
TURP ²	8 868	9 986	10 093	10 752	9 051	8 540
Prostataincision ^{3, 4}	90	254	302	469	420	379
Stent ⁴	12	29	138	222	252	189
Ballongvidgning ⁴		8		9	3	3
TUMT ⁴				659	2 005	1 832
Laserbehandling ⁴					245	155
TUNA ⁴						50
Totalt (sluten och öppen vård)	9 683	10 792	10 860	12 348	12 187	11 316

¹ Operations-nr 6610, 6630, 6632 samt huvuddiagnos 600.

² TURP-operationer med en annan huvuddiagnos än BPH (600) har ej medtagits. Dessa utgör ca 12 procent av alla TURP. Eftersom en stor del av dessa operationer utförts på grund av BPH (som bidiagnos) sker en mindre underskattning av antalet TURP i ovanstående tabell.

³ Operations-nr 6315, 6622, 6690.

⁴ Baseras på uppgifter från 75 procent av sjukhusen.

Tabell IV. Direkta kostnader (i tusental kronor) för BPH i 1994 års pris. Egna data.

	År					
	1985	1987	1989	1991	1993	1994
<i>Kirurgiska åtgärder</i>						
Öppen operation ¹	34 224	24 720	15 696	11 376	10 128	8 064
TURP ²	150 756	169 762	171 581	182 784	153 867	145 180
Incision ³	900	2 540	3 020	4 690	4 200	3 790
Stent ³	120	290	1 380	2 220	2 520	1 890
Ballongvidgning ⁴		44		50	17	9
TUMT ⁵				4 284	13 033	11 908
Laser ⁶ TUNA ⁷					3 920	2 930
<i>Läkemedel⁸</i>						
Terazosin					5 828	8 975
Finasterid					21 037	36 097
Totalt	187 000	197 355	191 677	205 404	214 550	218 843

¹ 48 000 kronor. ² 17 000 kronor. ³ 10 000 kronor. ⁴ 5 500 kronor. ⁵ 6 500 kronor.

⁶ 16 000 kronor. ⁷ 9 000 kronor. ⁸ Kostnaderna för läkemedel var före 1992 av liten betydelse.

kunna förklaras av att man hunnit olika långt i introduktionen av de nya läkemedlen [6]. Detta kan vara en delförklaring framför allt till variationen i förskrivning av alprostadil för erektionssvikt, eftersom denna behandling är klart effektivare än tidigare existerande behandling.

För BPH och prostatacancer är det inte lika klart att patientomhändertagandet förbättrats, och den stora variationen i användningen av läkemedel avspeglar sannolikt en stor osäkerhet bland urologer om i vilken omfattning farmakologisk behandling bör användas.

Aktuella beslutsproblem

Vid prostatacancer handlar ett beslutsproblem om huruvida patienterna har rätt att välja en likvärdig, men betydligt dyrare metod. Hur långt sträcker sig denna rätt? När läkaren tillsammans

med patienten skall välja behandling vid BPH står valet mellan metoder som har god effekt, men är förbundna med vissa risker och höga initiala kostnader, och metoder med låg effekt men med små risker och till låga kostnader på kort sikt.

Vid erektionssvikt är problemet något annorlunda; den nya behandlingen är effektivare än tidigare existerande behandling, men det kan ifrågasättas hur mycket samhället skall minska andra vårdinsatser för att frigöra resurser för denna behandling.

Dessa frågeställningar diskuteras utförligare i efterföljande artikel.

Slutsatser

Införande av nya läkemedel inom urologin har ökat läkemedelskostnaderna. Delvis har detta lett till ett minskat behov av kirurgisk behandling och därmed till besparingar i landstingen.

Långtidseffekten av dessa nya läkemedel och den totala samhällsekonomiska effekten är inte studerade. Överförande av ansvaret för finansieringen av läkemedel från staten till landstingen välkomnas, då detta kommer att tydliggöra kraven på systematiska utvärderingar och avvägningar mellan läkemedel och kirurgiska metoder.

*

Statistiken över läkemedelsförsäljningen har tagits fram på initiativ av Socialstyrelsens expertgrupp i urologi (ordförande professor Silas Pettersson).

Referenser

1. Jönsson B. Varför ökar kostnaderna för läkemedel? IHE information 1995; nr 2.
2. Jonsson E, Krakau I, Malm M, Zederfelt B, Werkö L. Hotet mot klinisk forskning II: Hur skall vår kliniska forskning finansieras? Läkartidningen 1994; 91: 1684-5.
3. Socialdepartementet. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av prioriteringsutredningen. SOU 1995:5.
4. Svensk läkemedelsstatistik 1995. Stockholm, Apoteksbolaget, 1996.
5. Ahlstrand C, Carlsson P, Jönsson B. Estimated total costs of treating benign prostatic hyperplasia in Sweden. Scand J Urol Nephrol 1995; 29: 57-63.
6. Brodin H. Regional variations in pharmaceutical consumption in Sweden [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet, 1987. Linköping Studies in Arts and Science 13.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.