

Slopande av subventioner för viss hypertoni behandling ej genomtänkt

Läkemedelsförmånsnämndens beslut om slopade subventioner för vissa läkemedel mot hypertoni leder till svårigheter för förskrivarna och till men för patienterna. Berörda läkare har inte kommit till tals, och de av nämnden förväntade besparingarna kommer sannolikt inte att infrias.

Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, har gått igenom preparat som används vid hypertoni och beslutat att läkemedelssubventionen för vissa preparat tas bort eller modifieras. På så sätt tror man att 400 miljoner kronor kan sparas per år. LFNs beslut kommer att gälla från 1 september 2008 men kan överklagas till domstol.

LFN vill ta bort subventionen för ARB (angiotensinreceptorblockerare) om man inte provat ACE-hämmare först. I en artikel i Östgöta Correspondenten hävdar

man att 7 miljoner kronor/år skulle sparas i Östergötland, om vi läkare följde LFNs beslut. Sedan flera år förskrivs ARB i Östergötland efter dessa riktlinjer, utan att några subventioner behövt tas bort!

De som har ARB har nästan alla först provat ACE-hämmare och fått biverkningar av dessa, så var de 7 miljonerna ska hämtas in är svårt att förstå. Situationen torde vara liknande på de flesta håll i landet. Det bör också påpekas att i september 2009 försvinner patentet för den första ARB som kom, nämligen losartan (Cozaar).

Detta torde leda till en pris-sänkning av losartan ned till ACE-hämmarnas nivå och kan mycket väl dra med sig övriga ARB nedåt i pris. Så redan nästa år blir besparingarna inte alls av den kaliber LFN förutspår. Detta tas inte upp av LFN, vilket är anmärkningsvärt.

Vad gäller Zanidip – en perifer kalciumhämmare – konstaterar LFN att den blodtrycks-sänkande effekten inte är bättre än för övriga preparat i gruppen. Detta är i och för sig rätt, men preparatet har andra unika egenskaper som gör det till ett attraktivt andrahandsalternativ i gruppen. Frekvensen benömdem – den vanligaste biverkan av kalciumhämmare – är lägre med Zanidip [1-4]. Likaså finns studier som visar en minskad

albuminuri med detta preparat [5], som i detta avseende är jämförbart med ACE-hämmare.

Med mindre biverkningar kan man ge högre dos och få mer effekt. Därmed kanske man kan slippa lägga till ytterligare preparat. I dagsläget används sällan Zanidip innan patienten provat annan kalciumhämmare, som gett biverkningar. Genom att Zanidip förlorat subventionen har vi läkare blivit av med ett mycket viktigt komplement. Det är mycket svårt att förstå varför! Alternativet till Zanidip kan mycket väl bli Alfadil, som ju till skillnad från kalciumhämmare saknar positiv dokumentation om mortalitet och morbiditet.

Trandate är en betablockerare som får behålla sin subvention bara till gravida. Det används ju framförallt till denna grupp men också som ett alternativ när de andra och billigare betablockerarna (t ex metoprolol och atenolol) gett biverkningar. Användningen av Trandate är ju inte särskilt stor, så besparingspotentialen förefaller liten. I stället frånhands vi ett alternativ, när andra betablockerare av olika skäl inte fungerar.

Trandate har stor betydelse vid behandling av riktigt svår hypertoni, då man inte sällan kan gå upp i dos på ett helt annat sätt än med andra betablockerare. Att ta bort möjligheten att använda Trandate på dessa mycket sjuka patienter kommer säkert att orsaka mer komplikationer hos svårt drabbade patienter, som man

i andra sammanhang brukar anse ska prioriteras.

Det finns också anledning att fundera över varför man väljer att helt ta bort subventionen för Trandate och Zani-

»Tyvärr har LFN valt en annan väg, där man på märkliga grunder drar bort subventioner och planerar en centraliserad kontroll av läkarkårens förskrivningar utan bred debatt.«

dip och i stället behålla den för Physiotens och Alfadil, när dessa används som tilläggspreparat. Varför inte ha samma inställning till samtliga, nämligen att de subventioneras när de används som tilläggspreparat och andra läkemedel i gruppen först provats? Hur förklarar LFN sin varierande hållning?

Betablockerare har som grupp förlorat sin subvention som förstahandsmedel. Även om dessa preparat inte generellt är lämpliga som förstahandsmedel (t ex till äldre), finns det undergrupper av patienter, där betablockerarna fortfarande är utmärkta som förstahandsmedel (t ex yngre patienter med hypertoni eller hypertoni och samtidig hjärtklappningsproblematik).

I en artikel i Läkartidningen 21/2005 (sidorna 1549-50) resonerar sex läkare som sitter med i LFN kring nämndens beslut. Slutsatsen de drar är att det behövs »ett system för uppföljning och återföring till förskrivare och huvudmän« så att LFNs beslut/besparingar inte »blir ett slag i luften«. Avser man någon form av central kontrollnämnd? Det är svårt att se hur besluten ska få önskade effekter utan en bred förankring och debatt.

Många hypertoni-patienter är svårbehandlade, de kräver 5-6 olika preparat innan

BOSSE BERGGREN
överläkare

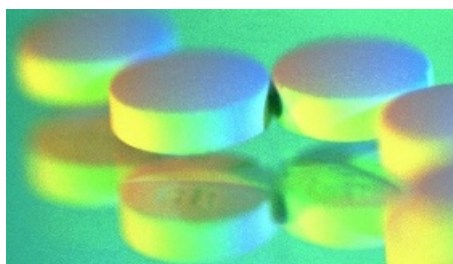
TORBJÖRN LINDSTRÖM
överläkare och sektionschef

FREDRIK NYSTRÖM
professor i internmedicin,
överläkare; alla tre vid
endokrinmedicin, Universitets-
sjukhuset, Linköping

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

LARS WEISS
överläkare och verksamhetschef,
njurmedikliniken,
Centralsjukhuset, Karlstad

RONNIE WILLENHEIMER
medicinsk chef, Heart Health
Group; docent i kardiologi, Lunds
Universitet, Malmö



LFN ska gå igenom 49 olika läkemedelsområden. Det kunde ha börjat bättre, anser författarna och menar att det inte är genomtänkt att slopa subventioner för viss hypertonibehandling.

blodtrycket är acceptabelt. För att nå blodtrycksmålet hos dessa patienter får man ofta prova flera olika preparat både från olika grupper och inom samma grupp. Vi behöver hela arsenalen av i dag existerande preparat, för att de sjukaste patienterna ska nå blodtrycksmålet. Ytterst är det ju komplikationerna till hypertoni vi behandlar – stroke, hjärtinfarkt, aortaruptur, ögonskador, hjärt- och njursvikt osv.

Den stora besparingen, både monetärt och i mänskligt lidande, ligger ju i att behandla patienter med hypertoni väl och därmed minska risken för komplikationer. De stora kostnaderna för dåligt behandlad hypertoni är inte läkemedlen utan behandlingen av de allvarliga komplikationerna i form av kronisk dialys, strokevård, akut kärlintervention, åtgärder mot grav hjärtsvikt m m. Flera stora undersökningar i olika delar av Sverige har visat att patienter med hypertoni i dag generellt sett inte är bra behandlade – det finns alltför många som ligger för högt [6]. Kan vi inte få fullvärdiga redskap kommer vi att misslyckas nå målet hos fler.

Det viktiga är att få ett förskrivningsmönster som grundas

på evidens, beprövad erfarenhet och kostnadseffektivitet och som leder till att de flesta når behandlingsmålet. För detta krävs att på ett bra sätt få med sig läkarkåren. En bred debatt skulle ha varit en bra start och skulle ha kunnat resultera i en bred uppslutning. Man kanske överhuvudtaget inte hade behövt ta bort några subventioner. Tyvärr har LFN valt en annan väg, där man på märkliga grunder drar bort subventioner och planerar en centraliserad kontroll av läkarkårens förskrivningar utan bred debatt.

I inledningen till besluten tar man upp principerna som ligger till grund för ställningstagandena: »att vi väger nyttan av läkemedlet mot kostnaden«, »att de som har största medicinska behoven ska ha mer av vårdens resurser än andra patientgrupper« och »att vården ska respektera alla människors lika värde«.

Visst kan vi fortsättningsvis skriva ut de läkemedel LFN tar bort subventionen för, men patienterna får då betala hela kostnaden. Vi tror absolut att vi behöver t ex Trandate och Zandip för att nå blodtrycksmålet för de mest

svårbehandlade, och då blir det de som har råd att betala för läkemedlen som kan bli bättre behandlade. Hur rimmar det med solidaritet och lika människovärde?

Hur ska vi specialister som bygger behandlingen på flera av de läkemedel som nu inte längre kommer att finnas tillgängliga med subvention förfara med de patienter som får försämrad kontroll? Experterna på LFN menar uppenbarligen att vi borde kunna hitta andra terapivägar, sådana som vi nu inte kan finna.

Kommer nämnden att arangera kurser för oss specialister, så att vi kan få veta hur t ex en patient med tidigare malign hypertoni som tolererar Zandip men inte andra kalciumhämmare och som har 1 600 mg Trandate/dag (+ ACE-hämmare och diuretika) ska behandlas i framtiden? Att LFN nu anser sig kunna överpröva den enskilda experten är inte en bra signal till läkarkåren.

LFN ska gå igenom 49 olika områden av läkemedel. Det kunde ha börjat bättre ...

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Leonetti G, Magnani B, Pessina AC, Rappelli A, Trimarco B, Zanchetti A, et al. Tolerability of long-term treatment with lercanidipine versus amlodipine and lacidipine in elderly hypertensives. *Am J Hypertens*. 2002;15(11):932-40.
2. Lund-Johansen P, Strandén E, Helberg S, Wessel-Aas T, Risberg K, Rønnevik PK, et al. Quantification of leg oedema in postmenopausal hypertensive patients treated with lercanidipine or amlodipine. *J Hypertens*. 2003;21(5):1003-10.
3. Pedrinelli R, Dell'Omo G, Nuti M, Menegato A, Balbarini A, Mariani M. Heterogeneous effect of calcium antagonists on leg oedema: a comparison of amlodipine versus lercanidipine in hypertensive patients. *J Hypertens*. 2003;21(10):1969-73.
4. Barrios V, Escobar C, de la Figuera M, Llisterri JL, Honorato J, Segura J, et al. Tolerability of high doses of lercanidipine versus high doses of other dihydropyridines in daily clinical practice: the TOLERANCE Study. *Cardiovasc Ther*. 2008;26(1):2-9.
5. Dalla Vestra M, Pozza G, Mosca A, Grazioli V, Lapolla A, Fioretto P, et al. Effect of lercanidipine compared with ramipril on albumin excretion rate in hypertensive type 2 diabetic patients with microalbuminuria: DIAL study (diabete, ipertensione, albuminuria, lercanidipina). *Diabetes Nutr Metab*. 2004;17(5):259-66.
6. Weinehall L, Ohgren B, Persson M, Stegmayr B, Boman K, Hallmans G, et al. High remaining risk in poorly treated hypertension: the 'rule of halves' still exists. *J Hypertens*. 2002;20(10):2081-8.