

läkemedel, förutsätter en sammanhållande distrikts/familjeläkare.

### Multifarmaci ett stort problem

Detta är fallet inte bara därför att allmänläkarna själva skriver ut hälften av alla läkemedel, många i och för sig initierade vid sjukhusvistelse. Ett annat skäl är att modern medicin med sitt farmakologiska behandlingsimperativ – förstärkt av subspecialiseringen och ultrakorta vårdtider – håller på att bli en hälsofara för våra äldre.

Multifarmaci är snarast regel hos äldre, och i snitt har intagna på serviceboende tio olika läkemedel. En rad rapporter, bl a från SBU [18] och Socialstyrelsen [19], är synnerligen kritiska, .

För alla dem som vill se en förbättrad farmakoterapi gäller att patienten bara får de läkemedel som verkligen behövs och tar dem med mycket hög följsamhet. Detta kräver en förbättrad samverkan inte bara mellan den förskrivande/behandlande läkaren och patienten utan av alla inblandade i vården – sjuksköterskor, farmaceuter och inte minst patientens anhöriga.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Thomas Ihre är ordförande och Bengt Järhult medlem i Läkemedelsbokens (LB) redaktionskommitté, Apoteket AB.

### Referenser

- Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. Antihypertensive medication in clinical encounters. *Int J Cardiol* 1998;64:161-9.
- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, issue 3. Oxford: Update Software; 2001.
- Dock J, Mattsson B. Patient-läkarerelationens betydelse för behandlingen. I: *Läkemedelsboken 2005/2006*. Uppsala: Almqvist & Wiksell; 2005.
- Tror du att dina patienter tar sina mediciner som de ska? Bättre behandlingsresultat via samsyn och ökad följsamhet. Skrift från ABLA III-gruppen. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Svenska Sjuksköterskeföreningen, Apoteket AB, Stiftelsen NEPI, Landstingsförbundet, Apotekarsocieteten, Svenska Kommunförbundet; 2003.
- »Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande« och »Kommunikationen mellan patient och läkare vid svåra beslut«. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. <http://www.sos.se>
- Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. NEPI-rapport.
- Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality. Updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001;41:192-9.
- Ihre T, redaktör. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003. SBU-rapport 163. <http://www.sbu.se>
- Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning [rapport]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. <http://www.sos.se>



I Läkartidningens elektroniska arkiv <http://lartiv.lakartidningen.se> är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

# Hypertonistudier – för vem?

Låt oss slippa dessa meningslösa studier, låt oss slippa larm om nulliteter och låt oss slippa vara med om att läkemedelsföretagen driver in kilar av misstroende i patient-läkarrelationen med ohederliga metoder. Det skriver Bengt Hjelmqvist med anledning av metaanalyser av läkemedelsbehandling inom hypertoniområdet.



BENGT HJELMQVIST  
distriktsläkare, Nybro vårdcentral  
[bengt.hjelmqvist@ltkalmar.se](mailto:bengt.hjelmqvist@ltkalmar.se)

Åter har det publicerats en metaanalys som rör medikamentell blodtrycksbehandling [1]. Ämnet är urvaskat men med en metaanalys vill författarna fästa uppmärksamheten på ämnet igen. I september publicerades den likaledes ointressanta ASCOT-studien [2] med stort pådrag för att marknadsföra minimala eller obefintliga behandlingsskillnader.

### Minimala skillnader

Studierna påvisar skillnader mellan olika terapialternativ. Skillnaderna består i att några få patienter av tusentals eller tiotusentals behandlade får ett något gynnsammare utfall i något avseende än de som fått en annan behandling.

För att det skall göra någon skillnad för en patient måste närmare hundra patienter behandlas. En enskild läkare kan alltså aldrig märka att det är någon skillnad på det ena eller andra alternativet utifrån studieutfallet.

Dessa närmast minimala skillnader tas till intäkt för att basunera ut att det ena preparatet är bra, modernt och ändamålsenligt, medan det andra preparatet är dåligt, gammeldags och närmast värdelöst.

### Patienterna tar med sig budskapet

Budskapet propageras via större kongresser, kända tidskrifter och via massmedierna. Patienterna är en målgrupp för budskapet. De kommer sedan till sin läkare med en nyfunnen misstro mot det läkemedel de haft i kanske 10–20 år och en likaledes ny misstro mot sin läkare som förskrivit denna undermåliga behandling.

### Sälja det dyrare alternativet

Vad vill producenterna av denna »vetenskap«? Jo, det gäller att sälja ett alternativt läkemedel, ofta dyrare. Patienter kan

inte förväntas förstå det trixande med siffror som ligger bakom studierna, utan får klart för sig att det är stora internationella studier och att resultatet av studierna kräver någon ändring av patientens terapi.

Det är riktigt att studierna är stora. Annars hade inte någon skillnad kunnat vaskas fram mellan grupperna. Men det är ytterst tveksamt om resultaten har någon signifikans i praktiken eller i kliniken. Därmed är det stora massmediala pådraget knappast motiverat.

### Av föga intresse i den kliniska vardagen

För den läkare som behandlar riskfaktorn högt blodtryck är de små skillnader som dessa och liknande studier producerat av inget eller ringa intresse. Långt innan man har anledning att ta hänsyn till dessa studiedata, så spelar det roll vem patienten är, bakomliggande sjukdomar, biverkningar av viss behandling, patientens preferenser, rekommendationer av läkemedelskommitté, pris m m när man väljer terapi.

Det vore alltså en god sak att slippa dessa meningslösa studier, att slippa »larm« om nulliteter och att slippa vara med om att läkemedelsföretagen driver in kilar av misstroende i patient-läkarrelationen med ohederliga metoder.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

- Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005;366:1545-53.
- Dahlöf B, Sever P, Poulter NR, Wedel H, Beevers DG, Caulfield M, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:895-906.

Inlägget kommenteras på nästa sida.