

Sex – bara för rika och friska?

PDE5-hämmare blev för dyra för män med låg inkomst



PETER STRÖBERG, överläkare, specialist i urologi, ED-kliniken, Urohälsan, Skövde
 peter.stroeberg@telia.com
HANS HEDELIN, professor, FoU-centrum, Skaraborgs sjukhus

Kärnsjukhuset, Skövde
ANNBRITT BERGSTRÖM, leg sjuksköterska, ED-kliniken, Urohälsan, Skövde

Förmågan att få erektion anses spela en stor roll både för mannens allmänna välbefinnande, för hans självkänsla och för partnerrelationen [1-4]. Intrakavernös injektionsterapi med alprostadil är en effektiv behandlingsmetod även vid mer uttalad erektil dysfunktion. Trots att terapin är effektiv är det många som upphör med behandlingen (över 60 procent) efter något år [5, 6]. Detta antyder att behandling av erektionssvikt innefattar mer än att bara återskapa erektionsförmågan [7].

I och med introduktionen av peroral behandling för erektil dysfunktion med PDE5-hämmare, sildenafil, i slutet av 1990-talet utvidgades terapiarsenalen med ett säkert, effektivt och enkelt behandlingsalternativ [8, 9]. Detta innebar att ett ökat antal patienter kontaktade sjukvården för att få hjälp med sina erektionsproblem [10]. Trots att PDE5-hämmare är effektiva med få biverkningar slutar 40–60 procent att använda preparaten efter några år [11-13].

Detta sätter fokus på en central fråga: Om erektionen är så viktig för mannen och behandlingen så enkel, varför slutar så många? Faktorer som förbättrad normal erektionsförmåga, bristande effekt, biverkningar, minskat intresse för sexuell aktivitet och sjukdom tycks spela en roll [14-16]. En annan möjlig orsak till behandlingsavbrott är kostnaden för läkemedlet, något som tidigare inte är undersökt.

Ett unikt tillfälle att undersöka behandlingens betydelse erbjöds i Sverige i och med att erektionssvikt från och med den 1 april 2002 inte längre omfattades av högkostnadsskyddet: dvs från och med detta datum får patienten själv stå för hela läkemedelskostnaden.

Vi har genomfört en enkätstudie som fokuserat på de ekonomiska aspekterna för behandling och behandlingsavbrott. Studien genomfördes under våren 2003 då sildenafil var den enda PDE5-hämmaren på marknaden.

METOD OCH MATERIAL

De patienter som påbörjade peroral behandling med sildenafil under åren 1998–2000 ingick i studien.

Av de 143 patienter som hade fått sildenafil förskrivet på grund av erektil dysfunktion 1998–2000 kunde 132 patienter identifieras våren 2003 (6 var döda och för 5 fanns ingen aktuell adress tillgänglig). Merparten (91 procent) hade aldrig tidigare behandlats för erektil dysfunktion, och 87 procent levde i etablerade parförhållanden.

Förutom noggrann anamnes genomfördes före behandlingen en allmän kroppsundersökning, uringlukos bestämdes med

»... avskaffandet av högkostnadsskyddet för peroral behandling av erektil dysfunktion fick betydande konsekvenser för 86 procent av männen i hushåll med låg inkomst, medan endast 35 procent av männen i hushåll med hög inkomst påverkades.«

urinsticka och vid klinisk misstanke om hormonbrist analyserades även S-testosteron. Patienten fick besvara en validerad skattningsskala, »International index of erectile function« (IIEF-5) [17, 18], för bedömning av erektionsförmågan. Om poängsumman är <22 anses erektil dysfunktion föreligga [18]. Medelpoängen för IIEF-5 var före påbörjad behandling 11 ± 5 (median 15). Baserat på undersökningsfynd och anamnes värderades orsaken till erektionsvikten som organisk, psykogen eller kombinerad (dvs både organisk och psykogen).

Alla patienter fick vid första behandlingstillfället ett recept på 4 tabletter sildenafil (Viagra) à 50 mg och ordinerades att vid de första två behandlingstillfällena ta 1 tablett. Om detta inte gav tillfredsställande erektion rekommenderades 2 tabletter vid det tredje försöket. Patienterna följdes upp efter 6–8 veckor, om de inte dessförinnan själva kontaktat kliniken med önskemål om nytt recept. Därefter tog patienten själv kontakt vid behov av ny förskrivning.

I februari 2003 sändes en enkät till de 132 aktuella patienterna. Medelåldern vid tidpunkten för enkäten var 62 år (22–89 år). Frågeformuläret innehöll frågor om aktuell behandling av erektil dysfunktion och erektil förmåga (enligt IIEF-5), tablettförbrukning, orsaker till eventuella behandlingsavbrott, förändringar i relationen till partnern och slutligen hushållets totala inkomst före skatt.

RESULTAT

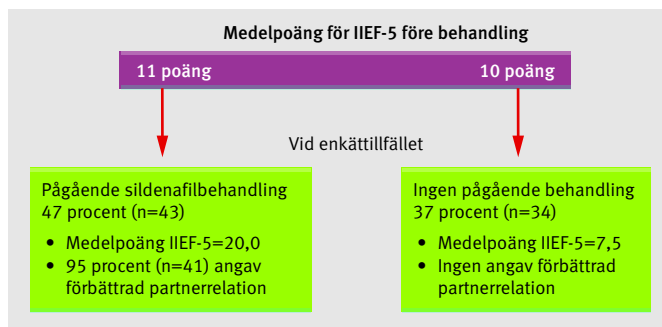
Över hälften hade slutat använda sildenafil efter 2 år. Enkäten besvarades av 91 (69 procent) av de 132 männen som till sänts enkäten. Av dem som svarade bedömdes 41 procent ha organisk erektil dysfunktion, 15 procent bedömdes ha psykogen erektil dysfunktion, och övriga 44 procent bedömdes ha både organisk och psykogen orsak. Totalt hade 48 patienter (53 procent) pågående behandling av erektil dysfunktion vid tidpunkten för enkäten. Två patienter (2 procent) hade ett penisimplantat, tre (3 procent) använde sig av intrakavernös injektionsterapi med alprostadil, medan övriga använde sildenafil i varierande dos; de allra flesta (95 procent) i dosen 50 eller 100 mg. Genomsnittskonsumtionen var 3–5 tabletter per månad.

Hos de 43 patienter (47 procent) som slutat använda sildenafil angavs flera olika skäl till detta. Nio rapporterade att den normala erektionsförmågan återkommit. De övriga 34 patienterna

SAMMANFATTAT

Erektionsförmågan har stor betydelse för mannens självkänsla och välbefinnande; erektil dysfunktion kan framgångsrikt behandlas med PDE5-hämmare, trots detta slutar mer än hälften använda preparatet inom två år. **Orsaken** till terapiavbrotten är multifaktoriell: förbättrad normal erektionsförmåga, biverk-

ningar, minskat intresse för sexuell aktivitet och sjukdom. **Kostnaden** för medicineringen är också en betydelsefull faktor. Då preparatet inte längre omfattades av läkemedelsförmånen minskade användningen mer än dubbelt så mycket i hushåll med låg inkomst som i hushåll med hög inkomst.



Figur 1. Förändringar och skillnader vad gäller erektionsförmåga (bedömd enligt den validerade skattningsskalan IIEF-5 [International index of erectile dysfunction]) och partnerrelation: en jämförelse mellan patienter med pågående sildenafilbehandling två år efter behandlingsstarten (enkättilfället) och dem som slutat med behandlingen.

angav antingen enbart eller i kombination följande orsaker: hade inte råd med behandlingen (n=19), medicinska skäl (n=12), bristande effekt (n=6), biverkningar (n=4) och sjukdom hos eller förlust av partner (n=2).

Behandlingsavbrotten var inte korrelerade med orsakerna till erektionssvikten.

Klar förbättring av partnerrelation och erektion. Vid tidpunkten för uppföljningen hade poängsumman för IIEF-5 förbättrats från i medeltal 11,0 till i medeltal 20,0 (förbättringen varierade från -2 till 15) hos de 43 patienter som fortfarande använde sildenafil. Majoriteten av dessa (95 procent) ansåg också att relationen till partnern förbättrats. Hos de 34 som avbrutit behandlingen men som fortfarande hade behandlingskrävande erektil dysfunktion sågs en försämring av medelvärdet av IIEF-5 från i medeltal 10,0 till i medeltal 7,5 poäng (försämringen varierade från -9 till 2), och relationen till partnern hade inte förbättrats (Figur 1).

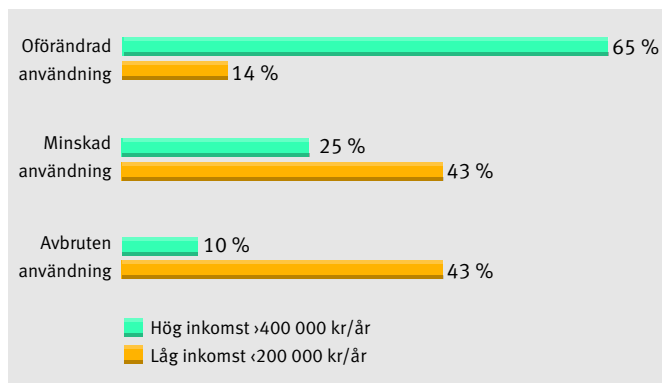
Inkomsten spelade stor roll för behandlingsavbrott. Totalt 21 patienter (23 procent) kom från hushåll med en total inkomst före skatt på mindre än 200 000 kronor. I denna grupp hade 43 procent (9/21) avbrutit behandlingen på grund av kostnaden för sildenafil, och 43 procent (9/21) ransonerade användningen av samma skäl. Av männen från hushåll med en total årsinkomst före skatt på över 400 000 kronor angav endast 10 procent (2/20) att de avbrutit behandlingen på grund av kostnaden, och 25 procent (5/20) hade ransonerat behandlingen av kostnadsskäl (Figur 2).

Skillnaden i användning av sildenafil mellan män från hushåll med låg respektive hög inkomst var statistiskt signifikant ($P < 0,001$) med χ^2 -test.

Totalt 81 procent (17/21) från hushåll med låg inkomst angav att de skulle återuppta eller öka sin användning om läkemedelsrabatten återinfördes. För majoriteten (65 procent) med hög inkomst spelade behandlingskostnaden ingen roll, men 50 procent (10/20) skulle återuppta eller öka användningen om rabatteringen återinfördes.

DISKUSSION

Varför hade så många slutat? Det finns både mer absoluta och mer relativa orsaker till behandlingsavbrott. Till de mer absoluta orsakerna kan räknas allvarlig sjukdom (hjärtinfarkt och cancer), nytillkomna kontraindikationer, bristande effekt, biverkningar och återkomst av en tillfredsställande normal erektion. Dessa orsaker var emellertid inte de vanligaste skälen till



Figur 2. Konsekvenser av avskaffandet av läkemedelsförmån för sildenafil i relation till hushållens inkomst.

terapiavbrott. Oftast är orsaken multifaktoriell, och faktorer som stigande ålder, minskande libido, relationsstörningar, sviktande hälsa, socialt och kulturellt ursprung påverkar tillsammans beslutet om behandlingsavbrott [12, 13, 16].

Även kostnaden för behandlingen spelar, som framgått, en avgörande roll. Detta var överraskande, speciellt med tanke på att erektionsförmågan anses ha så stor betydelse för mannens allmänna välbefinnande [2-4] och att kostnaden för medelförbrukaren [19] inte är speciellt hög (cirka 300 kr per månad).

Det finns sannolikt också en grupp av män med mindre uttalad erektil dysfunktion och/eller för vilka erektionsförmågan har mindre betydelse. Det kan vara så att dessa män provar behandlingen men inte tycker att den tillför så mycket att de finner det motiverat att fortsätta, speciellt om de får stå för kostnaden själva. Det finns en betydande grupp patienter (upp till 58 procent) som aldrig löser ut sitt recept på grund av kostnaden för preparatet om det inte är subventionerat [20].

Av de män som påbörjat behandling för erektil dysfunktion är det däremot endast ett fåtal som avbryter behandlingen av kostnadsskäl [19] – såvida inte de ekonomiska förutsättningarna ändras, som de gjorde i Sverige 21 april 2002.

Låginkomsttagare drabbades hårdast. Manlig sexuell funktion och samliv tycks i dagsläget vara förbehållet framför allt de män som är friska (utan erektil dysfunktion) och de som har råd att betala för sin behandling.

Den slutsatsen skulle man kunna dra, eftersom avskaffandet av högkostnadsskyddet för peroral behandling av erektil dysfunktion fick betydande konsekvenser för 86 procent av männen i hushåll med låg inkomst, medan endast 35 procent av männen i hushåll med hög inkomst påverkades.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Peter Ströberg deltar i kliniska prövningar för Pfizer, Lilly och Bayer samt har varit och är inbjuden som talare i sponsorledda seminarier för alla tre ovan nämnda företag. Hans Hedelin har tidigare varit medicinsk rådgivare och deltagit i kliniska studier för Pfizer. AnnBritt Bergström: Inga uppgivna.*

■ *Studien är godkänd av forskningsetisk kommitté och har genomförts med hjälp av ett »unrestricted grant« från Svenska Pfizer AB.*

REFERENSER

- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinley JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994;151:54-61.
- Latini DM, Penson DF, Colwell HH, Lubeck DP, Mehta SS, Henning JM, et al.

- Psychological impact of erectile dysfunction: validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *J Urol.* 2002;168(5):2086-91.
3. Latini DM, Penson DF, Lubeck DP, Wallace KL, Henning JM, Lue TF. Longitudinal differences in disease specific quality of life in men with erectile dysfunction: results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction study. *J Urol.* 2003;169(4):1437-42.
 4. Chevret M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, De Gendre AS. Quality of sexual life and satisfaction in female partners of men with ED: psychometric validation of the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *J Sex Marital Ther.* 2004;30(3):141-55.
 5. Irwin MB, Kata EJ. High attrition rate with intracavernous injection of prostaglandin E1 for impotency. *Urology.* 1994;43(1):84-7.
 6. Lundberg L, Olsson JO, Kihl B. Long-term experience of self-injection therapy with prostaglandin E1 for erectile dysfunction. *Scand J Urol Nephrol.* 1996;30(5):395-7.
 7. Althof SE. When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res.* 2002;14 Suppl 1:S99-S104.
 8. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med.* 1998;338:1397-404.
 9. Carson C, Burnett AL, Levine LA, Nehra A. The efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in clinical populations: an update. *Urology.* 2002;60(2 Suppl 2):12-27.
 10. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Kaufman J, et al. The Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (males) Study phase II: Understanding PDE 5 inhibitor treatment seeking patterns among men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1:150-60.
 11. Gonzalgo ML, Brotzman M, Trock BJ, Geringer AM, Burnett AL, Jarow JP. Clinical efficacy of sildenafil citrate and predictors of long-term response. *J Urol.* 2003;170(2 Pt 1):503-6.
 12. Souverein PC, Egberts AC, Meuleman EJ, Urquhart J, Leufkens HG. Incidence and determinants of sildenafil discontinuation: the Dutch cohort of sildenafil users. *Int J Impot Res.* 2002;14:259-65.
 13. Jiann BP, Yu CC, Su CC, Tsai JY. Compliance of sildenafil treatment for erectile dysfunction and factors affecting it. *Int J Impot Res.* 2006;18(2):146-9.
 14. Hackett GI. What do patients expect from erectile dysfunction therapy? *Eur Urol.* 2002;(1 Suppl):4-11.
 15. Eardley IB, Rosen R, Fisher W, Niederberger C, Sand M. What men want: Desired attributes of ED therapy among men with ED in the males 2004 study. *J Sex Med.* 2004;(Suppl 1):42.
 16. Klotz T, Mathers M, Klotz R, Sommer F. Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra)? *Int J Impot Res.* 2005;17(1):2-4.
 17. Rosén RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile function. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
 18. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 1999;11(6):319-26.
 19. Hedelin H, Jacobsson L. Viagra förstahandsmedel mot erektil dysfunktion. Tillgång till flera metoder möjliggör individuellt anpassad behandling. *Läkartidningen.* 2000;97(21):2616-7.
 20. Desvaux P, Corman A, Hamidi K, Pinton P. Management of erectile dysfunction in daily practice - PISTES study. *Prog Urol.* 2004;14(4):512-20.

annons