

Effekt
Bivirkninger × *pris* = *Rationel*
Farmakoterapi

Nr. 11 • November 2009

Ny chef for IRF

Af Steffen Thirstrup

Den 1. november 2009 tiltrådte jeg som chef for IRF. Jeg afløser Jens Peter Kampmann, som har været IRFs stifter og leder siden instituttets oprettelse for 10 år siden.

Jeg er speciallæge i klinisk farmakologi – en uddannelse, som jeg blandt andet har fået ved ansættelse på IRF i 2000/01. Dengang var instituttet under opbygning, og grundstenene til flere af de ting, som alle i dag forbinder med IRF, blev lagt. Derefter kastede jeg mig over en kursusstilling i intern medicin med det mål også at blive lungemediciner. Så langt nåede jeg imidlertid ikke, inden jeg lod mig overtale til at blive overlæge i Lægemiddelstyrelsens godkendelsesafdeling. 1. reservelægestillingen på hjerte-lungemedicinsk afdeling blev skiftet ud med et skrivebordsjob ledsaget af ugelange, månedlige rejser til det Fælles Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) i London. Her har jeg i de seneste 5 år været det danske medlem af CHMP, som er EMA's videnskabelige komite for lægemidler til mennesker, og som står bag den faglige vurdering af hovedparten af alle nye lægemidler, som får markedsføringstilladelse i EU og dermed også i Danmark. Dette har givet mig et godt kendskab til de krav, som de europæiske myndigheder stiller for at god-

kende et nyt lægemiddel – krav, som jeg nu håber at kunne sætte i perspektiv i forhold til den kliniske hverdag i Danmark.

Ny chef nye ideer?

IRF har flere guldæg, som jeg har til hensigt at passe godt på!

Øverst står instituttets store troværdighed – især blandt praktiserende læger og de regionale lægemiddelkonsulenter. Det overordnede mål for IRF er at give (producent)uafhængig lægemiddelinformation. Det har hidtil fundet sted i form af præparat- og studieanmeldelser publiceret på internettet samt via Månedssbladet, som udsendes i trykt form sammen med Ugeskrift for Læger. Disse aktiviteter ønsker jeg at fastholde, men jeg er meget åben over for nye metoder til udbredelse af disse informationer, så de målrettes brugernes ønsker og behov mest muligt. Det samme gælder IRFs kurser. Udover at der måske er behov for mindre justeringer af emner og udbud, så vil jeg også her være åben over for nytænkning af udbredelsesformen af IRFs vifte af efteruddannelses tilbud.

Bredere implementering af den Nationale Rekommandationsliste står også på listen over mine ideer for IRFs fremtidige mål. Medicinskift i for-

bindelse med sektorovergang fra primær- til sekundærsektoren og retur rummer stor risiko for utilsigtede hændelser, medicineringsfejl og faldende compliance. En forbedring af disse forhold med bedre overensstemmelse af lægemiddelsortiment og -valg i de to sektorer bør være et fremtidigt indsatsområde for IRF.

IRF vil fortsat samarbejde bredt med alle, som måtte være interesseret i rationel farmakoterapi – i såvel primær- som sekundærsektoren. Særligt ønsker jeg, at IRF fortsætter det gode samarbejde med de regionale lægemiddelkonsulenter, men ønsker også at invitere til et samarbejde med eksempelvis de regionale lægemiddelkomiteer og klinisk farmakologiske afdelinger om rationel lægemiddel anvendelse.

Jeg glæder mig til et godt samarbejde.



Rationelle ændringer i forbruget af hjerte-kar-lægemidler

Af Elisabeth Thomsen og Nikolai Laursen, Lægemiddelstyrelsen

Siden januar 2009 er der sket en tiltagende ændring i forbruget af ACE-hæmmere og angiotension-II antagonister i retning af brug af de billigste ACE-hæmmere.

Tilskuddet til en række hjerte-kar-lægemidler blev ændret den 13. juli i år. Det betød, at de dyrere dihydropyridin-calciumantagonister og alle angiotension-II antagonister overgik fra generelt tilskud til generelt klausuleret tilskud, og at de dyreste ACE-hæmmere helt mistede det generelle tilskud. Betingelserne for at ordinere med klausuleret tilskud ses i boksen.

Med tilskudsændringerne følger en tilskyndelse til at anvende de billigste dihydropyridin-calciumantagonister, henholdsvis de billigste ACE-hæmmere, som er lige så effektive som de dyrere stoffer. Ændringen blev varslet i januar 2009, og Lægemiddelstyrelsen besluttede samtidig at følge forbruget af de grupper, som er omfattet af ændringerne. Mange læger har ændret deres ordinationsmønster efter ændringerne.

Lægemiddelstyrelsen har opgjort forbruget månedsvis for henholdsvis nye brugere og alle brugere af dihydropyridin-calciumantagonister og midler med virkning på renin-angiotensinsystemet. Ændringerne ses tydeligst for ACE-hæmmere og angiotension-II an-

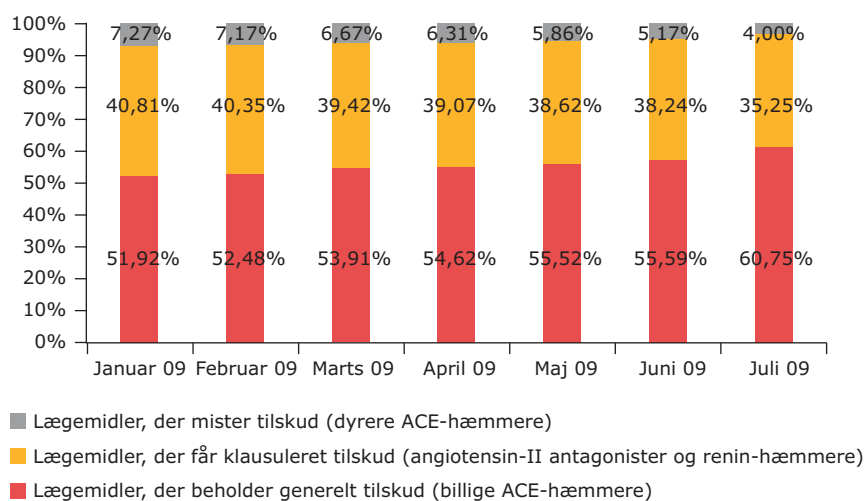
tagonister og mindre tydeligt for calciumantagonisterne. For brugere af lægemidler med virkning på renin-angiotensinsystemet i perioden januar-juli 2009 er andelen, der behandles med en billig ACE-hæmmer, steget fra 51,9 % til 60,8 %. Det betyder samtidig, at andelen, der er i behandling med en angiotension-II antagonist, er faldet fra 40,8 % til 35,3 %, og at andelen af brugere af de dyrere ACE-hæmmere er faldet fra 7,3 % til 4,0 %. Se figur 1.

I 2008 var totalt 572.680 personer i behandling med lægemidler med virkning på renin-angiotensinsystemet. Hvis

vi antager, at dette tal er nogenlunde uændret i 2009, svarer ændringerne i forbrugsmønsteret som beskrevet fra januar til juli 2009 til, at der per 1. august 2009 er ca. 51.000 flere personer i behandling med billige ACE-hæmmere, og henholdsvis 32.000 og 19.000 færre er i behandling med angiotension-II antagonister og dyrere ACE-hæmmere.

Hvis man udelukkende ser på nye brugere af midler med virkning på renin-angiotensinsystemet viser tal for juli 2009, at hele 93,6 % sættes i behandling med de billige ACE-hæmmere.

Generelt har lægerne været positive



Figur 1. Fordeling af brugere af midler med virkning på renin-angiotensinsystemet (ATC kode: C09) for hele landet.

Tilskudsklausulen* for angiotension-II antagonister

Patienter med behandlingskrævende forhøjet blodtryk eller anden form for hjerte-karsygdom, hvor behandling med lægemidler med virkning på renin-angiotensinsystemet med generelt tilskud uden klausulering

1. har vist sig utilstrækkelig eller ikke tolereres, eller
2. i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig.

Tilskudsklausulen* for de dyrere dihydropyridin-calciumantagonister.

Patienter med behandlingskrævende forhøjet blodtryk eller anden form for hjerte-karsygdom, hvor behandling med dihydropyridin-calciumantagonister med generelt tilskud uden klausulering

1. ikke tolereres, eller
2. i helt særlige tilfælde – efter lægens samlede kliniske vurdering af patientens tilstand – ikke er hensigtsmæssig.

* Lægen skriver »tilskud« på recepten – der skal ikke søges om tilskud.

over for ændringen i tilskudsstatus for de dyrere lægemidler, og som det ses på tallene, er mange patienter allerede blevet stillet om til de billige lægemidler. En del læger har sandsynligvis udskudt omstillingen af patienternes behandling til efter sommerferien, og disse patienter figurerer derfor endnu ikke i opgørelsen.

I mange tilfælde har omlægning af

medicinen fra dyrere ACE-hæmmer eller angiotensin-II antagonist til billig ACE-hæmmer betydet, at behandlingsprisen er faldet til en tiendedel af det oprindelige, uden at patienten får en mindre effektiv behandling. Dette kommer økonomisk set såvel patienter som regioner til gode.

Udviklingen i forbrugsmønstret for dihydropyridin-calciumantagonister

samt et mere uddybende talmateriale for alle figurerne kan ses på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside www.laegemiddelstyrelsen.dk > »Følg udviklingen i forbruget af hjerte-kar-lægemidler«, hvor tallene endvidere kan ses regionsopdelt. Herfra er der også link til statistikken over behandling med blodtryksmidler og til information om tilskudsændringerne og baggrunden for dem.

Hvornår skal man starte behandling med statin mod høj kolesterol – en tilføjelse

Af Niels C Heebøll-Nielsen, IRF

Indlægget i nr. 7 er skrevet, fordi flere laboratorier angiver »normalområde« for S-kolesterol som <5 mmol/l, og det opfattes af nogle som behandlingsgrænse.

Der er mange eksempler på, at patienter er udskrevet fra sygehusafdelinger med statin, fordi S-kolesterol er målt >6 mmol/l uden andre risikofaktorer.

Ifølge DSAM's vejledning skal risi-

koen for kardiovaskulær død beregnes, inden man beslutter sig for statinbehandling. Det anbefales, at totalrisikoen hos personer i 20-30-års alderen fremskrives til 60-års alderen for at undgå underbehandling. Det burde være pointeret i indlægget.

Vi mener, at en isoleret forhøjelse af S-kolesterol ikke afgiver indikation for behandling hos raske, bortset fra at hvis S-kolesterol er > 8 og LDL >

6,0, skal der behandles uanset score <5 %. Disse patienter falder uden for scoresystemet, idet de skal opfattes som havende familier hyperkolesterolæmi. Det fremgår også af DSAM-vejledningen. Det burde også have været præciseret.

Med disse tilføjelser gælder konklusionen: En isoleret måling af kolesterol giver ikke indikation for behandling med statin.

Fornuftig lægemiddelbehandling

Der findes en del situationer, hvor man kan være fristet til at anvende et dyrere, men stort set ikke bedre præparat i stedet for det mest fornuftige.

Her er nogle eksempler til almindelig overvejelse.

Mavesårsmedicin: IRF mener, at alle syrepumpehæmmere (PPI) stort set virker ens, hvorfor man lige så godt kan anvende et billigt omeprazolpræparat eller et andet præparat i den billige ende. Forbruget af fx esomeprazol (Nexium m. fl.) bør reduceres.

Antihypertensiva: For antihypertensiva ses af Lægemiddelstyrelsens tabeller, at fortsat ca. 30 % af hypertonerne får angiotensin-II-antagonister uden først at have prøvet en

ACE-hæmmer. Det mener IRF ikke, er hensigtsmæssigt. Brug først en billig ACE-hæmmer med tilskud som fx enalapril, lisinopril eller ramipril. Indikation for angiotensin-II-antagonister er generende hoste på en ACE-hæmmer. Dette gælder også diabetikere ved nyresygdom.

Antidepressiva: Citalopram eller sertralin kan anvendes i stedet for det dyrere escitalopram (Cipralax).

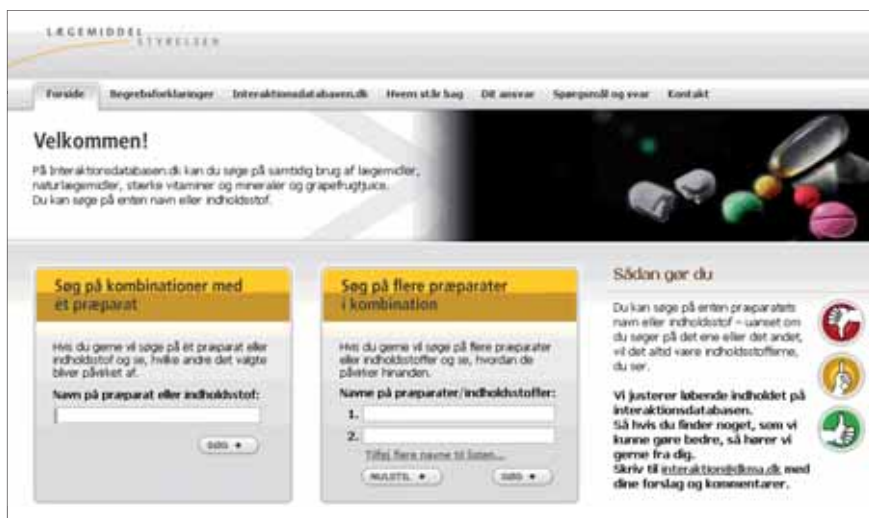
Smertestillende medicin: Morfin versus oxycodon er altid et problem. Her kan depotmorfin erstatte Oxy-Contin. Her er mange penge at spare.

Antireumatika: Ibuprofen bør – hvis man i det hele taget vil anvende

et NSAID – være det første middel. Mange NSAID-præparater er dyrere. Fx er etodolac (Todolac) meget dyrere – og sjældent eller aldrig bedre. Det har selvfølgelig en kraftigere relativ COX-II-blokade, der ud fra teoretiske overvejelser kunne resultere i mindre blødning, men dette er aldrig vist i kliniske undersøgelser.

Insulin: De to nye insulinanaloger, insulin detemir (Levemir) og insulin glargin (Lantus), er ikke meget bedre end human insulin. Der er nok mindre natlig hypoglykæmi ved insulinanalogerne, men det er ikke bemærket af patienterne, og det har ikke bevisligt skadet dem. Analogerne er meget dyrere og skal derfor ikke anvendes i »almindelige« situationer.

Anvender du interaktionsdatabasen og ORDIPRAX?



Figur 1.

Det har vist sig, at et par af de aktiviteter, IRF er involveret i, ikke anvendes ret meget af praktiserende læger.

Interaktionsdatabasen

Interaktionsdatabasen, www.interaktionsdatabasen.dk, har været i drift fra 2005. Formålet med databasen er at gøre behandlingen med lægemidler mere effektiv og sikker samt at fremme kvaliteten i brugen.

Interaktionsdatabasen beskriver ca. 3.000 interaktioner mellem lægemidler og indeholder registrerede lægemiddelstoffer samt udvalgte naturlægemidler og stærke vitamin- og mineralpræparater.

Databasen er nem at anvende. Man kan søge på det generiske navn eller på handelsnavnet for det enkelte præparat.

Det er muligt at søge på mulige interaktioner på et enkelt præparat, eller man kan søge på mulige interaktioner på flere præparater. Interaktionerne er rubricerede som kritiske interaktioner, potentielt problematiske

interaktioner og uproblematisk interaktioner, og hver interaktion ledsages af en forklaring. På den måde adskiller interaktionsdatabasen sig fra de fleste interaktionsmoduler, som er implementerede i lægernes praksisprogrammer.

Databasen bliver løbende opdateret, men der er ikke garanti for, at alle oplysninger altid er opdaterede. Hvis man finder en fejl eller har forslag til forbedringer, er man velkommen til at kontakte databasen på interaktion@dkma.dk

ORDIPRAX

ORDIPRAX, www.ordiprax.dk, er et internetbaseret presentations- og feedbackværktøj for lægemiddelstatistik, som er udviklet af IRF og Afdelingen for Lægemiddeløkonomi (LØK), Lægemiddelstyrelsen i samarbejde med et IT-firma.

Datagrundlaget i ORDIPRAX er apotekernes indberetninger til Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister. Det er muligt at se, hvad for-

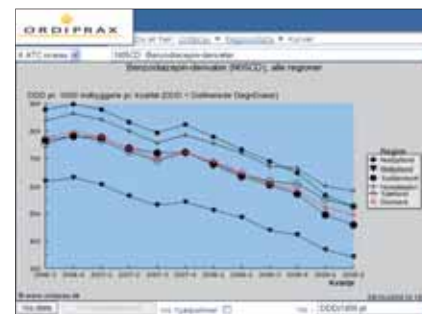
bruget af et enkelt lægemiddel eller grupper af lægemidler har været i de forskellige regioner (Fig. 2).

Den enkelte praksis har også mulighed for at få overblik over praksis forbrug af et enkelt lægemiddel eller grupper af lægemidler sammenlignet med forbruget i regionen (Fig 3).

Data præsenteres kvartalsvis for en tre-årsperiode.

For at anvende ORDIPRAX til oplysninger om praksis forbrug af lægemidler kræves en pinkode.

Hvis man har mistet pinkoden kan man sende en mail til lokstat@dkma.dk. I mailen bedes du oplyse dit autorisationsID, ydernummer, postadresse samt årsagen til din henvendelse.



Figur 2.



Figur 3.