
Effektiv läkemedelsbehandling vid astma – vilket är priset?

Timo Klaukka

Astma har hos vuxna blivit den näst allmännaste sjukdom som berättigar till specialersättningsgilla mediciner, och hos barn den klart allmännaste. Sjukdomen blir allmännare snabbast hos småbarn. Med allt dyrare mediciner kommer behandlingskostnaderna oundvikligen att stiga. Det finns dock tecken på att man med behandlingen har kunnat inverka på symtomens mängd och svårhetsgrad samt sjukdomens följder såsom behovet av sjukhusvård. Även sjukdomen i sig är kanske på väg att naturligen utvecklas i en lindrigare riktning.

Astma har under 1990-talet hört till dem av våra folksjukdomar som ökar snabbast. Vid ingången av år 2000 fanns det i registret över personer som är berättigade till specialersättningsgilla mediciner 185 000 patienter som beviljats denna rätt på grund av FPA-nummer 203, dvs. astma eller svår kronisk obstruktiv lungsjukdom. Andelen obstruktiv lungsjukdom av patientmängden är några tusen.

Så sent som i början av 1990 var antalet berättigade ganska exakt 100 000, dvs. antalet har vuxit med 85 procent på tio år. År 1999 togs 16 000 nya fall in i FPA:s register, dvs. i genomsnitt 44 patienter per dag. Nettotillväxten från föregående år av antalet personer i registret var dock endast 7800 personer, eftersom en del av astmapatienterna ströks ur registret, närmast på grund av dödsfall.

Astma är nu näst störst av alla sjukdomar som berättigar till ersättningsgilla mediciner efter att för ett par år sedan ha passerat koronarsjukdom. Högt blodtryck är alltså den överlägset största sjukdomen med en patientmängd inemot en halv miljon. Hos barn har däremot astma redan länge varit klart större än övriga kroniska sjukdomar, och avståndet till andra sjukdomar tilltar snabbt.

År 1999 växte antalet patienter både under 15 år och över 60 år i registret med cirka fem procent, när motsvarande tal hos personer i arbetsför ålder var fyra procent. Orsaken till tillväxten är olika hos barn och äldre. Diagnostiken av astma i synnerhet hos småbarn har blivit exaktare och effektivare på 1990-talet. Antalet barn under fem år i registret är nu tiofaldigt jämfört med situationen 1986. Det är möjligt att atopisk astma ökar snabbare än de äldre årskullarnas endogena form av astma med en mer okänd uppkomstmekanism.

Mängden patienter med astma hos äldre stigna blir större, framför allt därför att befolkningens livslängd allmänt ökar. Astmapatienterna dör av denna sjukdom bara undantagsvis (cirka 100 personer dör årligen av astma). Eftersom prognosen speciellt vid

FÖRFATTAREN

Timo Klaukka är läkarforskare vid Folkpensionsanstalten och docent i läkemedelsepidemiologi vid Kuopio universitet.

koronarsjukdom blivit bättre, hålls även astmapatienter med den sjukdomen längre vid liv och därmed i FPA:s register.

Alla patienter kommer inte med i FPA:s specialersättningsregister. lindriga fall som behöver mediciner bara sällan eller periodvis hamnar utanför. Enligt FPA:s receptfiler fick sammanlagt 316 000 personer ersättning för astmamediciner, och under hälften av dessa, dvs. 144 000, fick specialersättning för sina mediciner. Detta betyder alltså att största delen av dem som haft astmasymtom har varit så lindriga fall att FPA:s specialersättningskriterier inte fylldes. En annan förklaring är att alla inte ansöker om specialersättning även om kriterierna för det skulle fyllas. Med allt dyrare mediciner gäller denna förklaring förmodligen allt färre patienter.

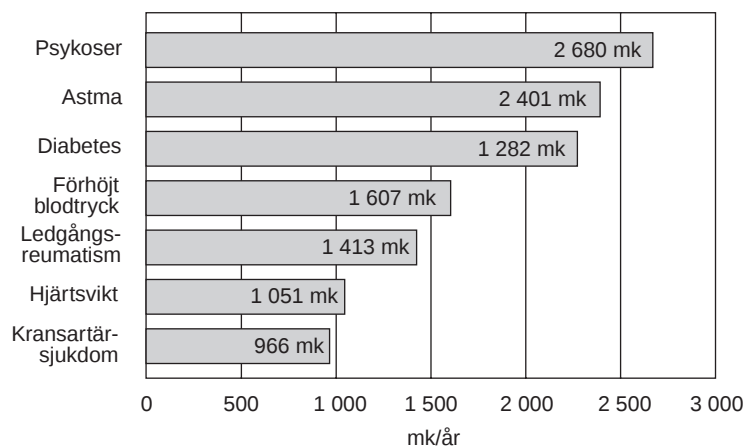
En del av dem som är berättigade till specialersättning utnyttjar inte sina rättigheter en enda gång under ett kalenderår. År 1999 var differensen mellan de berättigade och dem som utnyttjade sin rätt cirka 40 000 patienter. En del torde hela året ha varit i långtidsvård, och hos en del kan symtomen ha varit så lindriga att de inte behövt läkemedel.

Läkemedlen blir dyrare

Läkemedelsbehandlingen av astma är relativt dyr. Bland de största folksjukdomarna placerar sig astma i detta avseende bland de dyraste vid sidan om psykosor och diabetes (Figur 1). År 1999 kostade de specialersatta astmamedicinerna i medeltal 2 401 mark per astmapatient som utnyttjade sin rätt, medan t.ex. motsvarande siffra för högt blodtryck var 1 607 mk och för koronarsjukdom under 1 000 mark. Diabetes och psykoserna låg i samma kostnadsklass som astma.

Patientvis kan behandlingskostnaderna variera stort. Senast studerades fördelningen av patienter enligt kostnaderna utgående från FPA:s registerdata år 1996, då 13 procent av de astmapatienter som hade rätt till specialersättning och som använde mediciner hade kostnader över 5 000 mark och 2 procent över 10 000 mark. De största individuella astmamedicinkostnaderna var så höga som inemot 40 000 mark.

Valet av mediciner vid astma inverkar väsentligt på kostnaderna. Uträknat per användare som får specialersättningsgilla mediciner är långverkande sympatomimetika, dvs. salmeterol och formoterol de klart dyraste astmamedicinerna (Figur 2). Efter dessa kom år 1999 i dyrhetsordning inhalationsgluko-



Figur 1. Kostnaderna 1999 per patient för specialersatta läkemedel för de största folksjukdomarna.

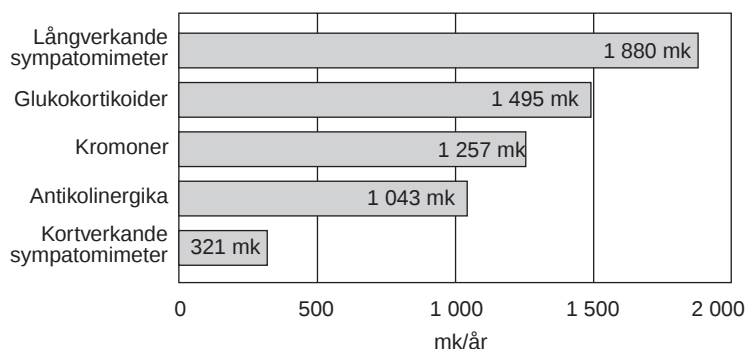
kortikoider, kromoner, antikolinergika och kortverkande sympatomimetika.

Av de systemiskt verkande astmamedicinerna är traditionella betaagonist- och xantinpreparat billigare än inhalationspreparat med undantag för kortverkande sympatomimetika. Kostnaderna för zafirlukast och montelukast är än så länge svåra att bedöma utgående från registeruppgifterna, eftersom doseringen och användningssättet ännu inte hunnit etableras.

Brukskostnaderna för inhalationsglukokortikoider skiljer sig ganska tydligt från varandra. Flutikason är det dyraste av tre alternativ och betametason det billigaste. Användarmängderna förändras dock från kostnadssynpunkt i ogynnsam riktning, för flutikason gick år 1999 upp i täten och det förefaller som om det skulle föredras av allt fler både nya astmapatienter och även sådana som tidigare använt andra mediciner.

Astmapatienterna behöver många mediciner

Läkemedelkostnaderna per patient vid astma ökar till en del för att mediciner med flera läkemedel blir allt allmänare. Forskningsresultaten av detta är sparsamma, även om material skulle finnas för att utreda saken. I en enkätundersökning av astmapatienter i arbetsför ålder år 1996 hade 84 procent av de specialersättningsberättigade minst två mediciner i bruk [1]. 21 procent använde tre och fem procent fyra mediciner. Astmans svårhetsgrad korrelerade i viss mån med antalet



Figur 2. Kostnaderna per patient för inhalerade astmamediciner 1999.

mediciner: enligt symtomfrekvensen hade 89 procent av dem som hörde till den svåraste tredjedelen minst två mediciner i bruk, medan motsvarande andel i den lindrigaste tredjedelen var 79 procent.

Den klart allmännaste kombinationen av två mediciner var ett kortverkande sympatomimetikum och en glukokortikoid. Den näst allmännaste – men mycket sällsyntare – var en kombination av ett kortverkande sympatomimetikum och kromon. Lika vanlig var kombinationen långverkande sympatomimetikum och glukokortikoid.

Baskombinationen kortverkande sympatomimetikum + glukokortikoid utvidgades oftast med ett långverkande sympatomimetikum som tredje läkemedel. Detta ingick i kombinationer av tre läkemedel hos 45 procent av dem som hade lindriga symtom, hos 47 procent av dem som hade medelsvåra symtom och hos 52 procent av dem som hade svåra astmasymtom. Det näst vanligaste tilläggs-läkemedlet i den lindrigaste svårhetsklassen var kromon, i den medelsvåra klassen teofyllin och i den svåraste klassen systemiskt kortison.

445 miljoner mark om året – vilket är resultatet?

År 1999 var kostnaderna för astmamedicinerna 445 miljoner mark, av vilket FPA ersatte 302 miljoner. Astmamedicinernas andel av totalförsäljningen av receptbelagda mediciner i den öppna vården var något under 8 procent år 1999. Allt större patientmängder och allt dyrare mediciner kommer att ytterligare höja kostnaderna för läkemedelsterapi.

Astmans andel av Finlands räkning för läkemedel kan ändå förbli oförändrad eftersom medicinerna också för många andra sjukdomar blir dyrare och även användarmängderna ökar.

Ur nationalekonomisk synvinkel är det väsentligaste inte att betrakta kostnaderna utan vad man åstadkommer med dem. Positiva förhoppningar om att investeringarna varit kloka väcks av att många tecken tyder på att astmans svårhetsgrad håller på att lindras. De som länge arbetat på sjukhus har märkt att det har blivit sällsynt med astmaanfall som kräver intensiv behandling. Påståendet får stöd av långtidsstatistiken. Jämfört med siffrorna 1981 har dödsfallen i astma och sjukhusdagarna i proportion till antalet astmapatienter sjunkit till cirka en fjärdedel [2].

Även arbetsoförmåga på grund av astma har minskat. Jämförelsen av tidsperioder försvåras dock av ändrade pensionssystem samt arbetslöshetens varierande inverkan på siffrorna. Antalet invalidpensioner som beviljats på grund av astma gick stadigt ner fram till 1996 då pensionssystemet ändrades. Även åren efter detta har samma utveckling fortsatt, trots att siffrorna inte kan jämföras med uppgifterna i början av decenniet.

Mycket att göra

Det är svårt att särskilja orsakerna till lindringen av astmans svårhetsgrad. Det är möjligt att det är lättare att kontrollera atopisk astma som ökar snabbare än endogen astma. Även det allt allmännare bruket av steroider kan anses vara en delorsak; i Finland har förbrukningsstatistikens relationstal i fråga om profylaktisk och terapeutisk medicinerings redan i flera år varit bättre än i de övriga nordiska länderna eller England. Under 1999 har antalet användare av kortverkande sympatomimetika till och med minskat jämfört med föregående år, trots att astmapopulationen ökat i antal, vilket tyder på att de haft klart färre medicinkrävande symtom.

Behandlingssystemen för astma har effektiviserats och överförs dels på primärvården, dels på handledd egenvård enligt riktlinjer från ett riksomfattande astmaprogram [3].

Mycket återstår fortfarande att göra på asthmafronten. Det är speciellt viktigt att se till att patienterna har tillgång till optimal medicinerings och att de tillräckligt väl behärskar inhalationstekniken. Det finns inga exakta uppgifter om hur allmänt handledd egenvård är, men nyttan med den har visats, och därför

är det skäl att sprida den till sådana patientgrupper som klarar denna behandlingsform. Samarbetet mellan de instanser som deltar i patienthandledningen har blivit intensivare de senaste åren, i synnerhet sedan lokala verksamhetsmodeller för samarbete mellan hälsocentraler, sjukhus och apotek byggts upp i anslutning till apotekens astmaprogram [4, 5]. Även astmaskötarnas roll torde klarna. Behandlingen av allt större patientmängder enbart med läkarkrafter – för att inte tala om specialistläkarkrafter – är en utopistisk tanke och därför bör behandlingens nivåindelning rationaliseras ytterligare.

Timo Klaukka
Enheten för forskning och utveckling
Folkpensionsanstalten
PB 450
00101 Helsingfors
timo.klaukka@kela.memonet.fi

Referenser

1. Aalto A-M, Klaukka T, Rissanen P, Hakola R, Kerppilä S. Työikäisten astma Suomessa. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 43. Helsinki 1999.
2. Haahtela T, Klaukka T. Societal and health care benefits of early use of inhaled steroids. (Ledare). Thorax 1998; 53: 1005–6
3. Astmaprogrammet 1994–2004. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, Arbetsgruppspromemoria 1994:16sve, 1994.
4. Klaukka T, Peura S, Vidgren P. Astmaohjelma etenee myös apteekkeissa. Suom Lääkäril 1998; 53: 2441–2.
5. Astmaohjelma 1994–2004. Seurantaportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 1998:21, Helsingfors 1998.