

Kommentar til statistikken for salg av antihypertensiva i Norge 1977

Comments on the sales statistics for anti-hypertensives in Norway 1977

*Dr.philos. Hans Th. Waaler og dr.med. Peter F. Hjort,
Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo*

Høyt blodtrykk er et av våre største helseproblemer. Mellom 5 og 10 % av den voksne befolkning har et blodtrykk som øker risikoen for alvorlige komplikasjoner og for tidlig død. Det er tilsvarende forhold i mange andre land. Antakelig har blodtrykkssykdommen flere årsaker, blant annet genetiske forhold, overvekt, høyt saltforbruk og andre livsstilsfaktorer.

Det er ikke sannsynlig at blodtrykkssykdommen øker i hyppighet, og frekvensen av hjerneslag er heller synkende (8). Men interessen for sykdommen øker raskt, sannsynligvis på grunn av forskning på mange områder.

Epidemiologiske undersøkelser har klarlagt sammenheng mellom høyt blodtrykk og dødsrisikoen (2, 3, 4). Kontrollerte kliniske forsøk har vist at alvorlig hypertensjon kan behandles effektivt med medikamenter (5, 6). Ved moderat hypertensjon kan behandling også senke blodtrykket, men det er ennå ikke bevist at den senker dødeligheten — selv om det er grunn til å tro det. Farmakologisk forskning har bragt fram nye og mer effektive medikamenter, og industrien er intenet opptatt av videre forskning og markedsføring. Antihypertensiva er blitt en stor legemiddelgruppe, fordi det dreier seg om livslang behandling av over 100 000 mennesker bare i vårt land, og en del av medikamentene er kostbare. Omsetningen av antihypertensive legemidler var på ca. 175 millioner kroner i 1977. En del av disse midler brukes også til andre indikasjoner, men det meste går til pasienter med høyt blodtrykk.

Fire forhold viser at blodtrycksbehandlingen er inne i en labil situasjon og antyder at forbruket kan komme til å øke betydelig:

- Salgsstatistikken viser en kraftig vekst. Diuretika synes å flate ut, mens B-blokkere øker med 30—40 % pr. år — nærmest en eksplosjon.
- Det er store forskjeller mellom fylkene. Av B-blokkere, målt i DDD pr. 1000 innbyggere pr. døgn, bruker Hordaland for eksempel bare 39 % av forbruket i Nordland, og denne forskjellen har vært uforandret i de siste tre år. Det er ingen grunn til å tro at dette skyldes forskjeller i det medisinske behov (antall og type av pasienter).
- I Sverige er forbruket av antihypertensiva tildels betydelig høyere (1). For eksempel bruker svenskene 2½ gang mer B-blokkere enn vi, målt i DDD pr. 1000 innbyggere.
- Indikasjonene er usikre, og det er forskjellige oppfatninger om grensetrykk. Hvor vesentlig dette spørsmålet er, fremgår av beregninger som viser at en forandring av grenseverdien for det diastoliske blodtrykk på 1 mm svarer til en forandring av kostnadene på 30 millioner kroner pr. år i Norge, vesentlig på grunn av utgifter til medikamenter (7). Valg av medikament spiller også stor økonomisk rolle, fordi diuretika er billige og B-blokkere er dyre.

Inntil vi har slike data, må legen bruke skjønn. Det er åpenbart at skjønn varierer, for eksempel mellom legene i Hordaland og Nordland. Slike forskjeller har store samfunnsøkonomiske konsekvenser, og det er rimelig å tro at de også betyr meget for pasientene. Vi vet ikke om det er Hordaland eller Nordland som har det «riktige» forbruket, men vi tror at slike forskjeller betyr at det brukes enten for lite i Hordaland eller for mye i Nordland.

Vi mener at dette er så vesentlige problemer at legene bør ta initiativet til en mer felles holdning til hypertensjon. En slik holdning må ta hensyn til både kunnskaper og ressurser. På

High blood pressure is one of our greatest health problems. Between 5 and 10 % of the adult population have a blood pressure which increases the risk for serious complications and too early death. There is a similar situation in many other countries. Probably high blood pressure has several causes, amongst others the genetical picture, overweight, high salt intake and other mode-of-life factors.

It is not likely that high blood pressure is increasing in frequency and the frequency of strokes is actually decreasing. But interest in the illness is increasing rapidly, probably because of research in several fields.

Epidemiological research has shown a connection between high blood pressure and mortality. Controlled clinical studies has shown that serious hypertension can be effectively treated with medicines. With moderate hypertension treatment can also lower the blood pressure, but it is still not proven that it lowers mortality even if there are reasons to believe so. Pharmacological research has brought forth new and more effective preparations, and industry is intensely engaged in further research and marketing. Anti-hypertensives have become a much used group of medicines. They represent life-long treatment of over 100 000 people just in our country, and some of these medicines are expensive. Sale of anti-hypertensives was for 175 million kr. in 1977. A few of these preparations are also used for other ailments but the majority are used by patients with high blood pressure.

Four factors show that treatment of blood pressure is now in a labile phase and suggest that consumption will increase significantly

- Sales statistics show a marked growth. Diuretics seem to be flattening out while B-blockers increase with 30—40 % pr. year — almost an explosion.
- There are large differences between counties measured in defined daily doses (DDD) pr. 1000 inhabitants pr. day, the consumption of B-blockers in Hordaland is only 39 % of that in Nordland. This difference has remained unchanged the last three years. There is no reason to believe that this is due to differences in medical requirements (number and type of patients).
- The Swedish consumption of anti-hypertensives is in some respects significantly higher, for example the Swedish use 2½ times more B-blockers than we, measured in DDD per 1000 inhabitants.
- Indications are uncertain, and there are various opinions as to boundary pressure. The importance of this question is displayed by calculations which show that a change in the borderline for diastolic pressure of 1 mm corresponds to a change in costs of 30 million crowns per year in Norway, mostly due to outlay for medicines (7). Choice of medicine is also an important economic factor as diuretics are cheaper than B-blockers.

Until we have such data, doctors must be discerning. It is obvious that judgement varies, for example between doctors in Hordaland and Nordland. Such differences have far-reaching social-economic consequences, and it is reasonable to suppose that they are also important for the patients. We do not know

lang sikt vil dette føre til bedre behandling for pasientene og riktigere bruk av helsetjenestens ressurser. Mange land arbeider nå med slike veiledende retningslinjer, og statistikken fra Norsk Medisinaldepot oppfordrer til at norske leger også tar opp dette arbeid.

whether it is Hordaland or Nordland which has the «correct» consumption, but we believe that such differences mean that there is used either too little in Hordaland or too much in Nordland. We believe that doctors should take the initiative to a more common standpoint to hypertension. Such a standpoint must take into consideration both resources and knowledge. In the long run this will lead to a better treatment for patients and a more correct use of the health services resources. Many countries are now working on guidelines, and statistics from Norsk Medisinaldepot should encourage Norwegian doctors also to take up this work.

Litteratur

1. Baksaas, I.: Antihypertensive drugs. Drug utilization — geographical differences and clinical implications. 7th. Int. Congr. Pharm., Paris 16.—21. July 1978.
2. Holme, I. og Waaler, H.: Five-year mortality in the city of Bergen, Norway, according to age, sex and blood pressure. *Acta Med Scand* 1976, *200*, 229—239.
3. Kannel, W. B., Schwartz, M. J. & McNamara, P. M.: Blood pressure and risk of coronary heart disease. The Framingham Study. *Dis Chest* 1969, *56*, 43—52.
4. Storm-Mathiesen, H. et al.: The prognosis in essential hypertension. *Scand J Clin Lab Invest* 1965, *17*, suppl. 84.
5. Veterans Administration Cooperative Study Group on Anti-hypertensive Agents: Effect of treatment on mortality in hypertension. I. *JAMA* 1967, *202*, 1028—1034.
6. Veterans Administration Cooperative Study Group on Anti-hypertensive Agents: Effect of treatment on mortality in hypertension. II. *JAMA* 1970, *213*, 1143—1152.
7. Waaler, H. Th. et al.: Høyt blodtrykk: forslag til program — veiledende retningslinjer. Manuskript 1978.
8. Westlund, K.: Apoplexiens epidemiologi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1974, *94*, 2300—2305.