

Bytting av originalpreparat ved sykehusinnleggelse kan øke faren for komplikasjoner hos pasientene og gi økte utgifter for samfunnet

Når kan legemidler byttes?

Mange medisinske virkestoffer som ikke er patentbelagt, selges under forskjellige navn av forskjellige firmaer. Legemidler som inneholder samme virkestoff som originalpreparatet, kalles synonympreparater eller generika. Et synonympreparat tilbys ofte til en lavere pris enn tilsvarende originalpreparat. Mange sykehus i Norge har de siste årene inngått avtaler med legemiddelfirmaer og grossister om levering av bestemte legemidler til redusert pris. Dette har medført at pasienter ved innleggelse i sykehus får byttet ut sitt faste legemiddel med det preparatet som sykehuset bruker. Slik bytting har inntil nylig vært begrenset til bytte til synonympreparat, såkalt generisk bytte, noe mange mener er ukomplisert.

Problemstillingen er annerledes når det gjelder bytte mellom beslektede, men kjemisk ulike legemidler. Innenfor mange legemiddelgrupper tilbys flere originalpreparater som inneholder forskjellige virkestoffer. I gruppen protonpumpehemmere (ATC-gruppe A02BC) finnes det på det norske markedet legemidler med fire ulike virkestoffer (1). Virkestoffene til medikamenter i samme ATC-gruppe er beslektet og ofte svært like hva gjelder virkning. I dette nummer av Tidsskriftet gir Per M. Hellström en oversikt over de fire protonpumpehemmerne som er godkjent i Norge, nemlig esomeprazol, lansoprazol, omeprazol og pantoprazol (2). Stoffene er klinisk likeverdige med hensyn til effekt.

Ved enkelte sykehus har man nå ved innleggelse av nye pasienter begynt å erstatte pasientenes faste protonpumpehemmer med en annen med et annet virkestoff. En pasient som for eksempel bruker pantoprazol fast, og som blir innlagt i et sykehus som har inngått avtale med leverandøren av esomeprazol, vil få sin medisin byttet ut med «sykehusets legemiddel». Ved utskrivning vil pasienten som regel skifte tilbake til «sitt legemiddel».

Selv om virkningen av ikke-synonyme preparater i én legemiddelgruppe er sammenliknbare, er det ofte forskjeller når det gjelder bivirkninger, interaksjoner, godkjent bruksområde og individuell effekt. Toleransen for legemidler varierer fra person til person, og én pasient kan få bivirkninger av ett preparat, men ikke av andre i samme gruppe. Nyoppståtte symptomer under sykehusopphold kan derfor skyldes bytting av legemiddel ved innleggelse. Dette kan vanskeliggjøre diagnostikken. Et tenkt, men realistisk eksempel: En pasient blir innlagt i sykehus pga. pneumoni. Pasienten blir behandlet med et antibiotikum, men får utslett neste dag. Når pasienten samtidig har fått byttet ut ett eller flere av sine faste legemidler med «sykehusets legemidler», kan diagnostikken av utslettet kompliseres. Dette kan i sin tur medføre forlenget sykehusopphold med merkostnader for sykehuset (og samfunnet), merkostnader som kan overskride de beløp som spares ved selve byttingen av legemiddel.

Mange pasienter bruker flere legemidler. Ved bytting av ett preparat ved innleggelse kan det oppstå interaksjoner med de andre faste legemidler pasienten bruker. Det er for eksempel anbefalt å monitorere plasmakonsentrasjonen av fenytoin ved oppstart og seponering av behandling med esomeprazol. Ved bytting fra esomeprazol til pantoprazol bør altså plasmakonsentrasjonen av fenytoin måles hos alle pasienter som får fenytoin. Ved bytting bør den ansvarlige legen sjekke alle legemidler pasienten bruker med tanke på eventuelle interaksjoner med det nye preparatet. Det må så gjennomføres dosetilpassninger av de forskjellige legemidler i forhold til det nye preparatet og

eventuelt utføres konsentrasjonsmålinger. Når pasienten ved utskrivning skal begynne med sitt opprinnelige legemiddel igjen, må dosene justeres på ny og følges opp av pasientens fastlege. Dette medfører betydelig ressursbruk både i og utenfor sykehus.

Selv om forskjellige legemidler har tilnærmet lik effekt, er det ofte forskjell i godkjente bruksområder. Pantoprazol er i Norge for eksempel kun godkjent for korttidsbehandling av reflukssykdom, mens esomeprazol og lansoprazol også er godkjent for langtidsbruk ved refluks (1). Forskjell i godkjente indikasjoner gjelder også innenfor andre medikamentgrupper. Ved bytting ved innleggelse må journalskrивende lege ha opplysninger om nøyaktig indikasjon for alle faste legemidler hos den enkelte pasient, før eventuell bytting mot sykehusets virkestoff kan iverksettes. Dette er igjen forbundet med økt ressursbruk.

Selv om to legemidler har likeverdig effekt på populasjonsnivå, er effekten ikke nødvendigvis den samme på individnivå. Dersom et preparat ikke har ønsket effekt hos én pasient, er det god medisinsk praksis å bytte til et annet i samme gruppe. Bytting av ikke-synonyme legemidler kan føre til manglende effekt hos enkeltindivider.

Sykehusene vil argumentere for at all bytting er legens ansvar i hvert enkelt tilfelle, og at også andre preparater, som sykehuset ikke har inngått avtale om, kan skaffes ved behov. Imidlertid er det intensjonen bak avtalene mellom sykehus og leverandør at bruk av «sykehusets legemiddel» skal være regelen og ikke unntaket. Et slikt system ville ellers ikke lønne seg økonomisk for noen av partene. Det å legge ansvaret på legene betyr merarbeid for disse og dermed økte utgifter.

I en tid med stort økonomisk press er det naturlig for sykehusene å se på innsparingsmuligheter ved bruk av legemidler. Imidlertid bør man tenke seg godt om før man bestemmer seg for å bytte mellom legemidler med forskjellige virkestoffer. Utelukkende vurdering av effekt kan på lengre sikt føre til økte kostnader istedenfor til utgiftsreduksjon. Det er også fare for pasientskade ved uklok bytting. I tillegg kommer faren for usikkerhet hos den enkelte pasient, noe som kan svekke pasientens medikamentetterlevelse. Det er vanskelig å tenke seg at flere virkestoffer i samme gruppe er så like på alle ovennevnte punkter at de er byttbare ved sykehusinnleggelse. Enda mer komplisert blir det når det skal byttes i flere medikamentgrupper hos samme pasient. Hvis sykehusene vil gjennomføre slik praksis, må det planlegges nøye. Det bør utføres kostnad-nytte-analyser og risikovurderinger av slike ordninger, og det er viktig å involvere de aktuelle fagmiljøene.

Michael Bretthauer
bretthauer@rikshospitalet.no

Michael Bretthauer (f. 1969) er dr.med., assistentlege ved gastroenterologisk seksjon, Medisinsk avdeling, Rikshospitalet, seniorforsker ved Kreftregisteret og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt økonomisk støtte fra AstraZeneca og Wyeth til kongressreise og kliniske studier.

Litteratur

1. Tørisen HM, red. Felleskatalogen 2004. Oslo: Felleskatalogen AS, 2004.
2. Hellström PM. Valet av protonpumpshämmare – spelar det någon roll? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2620–1.