

ELISABETH THOMSEN - 9306

Fra: THGJ (Thomas Gjørup) [thgj@steno.dk]

Sendt: 27. november 2006 12:50

Til: ELISABETH THOMSEN - 9306

Cc: Hans Ibsen

Emne: FW:

Kære Elisabeth Thomsen

På vegne af Dansk Selskab for Intern Medicin takker jeg hermed for lejligheden til at kommentere Lægemiddelstyrelsens henvendelse om behandling af hypertension. Jeg har drøftet selskabets besvarelse med med overlæge Hans Ibsen i Glostrup. Hans Ibsen har oplyst at han på vegne af Dansk Selskab for Hypertension har besvaret Lægemiddelstyrelsens henvendelse.

Dansk Selskab for Intern Medicin kan tilslutte sig Hans Ibsens Besvarelse og henviser til denne efter aftale med Hans Ibsen.

Venlig hilsen

Thomas Gjørup

Klinikchef Steno Diabetes Center

Formand for Dansk Selskab for Intern Medicin

8.oktober 2006

Til Lægemiddelstyrelsen

DSAM er anmodet om at tage stilling til forslag vedrørende behandling med antihypertensiva.

Lægemiddelstyrelsens brev har været forelagt et lille udvalg af selskabets medlemmer med særlig ekspertise inden for farmakologi og hjerte-karsygdomme. Denne gruppe har svaret følgende:

- 1) Behandlingsrationaliteten:
Vi mener ikke, at det på baggrund af de forelagte data er muligt at sige noget om rationaliteten. Vi mangler oplysninger om forløb samt om hvorvidt målene nås.
- 2) Optimal fordeling mellem behandlingsregimerne:
Afhænger af ovenstående. Det kan i bedste fald blive et kvalificeret gæt.
- 3) Mulig rangordning af betydning af at påbegynde behandling og at nå behandlingsmålet:
En noget søgt problemstilling. For at nå behandlingsmålet skal patienten jo være i behandling! Vi må anbefale, at flest muligt behandles, og at det selvfølgelig skal tilstræbes at søge at nå behandlingsmålene, men rangordning virker noget søgt.
- 4) Forslag til mere rationel antihypertensionsbehandling:
Man skal være opmærksom på førstegangsvælg. Der mangler kliniske data herom i LMS, måske kunne man inddrage APO til at belyse området. Spørgsmålet om mere effektiv behandling af ubehandlede og insufficientt behandlede er muligt uden øgede samfundsmæssige udgifter kan ikke umiddelbart besvares, da der skal indregnes en række udgifter og sparede meromkostninger til f.eks. medicinpris, hyppigere lægekontroller versus sparede indlæggelser ved AMI, apopleksi osv. Det kræver derfor en større model at beregne.

Alt i alt stiller Lægemiddelstyrelsen en række spørgsmål, som ikke umiddelbart lader sig besvare. Vi mener ikke DSAM kan støtte en ændring af medicintilskudsreglerne på det foreliggende.

DSAM tilslutter sig gruppens udtalelser.

DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN

The Danish College of General Practitioners



8.oktober 2006

Med venlig hilsen

Torsten Sørensen
Direktør DSAM



Dansk selskab for almen medicin, Center for Sundhed og Samfund
Øster Farimagsgade 5, Postboks 2099, 1014 København K., Tlf. 3532 6590, Fax 3532
6591
www.dsam.dk, e-mail: dsf.almenmed@dsam.dk

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Hans Dieperink [mailto:hans.dieperink@ouh.fyns-amt.dk]

Sendt: 10. august 2006 11:47

Til: ELISABETH THOMSEN - 9306

Emne: Svar: Hypertensionbehandling

Kære Elisabeth Thomsen,

Beklager at vi ikke indsendte et respons umiddelbart. Det skyldes at vi ikke har egentlige særsynspunkter i forhold til f.eks diabetologer eller cardiologer. Men vores synspunkt er altså at der hos både diabetiske og ikke-diabetiske patienter med æggehvite i urinen og/eller nedsat nyrefunktion er evidens for at et forhøjet blodtryk bør behandles særdeles effektivt, idet behandlingsmålet bør være det laveste BT patienten kan tåle uden bivirkninger. Behandlingen bør omfatte enten en ACEI eller en A2RA, eller begge dele. Behandlingen bør startes med en ACEI (økonomi) og suppleres med andre antihypertensive lægemidler til optimal respons er opnået. Valget mellem de supplerende antihypertensiva bør ske med respekt og hensyntagen til ekstrarenale sygdomme eller tilstande.

Med venlig hilsen

Hans Dieperink

Dansk Nefrologisk Selskab

Modtaget i Journalen

16. juni 2006

19 JUNI 2006

LMS. J. nr.: 5315-1

Lægemiddelstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 S

Klinikchef, dr. med. Per Hildebrandt
Kardiologisk-endokrinologisk Klinik E

38 16 43 60

38 16 43 69

e-mail: ph@fh.hosp.dkHj.side: www.frederiksberghospital.dk

Hypertensionsbehandling i Danmark.

Medlemmer fra arbejdsgruppen om forebyggelse og rehabilitering under Dansk Cardiologisk Selskab har vurderet Lægemiddelstyrelsens brev af 6. marts 2006, hvor man udbeder sig selskabets synspunkt på en række spørgsmål om hypertensionsbehandling.

1. Selskabets vurdering af rationaliteten af hypertensionsbehandlingen

I tabel 2 anføres fordelingen på stofgrupper i *enkeltstof behandling*. Det er selskabets opfattelse at nyere undersøgelser dokumenterer at betablokkere ikke rutinemæssigt bør anvendes som førstevalgs præparat ved ukompliceret hypertension. I mange studier er det vist at diuretika kan udløse diabetes. Forekomsten af diabetes øges med ca. 50%, en sygdom som på længere sigt naturligvis vil føre til øget sygelighed. På baggrund af dette er der betænkelighed ved diuretika som første valgpræparat.

I modsætning til dette er ACE hæmmere, calciumantagonister og angiotensin II antagonist ikke diabetogene og har vist sig effektive i mange store undersøgelser. Disse 3 præparat grupper bør derfor generelt være første valgs præparater.

Når denne vurdering afviger fra aktuelle nationale og internationale guidelines skyldes det nyere undersøgelser, og man må forvente at betablokkere og diuretika får en mindre fremtrædende plads, når guidelines opdateres.

I tabel 3 anføres *2-stofsbehandling*, ud fra ovenstående argumenter vil en kombination af diuretika og betablokker være uhensigtsmæssig, mens kombinationen af ACEI / angiotensin II antagonist og en calcium antagonist vil være rationel jvf. ovenstående, ligesom en kombination af ACEI / angiotensin II antagonist og diuretika (lav dosis) vil give et godt blodtryksrespons.

Vedr. *3-stofsbehandling* (tabel 4) må kombinationen af ACE hæmmer / angiotensin II antagonist, calciumblokker og diuretika være den mest hensigtsmæssige kombination. Kombinationen af diuretika og betablokker bør så vidt muligt primært anvendes ved 4 stofs behandling.

For at hjælpe på opnåelse af behandlingsmålet vil det være rationelt i højere grad at anvende 2 stofsbehandling initialt hos patienter med tilstrækkeligt højt initialt blodtryk, evt i form af tablet med fast kombination.

2. Selskabets vurdering af hvordan en optimal fordeling mellem behandlingsregimer bør være.

Vi kan tilslutte os nævnets umiddelbare forventning om fordeling.

3. Selskabets mening om en mulig rangordning af betydningen af at påbegynde behandling og at nå behandlingsmålet.

Vi mener at det er særdeles vigtigt, såvel at patienten kommer i behandling samt at behandlingsmålet nås. Begge aspekter er lige vægtige og det er ikke rimeligt at nedtone ét af disse til fordel for det andet.

4. Selskabets eventuelle forslag til mere rationel hypertensionsbehandling i Danmark.

Som nævnt under punkt 1 vil det være rationelt i højere grad at starte behandling med kombinationspræparat, hos patienter med et relativt højt initial blodtryk. Optimering af hypertensionsbehandling forekommer umiddelbart at skulle ske ved oplysning og uddannelse. Der bør stiles mod et medicintilskudssystem der giver alle patienter ligelig adgang til den bedst mulige individualiserede behandling. At fange de i dag ubehandlede patienter og intensivere behandlingen af de utilstrækkeligt behandlede patienter gøres formentlig bedst ved oplysning til patienter via oplysningskampagner, gerne i samarbejde med patientforeningerne, samt bedre oplysning til lægerne. Det er vanskeligt at se at det kan ske uden samfundsmæssige udgifter.

Med venlig hilsen

Per Hildebrandt, Klinikchef, Kardiologisk-endokrinologisk Klinik E, Frederiksberg Hospital, (tidligere formand for arbejdsgruppen for forebyggelse, nu medlem af nucleus).

~~Lars Videbæk, Overlæge, Kardiologisk afd. B, Odense Universitetshospital (medlem af nucleus i arbejdsgruppe for forebyggelse).~~

Hanne Rasmussen, 1. reservelæge, Kardiologisk Afd., Rigshospitalet (formand for arbejdsgruppen for forebyggelse)

Eva Prescott, afdelingslæge, Kardiologisk Afd., Bispebjerg Hospital (sekretær for arbejdsgruppen for forebyggelse).



Lægemiddelstyrelsen
att.: Karen Kolenda
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Modtaget i Journalen

23 MAJ 2006

LMS. J. nr.:

5315-1

23 MAJ 2006

1

09.05.2006
HI/jh

Vedr. hypertensionsbehandling i Danmark

Under henvisning til Lægemiddelstyrelsens brev af 6. maj 2006 til Dansk Hypertensionsselskab skal bestyrelsen give flg. kommentarer:

Dansk Hypertensionsselskabs bestyrelse er glad for, at Lægemiddelstyrelsen har rettet henvendelse til selskabet, inden der gennemføres en revurdering af lægemidlers tilskudsstatus.

Dansk Hypertensionsselskab har ved de seneste 2 bestyrelsesmøder samt ved nylig afholdt generalforsamling diskuteret henvendelsen. På denne baggrund skal bestyrelsen give følgende kommentar:

Overordnet finder vi at der er alt for få som er i behandling, og der er alt for få der når behandlingsmålene, den medikamentelle behandlingsintensitet skal øges meget markant.

Hypertensionsbehandling i Danmark:

Ligesom Lægemiddelstyrelsen anser vi det for et meget stort problem, at der er en betragtelig underbehandling af personer med forhøjet blodtryk: Eksempelvis er der i aldersklasserne 50-60 år ca. 40% af kvinder, der har systolisk blodtryk > 140 mm Hg, og ca. 45% af mændene. Af de personer, der har forhøjet blodtryk, er der ca. 30-40%, som modtager blodtryksnedsættende behandling og endelig er der kun af størrelsesordenen 40%, som når behandlingsmålet < 140/90 mm Hg.

Der er gode epidemiologiske data, der viser, at hvis hele befolkningens blodtryk er < 140/90 mm Hg, vil godt halvdelen af alle apoplexi-tilfældene (slagtilfælde) blive forebygget (eller udskudt). Som bekendt er der 10-12.000 slagtilfælde pr. år i Danmark. Der er således et meget stort yderligere potentiale for forebyggelse af alvorlige hjertekredsløbskomplikationer.

Blodtrykkets tilstand hos 50-60-årige i Glostrup og nærliggende kommuner *)		
	Kvinder %	Mænd %
• Hvor mange har forhøjet blodtryk?	37	43
• Hvor mange med forhøjet blodtryk er i behandling?	35	25
• Hvor mange i behandling har nået mål-blodtrykket <140/90 mmHg?	36	23

*) Kilde: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Amtssygehuset i Glostrup

På de enkelte spørgsmål skal vi svare flg.:

1) Rationaliteten af hypertensionbehandlingen.

Vedr. 1. valgsbehandling finder vi, at betablokerende midler efter nye undersøgelser og meta-analyser bør anvendes i mindre udstrakt grad. Vi finder ikke de rutinemæssigt set bør anvendes som 1. valgsmiddel ved ukompliceret hypertension, men de er selvfølgelig velvalgte, hvis der samtidig foreligger iskæmisk hjertesygdom.

Vi finder, at calcium-antagonister bør anvendes i endnu højere grad som 1. valgsmiddel. Dokumentation fra store kontrollerede undersøgelser har i de seneste år været massiv, specielt vedr. calcium-antagonisten Amlodipin.

Vi finder, der bør tages hensyn til, at diuretika plus/minus betablokkere kan fremprovokere type 2-diabetes, og under henvisning hertil bør diuretikum, i hvert fald hos patienter med det "metaboliske syndrom", ikke være 1. valgsbehandling. Det er veldokumenteret, at ACE-hæmmere og angiotensin II antagonist ikke fremprovokerer type 2-diabetes, og i nogen grad beskytter mod udvikling af type 2-diabetes. Således bør ACE-hæmmere, calcium-antagonister og angiotensin II antagonist i højere grad anvendes som 1. valgspræparat. En række patienter med "ukompliceret primær hypertension" kunne behandles med ACE-hæmmer frem for angiotensin II antagonist, men der skal tages vidtstrakt hensyn til udvikling af bivirkninger. Vi finder også, at der er store grupper af hypertensive patienter, hvor angiotensin II antagonist er veldokumenterede, eksempelvis ved type 2-diabetes og ved hypertension med venstre ventrikel-hypertrofi (fortykkelse af hjertemuskulaturen). Selskabet er enig i, at der ved valg af behandling bør tages hensyn til pris, men også til co-morbiditet, andre risikofaktorer, bivirkninger og lægens fortrolighed med medikamenterne.

Vedr. kombinationsbehandling er en kombination bestående af calcium-antagonist + ACE-hæmmer/angiotensin II antagonist + et diureticum en yderst velvagt kombinationsbehandling. Hvis en 4-stofskombination er nødvendig, vil tillæg af en betablokker (evt. en alfa-beta blokker) være velvalgt.

Anvendelse af faste kombinationspræparater bør fremmes med henblik på hurtigere at nå behandlingsmål og med henblik på patienternes compliance.

Vedr. 2-stofskombinationsbehandling er kombinationen af et diureticum plus calcium-antagonist og af en betablokker + ACE-hæmmer ikke særlig velvalgt. En evt. kombination af en ACE-hæmmer + en angiotensin II antagonist kræver meget nøje overvejelse og god kontrol vedr. nyrefunktion og elektrolytter og bør overvejende forbeholdes patienter med behandlingsresistent hypertension og diabetes mellitus.

Vedr. 3-stofs- og 4-stofsbehandling er det vanskeligt at give ydeligere forslag. Igen vil vi anføre, at en kombination af calcium-antagonist + ACE-hæmmer/angiotensin II antagonist + diureticum er yderst velvalgt og gennemprøvet, og en behandling, som omfatter ACE-hæmmer + angiotensin II antagonist bør overvejes meget nøje.

2) Selskabets vurdering af optimal fordeling mellem behandlingsregimerne.

Som nævnt er det selskabets opfattelse, at der er tale om en betydelig underbehandling, og at 3-stofsbehandling og 4 stofsbehandling bør anvendes i langt højere grad sv.t. Lægemedelstyrelsens opfattelse, nemlig ca. 20% på 1 stof, 30% på 2 stoffer, 30% på 3 stoffer og ca. 20% på 4 stoffer.

3) En mulig rangordning af betydningen af at påbegynde behandling og at nå behandlingsmålet.

Vi finder selvfølgelig, at det er vigtigt, at så mange patienter som muligt kommer i relevant behandling. Dette fører til at flere med mild hypertensio kommer i behandling, og en større andel vil sandsynligvis kunne behandles med 1-stofsterapi (når flere lettere tilfælde sættes på medicinsk behandling). Generelt skal selvfølgelig indikationen stilles ved at vurdere personens samlede kardiovaskulære risikoprofil.

Vi finder, at det er vigtigt at nå behandlingsmålene, når man har vurderet at en persons risiko er så høj, at det afgiver indikation for blodtryksnedsættende behandling. Ud fra tilgængelige tal finder vi, at der er yderligere store muligheder for forebyggelse af kardiovaskulære hændelser. Relationen mellem blodtryk og risiko for apoplexi strækker sig helt ned i det normotensive område ned til ca. 115 mm Hg systolisk. Allerede ved systolisk blodtryk på 140 mm Hg er risikoen fordoblet. Vi finder, at der er god cost benefit i at tilstræbe at nå behandlingsmålet, når beslutningen om blodtryksnedsættende behandling er taget. Der kan ikke på individniveau eller på befolkningsniveau argumenteres for ikke at tilstræbe alment anerkendte behandlingsmål (dette skal selvfølgelig ske under hensyntagen til evt. bivirkninger ved kompleks blodtryksnedsættende terapi), se i øvrigt vedlagte figurer.

Kort mener vi, at der er en umiddelbar klar gevinst ved at tilstræbe behandlingsmålet (når det er muligt), og sideløbende hermed – identificere yderligere behandlingskrævende patienter.

4) Selskabets evt. forslag til en mere rationel hypertensionsbehandling.

Vi finder, at der er mulighed vedr. medicintilskudssystemet for at optimere behandlingen. Det ville være et rationelt princip socialt/økonomisk, hvis prisen for at nå behandlingsmålet var nogenlunde ens for alle patienterne uafhængig af, om det var nødvendigt at anvende 1 præparat eller 4 præparater. Dette ville betyde, at medicintilskuddet skulle stige trinvis, når det var nødvendigt at tillægge fra 2 til 4 yderligere medikamenter. Vi har ikke tilstrækkelig indsigt til at kunne vurdere, om dette er praktisk muligt, dette måtte i givet fald kræve, at der på recepten blev anført, at indikationen var hypertension i 2- til eksempelvis 4-stofsbehandling. Vi håber, at forslaget vil indgå i Lægemiddelstyrelsens/Medicintilskudsnævnets overvejelser.

Vi finder ikke, at restriktioner i lægernes ordinationsmuligheder ved eksempelvis enkelttilskudsordninger beforder, at vi i højere grad i Danmark vil nå behandlingsmålet, tværtimod. Der findes tal, der tyder på, at enkelttilskudsordninger fører til, at patienterne mindre hyppigt bliver sat i relevant behandling.

Derimod er det vigtigt via efteruddannelse at tilstræbe at lægerne i deres ordinationspraksis bruger billigste type lægemidler, hvis de er ligeværdige, men under hensyntagen til bivirkninger og lægens fortrolighed med de enkelte medikamenter.

Det er naturligvis ønskeligt, at så mange som muligt bliver sat i relevant behandling og når behandlingsmålet

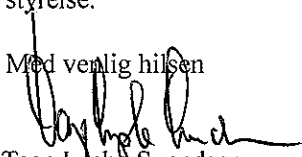
Vi finder ikke, det vil være muligt, at "behandle de i dag ubehandlede hypertensionspatienter og foretage en mere intensiv behandling af de i dag utilstrækkeligt behandlede patienter uden øgede samfundsmæssige udgifter". Vi finder specielt ikke, at dette er muligt, hvis der ved samfundsmæssige udgifter forstås medicinudgifter.

Vi går ikke ud fra, at det er Lægemiddelstyrelsens opfattelse, at der isoleret skal fokuseres på medicinudgifter. Det fulde regnestykke vil kræve sundhedsøkonomiske analyser, hvor der indregnes sparede udgifter til varetagelse af patienter med eksempelvis apoplexia cerebri. Det-

te kræver eksempelvis vurdering af udgift pr. kvalitetsjusteret vundne leveår under blodtryksnedsættende behandling. Vi skal henvise til den analyse, der er udført af Statens Beredning för medicinsk Utvärdering i Sverige (SBU) – www.sbu.se: Rapport vedr. måtligt forhøjet blodtryk, kap. 14. Heraf fremgår det at behandling for store grupper er samfundsøkonomisk effektivt og vel underbygget – helt ufortalt betydningen af at undgå en række medmenneskelige tragedier.

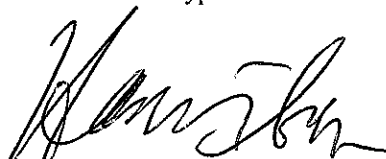
Skulle det ønskes, står vi gerne til disposition med yderligere oplysninger. Skrivelsen har været vurderet og kommenteret af Dansk Hypertensionsselskabs samlede bestyrelse.

Med venlig hilsen


Tage Lysbø Svendsen

Overlæge, dr.med.

Formand for Dansk Hypertensionsselskab



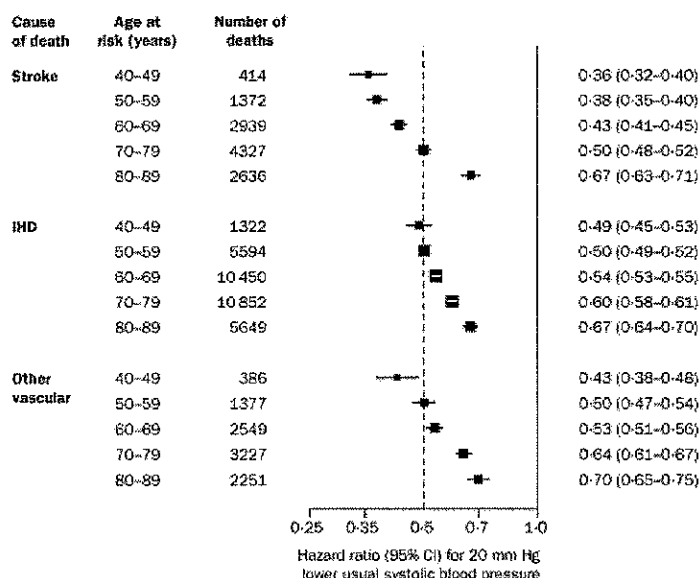
Hans Ibsen

Overlæge, dr.med.

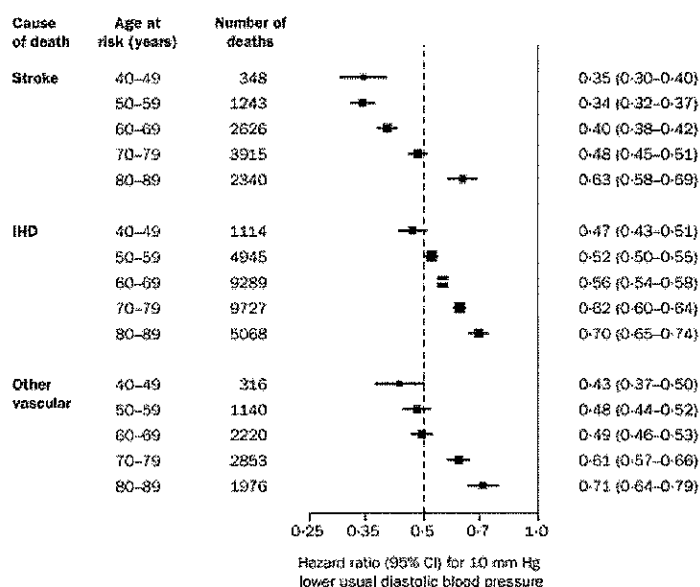
Medlem af bestyrelsen i Dansk Hypertensionsselskab

Figure 1. Stroke, ischaemic heart disease (IHD), and other vascular mortality: age-specific hazard ratios for given differences in usual blood pressure

A: Usual systolic blood pressure (≥ 115 mm Hg)



B: Usual diastolic blood pressure (≥ 75 mm Hg)



The values plotted are the hazard ratios in each decade of age associated with (A) 20 mm Hg lower usual systolic blood pressure (SBP); and (B) 10 mm Hg lower usual diastolic blood pressure (DBP) at the start of that decade. Each square has area inversely proportional to the effective variance of the log hazard ratio, with the vertical broken line indicating a hazard ratio of 0.5. In parallel analyses of the large MRFIT study, a 20 mm Hg lower usual SBP at the start of the decade for deaths at ages 40-49, 50-59, and 60-69 years, respectively, was associated with hazard ratios of (i) stroke: 0.30 (95% CI 0.23-0.40), 0.33 (0.29-0.38), and 0.35

(0.31–0.40); (ii) IHD: 0.42 (0.38–0.47), 0.44 (0.42–0.46), and 0.46 (0.44–0.48); and (iii) other vascular: 0.35 (0.30–0.42), 0.42 (0.39–0.46), and 0.44 (0.41–0.48). Lancet 2002;360:1903

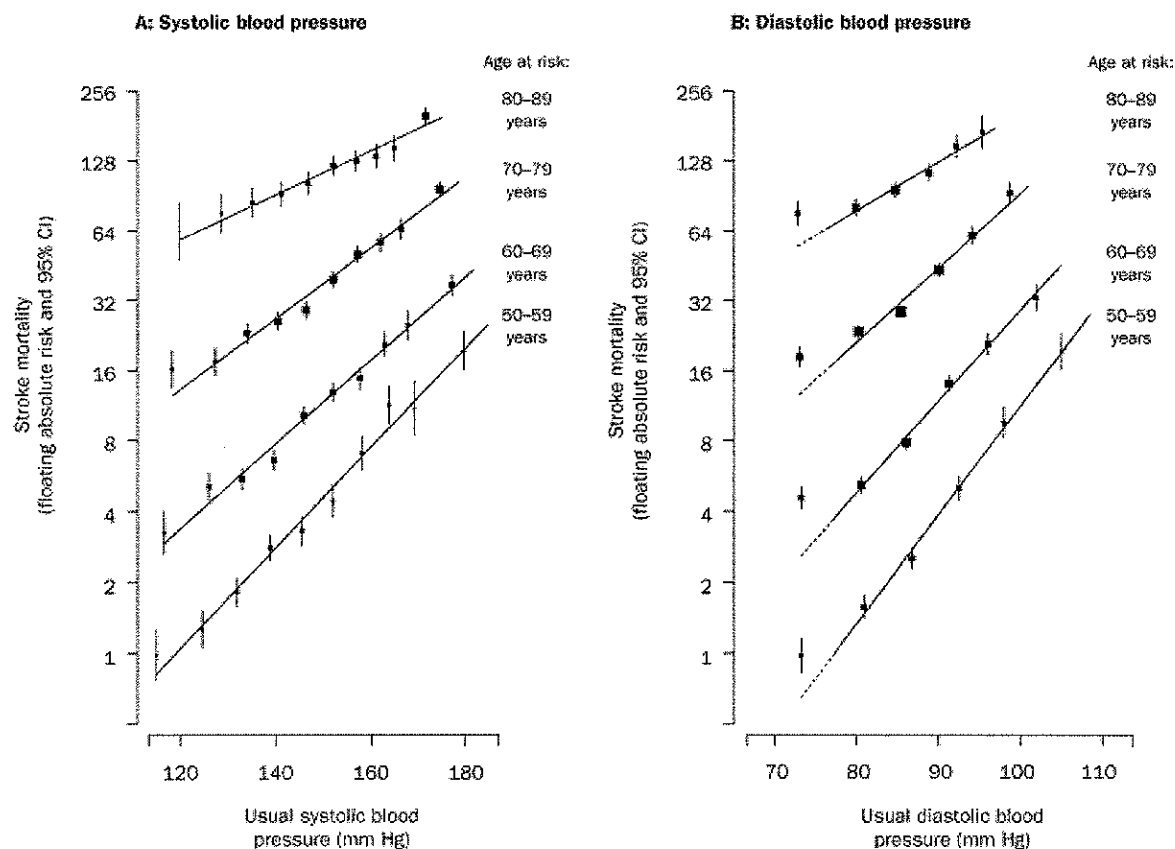


Figure 2.

Stroke mortality rate in each decade of age versus usual blood pressure at the start of that decade

Rates are plotted on a floating absolute scale, and each square has area inversely proportional to the effective variance of the log mortality rate. For diastolic blood pressure, each age-specific regression line ignores the left-hand point (ie, at slightly less than 75 mm Hg), for which the risk lies significantly above the fitted regression line (as indicated by the broken line below 75 mm Hg). - Prospective Studies Collaboration. Lancet 2002;360:1903-13

11 APR. 2006

04.04.2006

5315-1

Lægemiddelstyrelsen

Att: Karen Kolenda

Tak for lejligheden til at deltage i diskussionen om antihypertensiva. Sundhedsstyrelsen ønsker de forskellige selskabers udtalelse vedr. "hypertensionsbehandlingens rationalitet". Dette spørgsmål kan til en vis grad undre, da det jo er hævet over enhver tvivl at antihypertensiv er rationel altså fornuftig, med meget veldokumenterede effekter. Det viser sig da også at det ikke er rationalitet i gængs klinisk forstand der hentydes til, men snarere en vurdering af effekt contra omkostninger hvilket ikke er en videnskabelig disciplin og derfor principielt ikke et emne for de videnskabelige selskabers udtalelse. Et forsøg herpå indebærer en vis risiko for at selskaberne bliver taget til indtægt for en given præparat præference, der alene baseres på de meget svingende økonomiske sammenligninger mellem præparaterne.

Ethvert videnskabeligt selskabs og enhver læges givne opgave må være at behandle flest muligt bedst muligt.

En sundhedsøkonomisk gennemgang af omkostningseffektiviteten ved antihypertensiv behandling savnes.

Vedr. de enkelte spørgsmål:

1+2: Selskabets vurdering af rationaliteten af hypertensionsbehandling og en optimal fordeling mellem behandlingsregimerne:

Den kvantitativt dominerende gruppe af hypertensionspatienter indenfor dansk endokrinologisk selskabs område er type 2 diabetes patienter med isoleret systolisk hypertension. Behandlingsmålet er $< 130/80$ mmHg og dette kan kun nås ved flerstofbehandling, typisk 3 eller 4 præparater. Det bliver nødvendigt at vælge mellem mange præparatgrupper og begrebet "førstevalgspræparat" bliver derfor illusorisk. Af hensyn til compliance kan kombinationspræparater ofte bruges med fordel. Kombinationen af thiazid og blokade af renin angiotensinsystemet indgår i næsten enhver antihypertensiv behandling af type 2 diabetes. Med de nyeste metanalyser må man sige at

betablokkere i monoterapi som hypertensionsbehandling (hvor der ikke samtidig er iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt) er mindre velvalgt.

3: Selskabets mening om rangordning:

Et fuldstændigt umuligt spørgsmål for en kliniker. Naturligvis skal flest muligt behandles bedst muligt. Der er for diabetes patienter (se bl.a. HOT og UKPDS unds.) en lineær sammenhæng mellem blodtryk og effekt. Reduktion af 10 mmHg gavner således lige meget i den høje og lave ende af blodtryksskalaen uden noget nedre plateau.

4: Forslag til mere rationel hypertensionsbehandling

Vi anser kombinationstabletter med thiazid og ACE/ARB for særdeles hensigtsmæssig.

Kombinationen er fysiologisk meningsfuld og compliance øges. I mange tilfælde kan der startes direkte med kombinationstablet (særlig hvis de har delekærv) og behandleren når langt ved første ordination.

Det er i vore øjne ikke muligt at behandle flere patienter mere effektivt uden større udgifter. Vi tror ikke det er muligt at dirigere ordinationsmønstret fra ARB til ACE, da der må formodes ofte at være en bivirkningssmæssig forklaring på præparatvalget. Hvis dette ikke er tilfældet bør uddannelse af læger i at starte simpelt og slutte kompliceret (= dyr) implementeres i højere grad.

Det vigtigste ved hypertensionsbehandling i stort perspektiv er at befolkningen gentagne gange informeres om at værdier $> 140/90$ mmHg er for høje og at patienterne derfor selv fremfører dette ved kontakt til deres praktiserende læge. Simple sundhedshygiejniske tal har ganske stor gennemslagskraft, tænk blot på tallene 14 og 21 genstande om ugen som næsten hele den voksne befolkning er bekendt med.

På Dansk Endokrinologisk Selskabs vegne



Klavs Würgler Hansen

overlæge, dr. med.

medicinsk afdeling

Silkeborg Centralsygehus

Modtaget i Journalen

30 MRS. 2006

LMS. J. nr.:



DANSK MEDICINSK SELSKAB

Lægemiddelstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

28. marts 2006
J.nr. 2518

Hypertensionsbehandling i Danmark Deres ref. Et-Hypertension.Vidselsk.b.030306.

Lægemiddelstyrelsen har udbedt sig Dansk Medicinsk Selskabs synspunkt på en række spørgsmål vedrørende hypertensionsbehandling.

Dansk Medicinsk Selskab har noteret sig, at de relevante videnskabelige specialeselskaber i dette aspekt alle er kontaktet. Dansk Medicinsk Selskab vil derfor henholde sig til de udtalelser, de enkelte selskaber vil fremkomme med som reaktion på Lægemiddelstyrelsens anmodning.

Med venlig hilsen

J. Michael Hasenkam
Professor, dr.med.
Lægelig sekretær i Dansk Medicinsk Selskab

Kopi til:

Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Endokronologisk Selskab,
Dansk Hypertensionsselskab, Dansk Nefrologisk Selskab,
Dansk Selskab for almen medicin og Dansk Selskab for Intern Medicin

Formand:
Professor, dr.med. Jens Christian Djurhuus
Klinisk Institut
Skejby Sygehus
8200 Århus N
Tlf. 89 49 55 00
Tlf. 86 17 67 35 (privat)
E-mail jcd@ki.au.dk

Lægelig sekretær:
Professor, dr.med. J. Michael Hasenkam
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
Skejby Sygehus
8200 Århus N
Tlf. 89 49 54 80
Tlf. 86 15 85 14 (privat)
E-mail hasenkam@ki.au.dk

Sekretariat:
Fællessekretariatet, Esplanaden 8C, 3.sal
1263 København K.
Tlf. 35 44 84 07
Fax. 35 44 84 08
E-mail cs@dadi.dk
www.dms.dk