



# Anbud på hivlegemidler er ikke faglig begrunnet

---

## DEBATT

### MARIUS TRØSEID

marius.troseid@medisin.uio.no

Marius Trøseid er overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### INGVILD NORDØY

Ingvild Nordøy er overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BØRRE FEVANG

Børre Fevang er overlege ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### PÅL AUKRUST

Pål Aukrust er overlege/seksjonsleder ved Seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## Innføring av tilbud på hivlegemidler kan gi negative helsekonsekvenser.

Selv om tilbud på legemidler i sykehus har vært et viktig virkemiddel for å presse ned prisen for kurativ behandling av hepatitt C og for å bytte mellom likeverdige synonympreparater ved en rekke andre lidelser, er det flere forhold som tilsier at denne ordningen ikke bør brukes på samme måte for behandlingsregimer ved hivinfeksjon. Ved høstens tilbud er det foreslått å bytte ut hele behandlingsregimet, og ikke bare likeverdige enkeltmedikamenter.

## En pille daglig

Hivinfeksjon krever livslang behandling, og medikamentetterlevelse er helt sentralt for å oppnå viral suppressjon, forebygge smitte og hindre resistensutvikling. Overgang fra kompliserte behandlingsregimer med inntak av flere tabletter flere ganger om dagen til kombinasjonstabletter tatt én gang daglig, har vært et meget viktig fremskritt for å bedre medikamentetterlevelsen (1). I en metaanalyse fra 2014 som inkluderte 6 312 pasienter, var virologisk svikt og manglende medikamentetterlevelse korrelert med antall tabletter tatt daglig (2).

## Behandling tilpasset den enkelte

Ulike medikamentkombinasjoner muliggjør persontilpasset behandling. Ved valg av medikamentregime er det viktig å ta hensyn til at hivinfeksjon i seg selv gir noe økt risiko for å utvikle andre kroniske sykdommer, som hjerte- og karsykdommer, nyresvikt og osteoporose (3). Enkelte hivlegemidler øker denne risikoen, og risikoen øker ofte kumulativt med tiden (4, 5). Det er også viktig å unngå interaksjoner med legemidler mot andre kroniske sykdommer. Dette gjelder ikke minst for en aldrende multimorbid hivpopulasjon.

Legemidler i sykehus-anbudet for hivmedikamenter bryter med flere viktige behandlingsprinsipper. For det første inneholder anbudet svært få kombinasjonspreparater som dekker alle aktuelle medikamenter i et behandlingsregime (én pille per dag) (1).

For det andre er det oppsiktsvekkende at det kun er ett førstevalg i anbudet, noe som begrenser muligheten for persontilpasset behandling. Man kan også diskutere om førstevalget, darunavir/kobicistat i kombinasjon med tenofovirdisoproksilfumarat og emtricitabin, er det beste alternativet for pasienter flest. Proteasehemmeren darunavir er assosiert med interaksjonsproblematikk og økt kardiovaskulær risiko (4) og er ikke inkludert blant førstevalgene i nylig oppdaterte amerikanske retningslinjer. Tenofovirdisoproksilfumarat er assosiert med økt kumulativ risiko for nyretoksitet (5), og vi har de siste to årene fått mange av våre pasienter over på tenofoviralafenamid for å redusere denne risikoen. Det vil være problematisk å reversere dette medikamentskiftet som vi for kort tid siden sa til våre pasienter at var medisinsk indisert.

## Nytt prinsipp

Anbud på synonympreparater kan være riktig, og europeiske retningslinjer for hivbehandling åpner for synonympreparater så lenge man erstatter de samme legemidlene og ikke bryter anbefalte medikamentkombinasjoner. Med anbudsordningen for legemidler i sykehus innføres imidlertid *et helt nytt prinsipp*, ved at man velger å endre et veletablert behandlingsregime til helt andre medikamentkombinasjoner. Vi kjenner ikke til noe annet land som har innført en tilsvarende ordning i behandling av hivinfeksjon.

Anbudsordningen gjelder foreløpig til september 2019, med mulighet for forlengelse til 2020. Dersom man da får en ny rangering innenfor anbudet, risikerer vi at pasientene må bytte medisiner på nytt. Bytte av hivmedisiner skal i utgangspunktet skje ved behandlingssvikt, ved uakseptable bivirkninger eller for å forenkle et behandlingsregime. Hyppige skifter uten faglig begrunnelse vil kunne øke risikoen for manglende etterlevelse, behandlingssvikt og i ytterste konsekvens spredning av resistent virus i befolkningen. Vi mener at denne risikoen er reell og oppfordrer derfor til å stanse anbudet på hivlegemidler, i hvert fall i sin nåværende form.

---

## LITTERATUR

1. Gandhi M, Gandhi RT. Single-pill combination regimens for treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2014; 371: 248 - 59. [PubMed][CrossRef]
  2. Nachega JB, Parienti JJ, Uthman OA et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014; 58: 1297 - 307. [PubMed][CrossRef]
  3. Deeks SG. HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annu Rev Med* 2011; 62: 141 - 55. [PubMed][CrossRef]
  4. Ryom L, Lundgren JD, El-Sadr W et al. Cardiovascular disease and use of contemporary protease inhibitors: the D:A:D international prospective multicohort study. *Lancet HIV* 2018; 5: e291 - 300. [PubMed][CrossRef]
  5. Mocroft A, Lundgren JD, Ross M et al. Cumulative and current exposure to potentially nephrotoxic antiretrovirals and development of chronic kidney disease in HIV-positive individuals with a normal baseline estimated glomerular filtration rate: a prospective international cohort study. *Lancet HIV* 2016; 3: e23 - 32. [PubMed][CrossRef]
- 

Publisert: 30. november 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0808

Mottatt 16.10.2018, første revisjon innsendt 5.11.2018, godkjent 6.11.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. august 2022.