



Behandlingsbladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK
NR 1, JUNI 2016, ÅRGÅNG 19

Ordföranden har ordet



I detta nummer av **Behandlingsbladet** återfinns bland annat nyheter gällande utformningen av de nya läkemedelsrekommendationerna från läkemedelskommittén.

■ Läkemedelsrekommendationerna har genomgått stora förändringar i utformningen och har numera underrubriker

i form av bakgrund, utredning, behandling, uppföljning och patientinformation till varje område. Arbetet med att göra om formatet har tagit tid och detta gör att så snart ett område är bearbetat och klart kommer det att publiceras på hemsidan istället för att vänta in att alla områden ska vara klara. Rekommendationerna nås, förutom via läkemedelskommittén hemsida, även via janusfönstret i VAS (REK LK). Jag hoppas ni kommer att ha nytta av de nya rekommendationerna.

När det gäller subventionen av preventivmedel så har Norr-

botten en mycket generös sådan där både läkemedel inom som utanför förmånen ingår. Det kan dock vara stora prisskillnader mellan två generiska läkemedel och då det handlar om läkemedel utan förmån så byter apoteken inte till det billigaste alternativet. Här är det istället viktigt att förskriva de mest prisvärda läkemedlen på en gång. Åke Berggren ger råd angående detta.

Kristina Westerlund och Birgitta Salomonsson ger en lägesrapport angående hur det ser ut med läkemedelsberättelser i läns- och närsjukvården.

Mats Weström ger en bild av läget i Norrbotten gällande förskrivning av akamprosat, disulfiram och naltrexon.

Vi har även flera nya ledamöter i läkemedelskommittén, Carl-Johan Westborg, Helena Bergström och Torbjörn Westerlund, vilka presenteras i separat artikel.

Detta är några av de områden som tas upp i denna utgåva. Hoppas ni finner detta nummer intressant.

Slutligen vill jag passa på att önska er en underbar sommar med mycket sol och bad.

LINDA GRAHN

Instruktionsfilmer för rätt användning av läkemedel – stöd i rådgivningssituationen och för patienterna

Effekten av ett läkemedel är direkt beroende av att det används korrekt. En tydlig bruksanvisning är därför viktigt.

■ Medicininstruktioner.se är en kostnadsfri webbtjänst som tillhandahåller instruktionsfilmer för läkemedel. Grundtanken är att se till att läkemedel används på rätt sätt.

Tjänsten är avsedd som stöd för patienter. Den används även

av vård- och apotekspersonal i rådgivningssituationen när patienten informeras om hur ett förskrivt läkemedel ska handhas*. Instruktionsfilmen kan göra det lättare att "lära sig ett läkemedel" när informationen ges i rörlig bild, text och med speakerröst jämfört med enbart text som i bipacksedeln. Instruktionsfilmen är dessutom mer koncisk och fokuserar på själva handhavandet av läkemedlet.

Bristfällig compliance är ett bekymmer inom vården, vilket inte bara medför försämrat be-

handlingsresultat för patienten, utan även belastar samhälls-ekonomin. Det kostar när läkemedel inte används på rätt sätt. Allt som görs för att förbättra patientens följsamhet i behandlingen är därför av stort värde – medicininstruktioner.se bidrar i detta avseende. Patienten kan tryggt repetera instruktionerna i lugn och ro hemma, alla tider på dygnet.

Medicininstruktioner.se finns tillgänglig i dator, mobil och läsplatta.

THERESE CHRISTIERNIN
Medicininstruktioner

*När läkemedel med instruktionsfilm förskrivs av läkare, eller expedieras ut av apoteken, kan ett "påminnelsekort" lämnas ut vilket informerar patienten om att filmen finns tillgänglig på medicininstruktioner.se. Påminnelsekortet tillhandahålls kostnadsfritt för kliniker och hälsocentraler. De kan enkelt beställas via info@medicininstruktioner.se.

medicininstruktioner.se

Se instruktionsfilm om hur du tar ditt läkemedel eller hanterar ditt medicinska hjälpmedel på rätt sätt:

- ▶ Gå in på www.medicininstruktioner.se
- ▶ Välj ditt läkemedel eller medicinska hjälpmedel

Nå målbloodtryck med fler läkemedel

Många patienter avslutar sin blodtrycksmedicinering inom ett par år. Ansvaret för att behandlingen får avsedd och långsiktig effekt ligger både hos patienten och hos vårdgivaren. Om patienten inte når målbloodtryck måste vården agera och i många fall innebär det att lägga till ytterligare läkemedelsklasser i behandlingen.

■ Det är övertygande visat att antihypertensiv terapi minskar sjuklighet och död. Livskvaliteten påverkas inte negativt, inte heller hos äldre. Behandlingen är kostnadseffektiv och ofta kostnadsbesparande. Glädjande nog förbättras antalet patienter som når målbloodtryck <140/90 mmHg stadigt i svensk sjukvård. Men fortfarande når hälften inte behandlingsmål och orsakerna kan vara flera.

Medelålders personer med ökad risk för hjärtkärlsjukdom bör uppmärksammas och erbjudas opportunistisk screening. Risk-algoritmer som SCORE baseras på flera samverkande riskfaktorer och skattar risk för framtida komplikationer bättre än vad enskilda riskmarkörer kan göra. Detta ger en samlad bedömning av den totala kardiovaskulära risken som underlag för optimal behandlingsstrategi. Alla personer med ett förhöjt bloodtryck bör erbjudas hjälp med livsstilsåtgärder men behöver inte antihypertensiva läkemedel. Behandlingen ska alltid anpassas efter uppskattad nytta för den individuella patienten.

Blodtrycksmätning – hur och var?

Ett konventionellt mätt bloodtryck på mottagningen är enkelt och snabbt att göra och väl lämpat för opportunistisk screening. Bloodtrycket stiger dock ofta i samband med sjukvårdskontakter. Denna stressreaktion eller vitrockseffekt, white coat effect, ses oftare hos äldre, kvinnor och rökare. En sådan tillfällig bloodtrycksstegring kan reduceras genom att mäta bloodtrycket på ett standardiserat sätt i vila på mottagningen, särskilt om det sker med automati-

serad bloodtrycksmätning utan närvarande personal. Intressant är att vitrockseffekten inte elimineras när patienten själv får mäta sitt bloodtryck på mottagningen i ett egenvårdsrum.

I många situationer kan ett regelbundet mätt bloodtryck i hemmet eller ambulatorisk bloodtrycksmätning under 24 timmar under standardiserade förhållanden ge viktig information. Den prognostiska informationen (särskilt bloodtryck under natten) är starkare än för konventionellt uppmätt mottagningsbloodtryck. Notera att målvärden för mottagningsbloodtryck, hembloodtryck och ambulatoriska bloodtryck skiljer sig något åt. Det är visat att 10-15% av personer som vid mottagningsbesök synes ha obehandlad hypertoni i själva verket har normala bloodtryck vid ambulatorisk bloodtrycksmätning. Tillståndet vitrockshypertoni medför låg risk för framtida hjärtkärlsjukdom och motiverar sällan terapi. Men en ökad risk att senare utveckla hypertoni föranleder uppföljning. Omvänt finns risk även att patienten kan ha en så kallad maskerad hypertoni, med förhöjt bloodtryck vid ambulatorisk bloodtrycksmätning trots normala värden på mottagningen. Detta bör behandlas, då risken för hjärtkärlkomplikationer är lika stor som vid manifest hypertoni. Studier talar för att var tredje patient med okontrollerat bloodtryck på mottagningen trots behandling med tre eller fler läkemedelsklasser i själva verket har ett adekvat kontrollerat bloodtryck mätt med ambulatorisk bloodtrycksmätning över dygnet. Sammantaget bör ambulatorisk bloodtrycksmätning och hembloodtrycksmätning

utnyttjas oftare då det kan erbjuda säkrare diagnos, ge bättre kardiovaskulär riskbedömning, förhindra överbehandling och ge stöd för intensifierad behandling till individer med hög risk.

Välj läkemedel efter riskprofil och samsjuklighet

Patienter med en behandlingskrävande hypertoni som inte når målbloodtryck med livsstilsåtgärder ska erbjudas antihypertensiv läkemedelsbehandling. Alla stora läkemedelsklasser sänker i rekommenderade doser bloodtrycket i genomsnitt 10/5 mmHg, justerat för placeboeffekter.

Välj läkemedelsklass med hänsyn till patientens riskprofil och eventuell samsjuklighet. Uppföljning av påbörjad eller förändrad behandling görs efter omkring två månader. Dessförinnan bör bloodtryckskontroll, dositering samt uppföljning av livsstilsåtgärder och eventuella biverkningar göras efter två till fyra veckor. Väl strukturerad aktiv uppföljning leder snabbare till behandlingsmål och minskar framtida hjärtkärlhändelser. Vid otillräcklig effekt kombineras ACE-hämmare eller ARB med kalciumantagonist eller diuretikum. Vid måttlig eller svår hypertoni (>160/100 mmHg) behövs vanligtvis en kombination av två läkemedelsklasser. Om målbloodtryck fortfarande inte nås rekommenderas en kombination av alla tre klasser.

Kombinera mera

Betablockerare (metoprolol) är indicerade vid vissa andra samtidiga sjukdomar som ischemisk hjärtsjukdom, kronisk hjärtsvikt, arytmier, migrän eller som tillägg vid otillräcklig effekt. Mineralkortikoidreceptorantagonister (aldosteronantagonister; spironolakton) och alfablockerare (doxazosin) är värdefulla tillägg vid otillräcklig bloodtryckssänkning eller vid andra samtidiga sjukdomar. Flera studier visar att patienter alltför sällan får tillägg av ytterligare läkemedelsklasser när målbloodtrycket inte nås.



Vid diabetes är läkemedel som blockerar renin-angiotensin-aldosteronsystemet förstahandsmedel. Utöver effekter på systembloodtryck och kardiovaskulär risk kan de bromsa en progredierande njurfunktionsnedsättning. Vid samtidig kranskärlsjukdom är betablockerare och/eller kalciumantagonist lämpliga; överväg alltid ACE-hämmare då dessa visat gynnsamma effekter för patienter med en hög kardiovaskulär risk. Vid systolisk vänsterkammardysfunktion är ACE-hämmare eller ARB, betablockerare eller mineralkortikoidreceptorantagonister lämpliga. ACE-hämmare eller ARB kan minska risken för förmaksflimmer. Mineralkortikoidreceptorantagonister har god bloodtryckssänkande effekt också vid njursvikt och ger minskad albuminuri, men beakta risken för hyperkalemi.

Läkemedel som blockerar renin-angiotensin-aldosteronsystemet brukar leda till en övergående lätt försämring av njurfunktionen men kan på lång sikt motverka en progredierande njurfunktionsnedsättning och är särskilt värdefulla på denna grupp patienter. Överväg dosreduktion vid sviktande njurfunktion. Vid kreatininstegring mer än 30% inom en månad efter insättning bör dosen anpassas och njurfunktionen följas noggrant. Vid nedsatt njurfunktion (eGFR<60ml/min/1,73m² kroppsyta) bör bloodtryck, kalium och njurfunktion kontrolleras någon vecka efter insättandet samt flera gånger inom de närmast följande månaderna.

Om trycket inte sjunker

Patienter som inte når <140/90 mmHg trots adekvat dosering av minst tre optimalt valda

läkemedel från olika klasser bör erbjudas fördjupad utredning. Uteslut vitrockseffekt, sekundära hypertoniformer (vanligast är renovaskulär och renoparenkymatos sjukdom, primär aldosteronism och obstruktiv sömnapnéssjukdom) och bristande följsamhet till behandlingen. Om sådana orsaker kan avfärdas anses resistent hypertoni föreligga, vilket förekommer i 10-15% av patienter med behandlad hypertoni i Sverige. Dessa patienter bör erbjudas tillägg av spironolakton, som ofta har bättre blodtryckssänkande effekt än andra läkemedelsklasser vid resistent hypertoni, särskilt vid volymlberoende hypertoni. Överväg att konsultera en enhet med särskilt intresse och kunskap vid kvarstående behandlingsrefraktär hypertoni.

En delaktig patient

En vanlig men underskattad orsak till att blodtrycket inte går ner är bristande följsamhet till antihypertensiv behandling. Vi har visat att 35% av patienter med nyupptäckt hypertoni hade avslutat all läkemedelsbehandling för blodtryck efter två år. Behandlingsavbrotten var fler hos yngre, män, de med utomnordiskt födelseland, vid låg inkomst och vid lindring blodtrycksstegring. Läkemedelsbiverkningar kan inte förklara behandlingsavbrott mer än till liten del. För att

behandling med antihypertensiva läkemedel ska ge avsedd och långsiktig effekt är det angeläget att patienten är delaktig i behandlingen och dess mål. Detta ansvar är gemensamt för patient och vårdgivare. En läkemedelsgenomgång och diskussion mellan läkare och patient om förskrivna läkemedel, gärna tillsammans med information om uthämtade läkemedel är ofta till stor hjälp.

Uppföljning

När blodtryck och riskfaktorer är under god kontroll rekommenderas aktiv uppföljning med kontroll 1-2 gånger per år för att understödja livsstilsåtgärder, mäta blodtryck, utvärdera terapi och bedöma kardiovaskulär risk. Tecken på hypertensiv organpåverkan vid behandlingsstart bör följas upp. Minskad mikroalbuminuri kan med hög intensitet ge viktig information inom veckor till månader om framtida risk för hjärt-kärlkomplikationer. Regress av vänsterkammarmhypertrofi följs i första hand med EKG och ger också prognostisk information, men förändringar sker långsammare (1-2 år). Om dessa markörer för hypertensiv organpåverkan inte minskar kan mer aktiv antihypertensiv terapi vara motiverad.

Originalartikel från Evidens #2 2016, Stockholms Läke-medelskommitté, författad av Thomas Kahan. Texten är anpassad för Landstinget Norrbotten.

Nya ledamöter i läkemedelskommittén

Carl-Johan Westborg, Helena Bergström och Torbjörn Westerlund är nya ledamöter i läkemedelskommittén.

■ Carl-Johan Westborg är allmänläkare sedan början av 90-talet. Han har varit verksam i Boden fram till år 2014 och arbetar nu i Luleå med multisjuka äldre på vård- och omsorgsboende. Tidigare har han jobbat fackligt, varit studie-rektor samt haft chefsuppdrag i olika konstellationer. Som allmänläkare har han kontakt med en mängd olika läkemedel och ofta anledning att begrunda läkemedelsrelaterade problem där ett strukturerat synsätt, liksom stringens och uppföljning är viktigt. I läkemedelskommittén kommer han bland annat att ha hand om område äldre och demens.



■ Helena Bergström är specialist i klinisk farmakologi och allmänmedicin. Hon har gjort AT i Piteå 1996-98 och därefter följde ett år internmedicin i



Skellefteå, två år på Preventiv kardiologi Ullevål sykehus, St-tjänstgöring på Karolinska sjukhuset avdelning för klinisk farmakologi, gruppchef och klinisk farmakolog på Astra Zenecas forskningsavdelning med kliniska prövningar samt ST-tjänst i allmänmedicin på hälsocentral i Boden. Sedan 1 april arbetar hon på Cederkliniken i Piteå. Som ledamot i kommittén kommer hon bland annat att ha hand om terapiområden smärta, migrän och epilepsi.

■ Torbjörn Westerlund är ST-läkare på Sandens HC i Boden. Han kommer, förutom att ingå som ledamot i läkemedelskommittén, även att vara med i IT/Läkemedelsgruppen och där bland annat arbeta med kravställning, utveckling och testning av journalsystemet.



LINDA GRAHN

Glömd dos av blodförtunnande läkemedel

Nu finns en ny rutin angående glömd dos av blodförtunnande läkemedel. Den tar upp hur man bör agera om man står på någon av följande läkemedel – warfarin/Waran, Pradaxa, Eliquis eller Xarelto – och glömt ta en dos.

■ För warfarin/Waran gäller att om mindre än 12 timmar gått sedan man skulle ha tagit dosen så tas den glömda dosen snarast och nästa doseringstillfälle tas enligt ordination. Om mer än 12

timmar gått så tas endast halva den glömda dosen och nästa doseringstillfälle tas enligt ordination. Om den glömda dosen upptäcks i samband med nästa ordinationstillfälle så tas halva den glömda dosen tillsammans med den nya dosen. Om misstanke, men osäkerhet, om en glömd dos är det bäst av avstå och ta nästa doseringstillfälle enligt ordinationen.

För Eliquis gäller att glömd dos tas snarast, även om det innebär att tablett tas i samband med nästa doseringstillfälle, dvs att två tabletter då intas samtidigt.

För Pradaxa gäller att om det är mer än 6 timmar kvar till nästa dos så kan den glömda dosen tas annars hoppar man över den glömda dosen och tar nästa enligt ordination. Viktigt att inte ta dubbel dos!

För Xarelto gäller att vid dosering en gång dagligen tas den glömda dosen snarast om det är under samma dag och nästa dag fortsätter man behandlingen som vanligt med en tablett dagligen. Vid dosering två gånger dagligen (15 mgx2) tas den glömda tablett omedelbart för att komma upp i den tänkta

dygnsdosen. Fortsätt sedan som vanligt. Om man missat en hel dag, fortsätt följande dag i enlighet med tidigare ordination. Ta inte dubbel dos!

Denna rutin grundar sig på en skrivning av antikoagulationsexperter i Linköping, som utmynnat i en regional rutin 1177 Vårdguiden i Östergötland. Norrbottens version är processad och förankrad bland ett antal medicinläkare inom NLL.

LINDA GRAHN

Källa: rutin "glömd dos av blodförtunnande medicin" i VIS



Sätt inte våra äldre i klistret!

Förskrivning av depotplåster vid behandling av smärta ökar, men det är viktigt att beakta riskerna med transdermala opioider.

■ Det finns två grupper av ”smärtplåster”:

- De som innehåller fentanyl (Fentanyl, Matrifen, Durogesic) – en syntetisk och mycket mer potent opioid än morfin. Plåstret byts var 3:e dag.
- De som innehåller buprenorfin (Norspan) – en semisyntetisk opioid. Plåstret byts var 7:e dag. Norspan har en begränsad förmån och subventioneras endast till patienter som provat men inte tolererat oxikodon eller morfin i låg dos, alternativt när dessa läkemedel bedömts som olämpliga.

Akuta smärttillstånd

Transdermal behandling (smärtplåster) är i regel olämplig vid akuta smärttillstånd såsom postoperativ smärta. Full effekt uppnås först efter ca tre dagar (buprenorfin) eller 12-24h (fentanyl) och doseringen är svårstyrd. Vid opioidkrävande smärta rekommenderas i första hand morfin- eller oxikodonpreparat i tablett- eller injektionsform:

- kortverkande morfin eller oxikodon
- och /eller
- långverkande preparat

Beakta indikationen

Trots rekommendationer om restriktivitet ökar användningen av smärtplåster. Framförallt Norspan lyfts fram av producenten som ett alternativ vid långvarig smärta såsom artros eller andra ledsmärtor. Vid artros bör i första hand

icke-farmakologisk terapi övervägas. Vid behov kan läkemedelsbehandling övervägas och då i första hand paracetamol och därefter eventuellt tillägg av peroral långverkande opioid i lägsta möjliga dos. COX-2 hämmare kan ibland användas som tillägg i lämplig dos under begränsad tid. Beakta dock att COX-2 hämmare är olämpliga till äldre pga biverkningsrisken!

Risker med plåster

Det finns många fallgropar med opioidplåster, inte minst vid behandling av äldre. Plåster kan invägga i falsk trygghet: ”Skyddar – Låker – Lindrar”, med andra ord: inte kan väl plåster skada?

Plåster uppfattas inte alltid som en potent läkemedelsbehandling. Patienter, anhöriga och omvårdnadspersonal uppmärksammar inte alltid att patienten har en aktiv smärtbehandling. Detta kan leda till att den dag-

liga utvärderingen som sker när man tar en smärtstillande tablett missas.

Både som avvikelserapporter och i pressen eller som anekdoter florerar ett flertal historier om olämplig användning av smärtplåster, t ex plåster som inte tas bort vid byte, vilket medför att patienten bär flera plåster samtidigt. Vidare nämns plåster som återanvänds, plåster som lossnar och hamnar på en annan person, plåster som klipps och till och med plåster som sätts på protesben/arm.

Vid överrapportering från en vårdnivå till en annan glöms ibland plåsterbehandling bort. Inte sällan behandlas patienter med flera långverkande opioider samtidigt. Detta är olämpligt då receptorbindningen av en svag opioid kan försämra andra opioiders smärtlindrande effekt och orsaka ett högre opioidintag än nödvändigt.

Start low, go slow

Det förekommer att patienter som inte stått på opioider tidigare sätts in på olämpligt höga doser, då förskrivare inte uppmärksammar hur potent fentanylplåster är. Konverteringsförhållandet för oralt morfin till transdermalt fentanyl är 150:1, vilket innebär att lägsta styrkan fentanylplåster 12 mikrogram motsvarar daglig dos på 30-40 mg morfin peroralt.

Praktiska råd

Eftersom smärtplåstren är tunna och hudfärgade och ofta sätts på ryggen kan de vara svåra att upptäcka i en akutsituation, särskilt om patient är medvetandesänkt och en aktuell läkemedelslista inte finns till hands. Ett förslag är att plåster alltid markeras med tydlig färg och att appliceringsdatum alltid skrivs.

Använda plåster kan innehålla betydande restmängder av aktiv substans! Rapporter om missbruk av använda icke destruerade plåster finns. Efter avlägsnande ska därför använda plåster vikas ihop ordentligt med vidhäftningsytan inåt så inte det vidhäftande medlet exponeras. Därefter ska plåstret lämnas in på apotek där det destrueras säkert. Undantag kan förekomma. Det viktiga är att dessa plåster inte slängs i soporna utan kasseras på rätt sätt. Se enhetens rutin för kassation av läkemedel.

Observera vid MR-undersökning: Vissa fentanylplåster innehåller metall. Dessa plåster ska avlägsnas före en ME-undersökning, eftersom de kan överhettas under undersökningen och orsaka brännskador i huden i plåstrets omedelbara närhet.

Sammanfattningsvis är förskrivning av opioidplåster ett andrahandsalternativ som ska ske på rätt indikation, i rätt dos och med noggrann uppföljning och utvärdering. Som med all medicinering till äldre är det viktigt med planerad och regelbunden omprövning.

Originalartikel från Läkemedelskommittén i Västra Götaland, text av Radka Kühnel, överläkare, Geriatrik Uddevalla, NU-sjukvården. Texten har anpassats för Landstinget Norrbotten

Nyheter och förbättringar i rekommendationerna 2016

Det pågår för tillfället ett intensivt arbete med att revidera och färdigställa läkemedelskommitténs terapirekommendationer.

■ Rekommendationerna har inför denna revidering genomgått stora förändringar. Allt eftersom rekommendationerna bearbetats och godkänts så läggs de ut på läkemedelskommitténs hemsida. De nås även via janusfönstret i VAS.

Terapirekommendationerna har som syfte att lyfta fram förstahandspreparaten och att vara ett riktmärke, framför allt ur ett primärvårdsperspektiv med fokus på medicinskt och farmaceutiskt ändamålsenliga läkemedelsval. En sammanvägning av effekt, biverkningar, interaktioner, prisbild, risk för miljöpåverkan samt längden av erfarenhet av preparaten ligger till grund för rekommendationerna. Avsikten är att täcka de vanligaste sjukdomarna.

En nyhet för i år är att terapirekommendationerna även innehåller en kortfattad information till varje område med bakgrund, utredning, behandling, uppföljning och patientinformation för att ge ett stöd i det dagliga arbetet och i mötet med patienten. Dessa återfinns i den vänstra spalten (se exempel nedan).

En annan nyhet är att pdf-versionerna är ersatta med webbsidor. Förutom de tidigare områdena kommer två nya områden att läggas till – ett avsnitt rörande barn och ett om sköra äldre patienter. Arbetet pågår just nu med att färdigställa dessa.

För de områden där läkemedelskommittén ej ännu hunnit slutföra rekommendationerna finns för tillfället de tidigare rekommendationerna kvar med texten ”under revidering”.

De nya rekommendationerna hittar ni via läkemedelskommitténs hemsida (<https://www.nllplus.se/For-vardgivar-inom-halso--och-sjukvard/Lakemedel/Norrbottens-lakemedelskommitte/Rekommenderade-lakemedel/>) eller direkt från VAS via Janusfönster (REK LK).

Förutom ledamöterna i läkemedelskommittén har andra medicinska experter medverkat vid framtagning av dessa rekommendationer.

Förutom de tidigare områdena kommer två nya områden att läggas till – ett avsnitt rörande barn och ett om sköra äldre patienter. Arbetet pågår just nu med att färdigställa dessa.

Jag vill rikta ett stort tack till alla som bidragit till framtagandet av dessa rekommendationer.

Eftersom all medicinsk kunskap är färskvara tar Läkemedelskommittén tacksamt emot synpunkter och kommentarer.

Hoppas ni finns de nya rekommendationerna givande.

LINDA GRAHN

Eftersom all medicinsk kunskap är färskvara tar Läkemedelskommittén tacksamt emot synpunkter och kommentarer.



- Bakgrund
- Utredning
- Behandling
- Uppföljning
- Patientinformation
- Källor

Diabetes - typ 2

Dessa rekommendationer är framtagna i samarbete med expertgrupp Diabetes

Perorala diabetesmedel

metformin A10BA02
METFORMIN, generiska alternativ. Risk för laktacidosis gör att metformin ska sättas ut vid vätskebrist samt att hänsyn tas till njurfunktionen.

glimepirid A10BB12
GLIMEPIRID, generiska alternativ. Risk för hypoglykemi ökar vid nedsatt njurfunktion och vid kombinationsbehandling.



Läkemedelsgenomgångar och värde för patienten och hälso-

Förskrivningen av läkemedel till personer över 75 år har ökat med nära 70 procent sedan mitten av 1990-talet. Ökningen är påtaglig i de särskilda boendeformerna med i genomsnitt åtta till tio preparat per person, men multisjuka äldre i ordinärt boende använder lika många preparat.

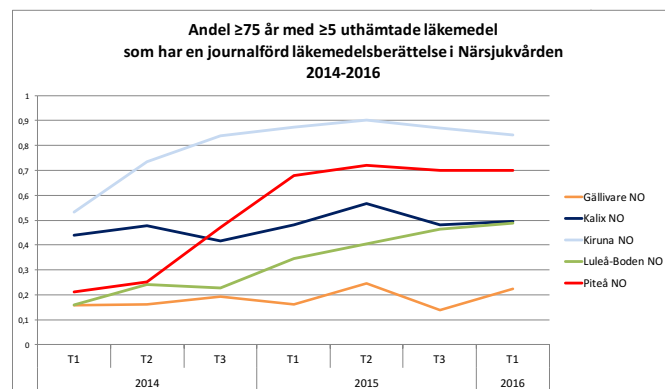
■ Utifrån revisionsrapporten kring läkemedelsförskrivning 2014, avvikelser och redovisade resultat har divisionscheferna för Läns- och Närsjukvård beslutat att läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser ska vara fokusområde för divisionerna under 2015–2016. Syftet är en optimal och likvärdig läkemedelsbehandling och dokumentation för patienter som vårdas inom divisionerna. Därefter har Länssjukvård <https://vis.nll.se/process/>

vard/_layouts/15/VISDocId-Redir.aspx?ID=VARD-5-4972 och Närsjukvård https://vis.nll.se/process/administrativ/_layouts/15/VISDocIdRedir.aspx?ID=nsstns-4-95 fastställt lokala rutiner för hur detta ska genomföras i praktiken.

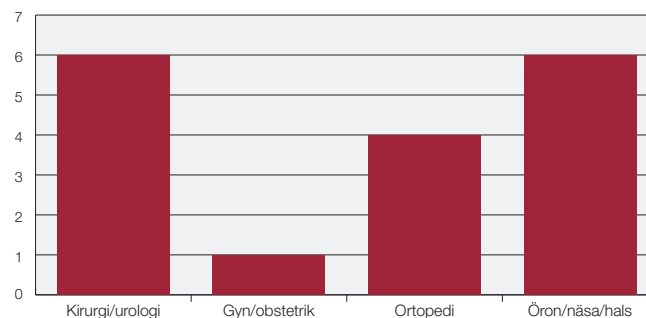
Rätt från mig

”Den som tar emot det jag har gjort i processen är min kund, vilket betyder att jag tar ansvar för att det jag lämnar ifrån mig är färdigt och riktigt.”

- En välinformerad patient/närstående upplever trygghet och behöver inte kontakta sjukvården i lika ofta.
- Nästa vårdnivå ska i rätt tid få tillgång till den dokumentation och information om patientens läkemedelsordinationer som fordras.



Andel ≥ 75 år med ≥ 5 uthämtade läkemedel som har en journalförd läkemedelsberättelse i Länssjukvården, 2015. (%)



Andel ≥ 75 år med ≥ 5 uthämtade läkemedel och ett vårdtillfälle under senaste året, som har en journalförd läkemedelsberättelse under samma period.

- Läkemedelsgenomgångar och -berättelser leder till minskade akutbesök och inläggningar på grund av läkemedelsrelaterade symtom.

Målgrupp

Patienter som är 75 år eller äldre och ordinerade minst fem läkemedel och andra patienter med läkemedelsrelaterade problem.

Patienten har rätt till

- Läkemedelsgenomgång minst en gång per år och vid inskrivning i hemsjukvård eller inflyttning till särskilt boende
- Läkemedelsgenomgång inom första vård dygnet vid inskrivning i slutenvård.
- Utskrift av korrekt läkemedelslista och Patientinformation (pinf) som innehåller läkemedelsberättelsen lämnas vid

om var dokumentationen ska ske.

Så kan vi bli bättre

- Arbeta enligt rutinen "Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse samt dokumentation", för division När- eller Länssjukvård.
- I slutenvården; för att minimera risken att någonting viktigt missas använd "Checklista läkemedel vid in- och utskrivning". https://vis.nll.se/process/vard/_layouts/15/VISDocIdRe-dir.aspx?ID=VARD-5-4974
- I primärvården; för hemsjukvårdspatienter och patienter i särskilda boenden kan läkemedelsgenomgången föregås av att ansvarig sjuksköterska kartlägger möjliga läkemedelsrelaterade symtom med hjälp av PHASE-20.

Åtkomst av läkemedelsförteckningen direkt via VAS

Läkemedelsförteckningen är en samlad information om de läkemedel som en enskild person hämtat ut på recept under de senaste 15 månaderna, oavsett vem som förskrivit receptet eller på vilket apotek i Sverige det är uthämtat.

■ Läkemedelsförteckningen innehåller uppgifter om datum för inköp, vara, mängd, dosering, namn och personnummer på patienten samt information om vem som förskrivit läkemedlen.

Användning av läkemedelsförteckningen kan vara en hjälp t ex i vissa fall när man behöver kontrollera att man är ensam förskrivare av narkotikaklassade läkemedel eller som stöd om patienten går hos privatläkare/ kommer från andra län och inte själv kan svara för sin medicinlista. En skillnad från LM i VAS är alltså att läkemedelsförteckningen visar vad som faktiskt hämtats ut.

Registrering av uppgifterna i Läkemedelsförteckningen är obligatorisk, men den enskildes samtycke behövs för att andra ska få tillgång till den lagrade informationen. Samtycket kan

gälla för ett tillfälle eller tills vidare. Om patienten inte kan lämna sitt samtycke, t ex är medvetslös, får uppgifterna i Läkemedelsförteckningen endast läsas om det är nödvändigt för att kunna ge den vård eller behandling som patienten behöver. Detta kallas för nödåtkomst.

För dospatienter är det redan idag möjligt att nå läkemedelsförteckningen via Pascal. För övriga patienter kan den nås via mina vårdkontakter eller via NPÖ.

En planerad driftsättning den 8/6 av VAS version 21.1 kommer att innebära en möjlighet till åtkomst av läkemedelsförteckningen även för patienter som inte har ApoDos. Förskrivare kommer då, efter inhämtat samtycke från patienten, kunna se Läkemedelsförteckningen direkt i VAS då ett nytt menyval "lm-förtEckn" tillkommer. För dospatienter sker ett uthopp till Pascal med flik läkemedelsförteckning förvald medan menyvalet för icke dospatienter leder direkt till läkemedelsförteckningen.

LINDA GRAHN
TORBJÖRN WESTERLUND

Källa: Inera, eHälsomyndigheten

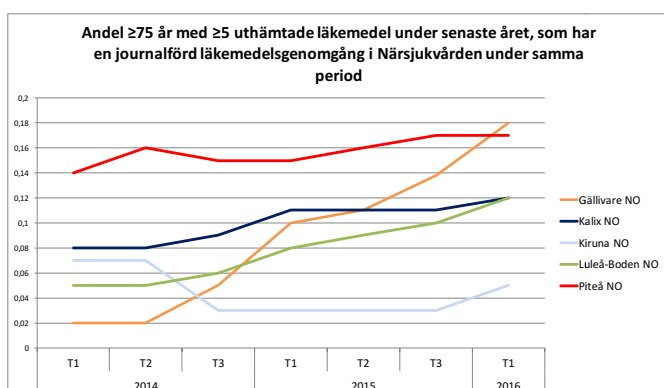
-berättelser, och sjukvården

utskrivning från slutenvård. Vid behov även vid besök på öppenvårdsmottagning.

Beträffande läkemedelsgenomgångar så finns det starka skäl att anta att dokumentationen inte sker enligt rutinen och därför speglar inte resultaten det faktiska antalet genomförda genomgångar. En viktig åtgärd är därför att både läkare och läkarsekreterare har kunskap

- Öka kompetens om läkemedelsgenomgångar för äldre genom att ta del av webb-utbildningen som finns på: <http://www.kunskapsguiden.se/utbildning/Lakemedelsbehandling-av-aldre/Sidor/default.aspx>

KRISTINA WESTERLUND
BIRGITTA SALOMONSSON
Verksamhetsutvecklare Läns- respektive Närsjukvården



Utträde ur läkemedelsförmånen

Cefadroxil 7-pack och Pronaxen suppositorier kommer att försvinna från förmånen.

■ På företagets egen begäran utträder Cefadroxil Sandoz tabletter 1 g, vilket är den enda förpackningen med sju tabletter cefadroxil inom förmånen. Även Pronaxen suppositorier

500mg 50 st utträder. Det är de enda suppositorierna som innehåller naproxen inom förmånen.

LINDA GRAHN

Källa: TLV



När metformin inte räcker till

Diabetesbehandling blir mer komplex med allt fler läkemedel på marknaden. Skynda långsamt med nya diabetesmedel, individualisera behandlingen, behandla alla risker och jaga inte HbA1c-nivåer till varje pris.

■ Metformin är basen i behandlingen av typ 2-diabetes. Undvik gastrointestinala biverkningar med en låg startdos på 500 mg som sedan kan titreras upp. Informera också patienten om att läkemedlet ska sättas ut tillfälligt vid maginfluensa.

– Lägg till NPH-insulin till natten om metformin inte räcker till och blodsockret är högt på morgonen men jämt över dagen. Använd NPH-insulin på morgonen alternativt sulfonurea eller måltidsinsulin om blodsockret är högt över dagen, säger Ann-Sofie Bolmér, överläkare Endokrint centrum, Capio S:t Görans sjukhus.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård 2015 har insulinfrisättarna repaglinid och sunfonureider något lägre

prioritet än insulin som tillägg till metformin.

– Målvärdet för HbA1c är under 52 mmol/mol, men vi måste alltid individualisera behandlingen. För en multisjuk patient som har haft diabetes under många år kan ett högre målvärde accepteras. Behandla också alla riskfaktorer som hypertoni och lipider och tänk på kost, motion och rökstopp.

Inkretinläkemedel

GLP-1-agonister och DPP4-hämmare är läkemedel som påverkar tarmhormonet inkretin. En fördel med GLP-1-agonister är viktneigång.

– I medeltal rör det sig inte om många kilo, men en del patienter svarar rejält med 10-15 kilos nedgång, enligt Per Wändell, professor, distriktsläkare, Akademsikt primärvårdscentrum.

Liraglutid sänker HbA1c med ca 10 mmol/mol. Effekten skiftar mellan patienter. Om vikt och HbA1c inte tydligt förändras inom tre till sex månader ska behandlingen sättas ut. Effekten har också en tendens att ebba ut efter något års användning. Då rekommenderas utsättning eller

eventuellt en drug holiday. Hypoglykemier är ovanliga. Tidiga biverkningar är magproblem.

– Det är som att åka till Indien, nästan helt säkert att man blir magsjuk. För att minska risken bör man trappa upp dosen gradvis och inte gå in med full-dos direkt.

DPP4-hämmare har sämre HbA1c-sänkande effekt än GLP-1-agonister och ger ingen viktneigång.

– Användningsområdet är litet, kanske för patienter som inte kan använda andra läkemedel, menar Per Wändell.

SGLT-2-hämmare

– De kortsiktiga fördelarna ska vara större än nackdelen av att det saknas långtidsdata för effekter och bieffekter. SGLT-2-hämmarna uppfyller sällan det kravet, säger Mats Palmér, docent, överläkare, Kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset.

SGLT2-hämmarna hindrar återresorptionen av glukos i njuren och är enligt honom endast ett tänkbart alternativ till urogenitalt friska, överviktiga

typ 2-diabetiker. Effekten på HbA1c är liten och beroende av njurfunktionen. Medlen kan ge genitala svampinfektioner och det finns kanske också risk för osteoporos, ketoacidosis och blåscancer.

För inte så länge sedan kom en studie av empagliflozinbehandling hos drygt 7000 patienter med diabetes och etablerad hjärtkärlsjukdom. Utfallsmåttet var en kombination av död på grund av kardiovaskulär sjukdom, icke-dödlig hjärtinfarkt eller icke-dödlig stroke. Studien fick stor uppmärksamhet eftersom den visade sänkt mortalitet för behandlingsgruppen.

– Det var ett positivt resultat men man kanske ska hejda sig lite i sin entusiasm. Studien gällde en särskilt grupp svårt sjuka och effekten var relativt måttlig. Det kan vara ett nischpreparat, men Stockholms läns landsting anser inte att studien ska leda till några ändringar i tillvägagångssättet, säger Mats Palmér.

Kombinationsbehandling

Pontus Curman, överläkare, Diabetesmottagningen, Ersta sjukhus, menade att läkaren

DPP4-hämmare

sitagliptin (Januvia)
vildagliptin (Galvus)
saxagliptin (Onglyza)
linagliptin (Trajenta)

GLP-1-agonister

exenatid (Byetta, Bydureon)
liraglutid (Victoza)
lixisenatid (Luxymia)
dulaglutid (Trulicity)

SGLT-2-hämmare

dapagliflozin (Forxiga)
kanagliflozin (Invokana)
empagliflozin (Jardiance)

Fasta kombinationer metformin och DPP4- hämmare

sitagliptin (Janumet)
vildagliptin (Eucreas)
linagliptin (Jentadueto)
saxagliptin (Komboglyze)

Fasta kombinationer metformin och SGLT-2-hämmare

empagliflozin (Synjardy)
kanagliflozin (Vokanamet)
dapagliflozin (Xigduo)

ofta står inför en komplex bild vid diabetesbehandling. De tillgängliga läkemedlen påverkar inte bara bukspottkörteln utan även stora delar av kroppen som hjärna, fettväv, lever, muskler, magsäck och njurar.

– När metformin inte räcker till blir det därför komplicerade överväganden där doktorn får jonglera med läkemedel. Diabetesbehandlingen idag är ofta en kombinationsbehandling, säger han.

Det finns ett antal fasta kombinationer av metformin och antingen DPP4-hämmare eller SGLT-2-hämmare på marknaden. Dessa har inte fått något stort genomslag i Sverige. Kanske kan patientens följsamhet förbättras men det blir svårt att avgöra vilket av läkemedlen i kombinationen som är det mest effektiva. Dosjusteringar blir också svårare att genomföra och utvärdera och man riskerar att låsa sig vid ett dyrt preparat som kanske inte har någon större effekt.

Originalartikel från Evidens #2 2016, Stockholms Läke-medelskommitté, författad av Karin Nordin. Texten är anpassad för Landstinget Norrbotten.

Ökad risk för lunginflammation av inhalationssteroider hos KOL-patienter

Det finns sedan tidigare en känd risk för lunginflammation vid behandling av inhalationssteroider till patienter med KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA's säkerhetskommitté (PRAC) har därför genomfört en granskning för att undersöka detta närmare.

■ KOL är en långvarig sjukdom där de finaste luftvägarna blir skadade eller blockerade, vilket leder till andningssvårigheter.

Kortikosteroider är indicerade för behandling av KOL av svårare grad. För patienter med mildare KOL rekommenderas i första hand långverkande antikolinergika och långverkande beta-2-stimulerare.

Det är känt att inhalede kortikosteroider ökar risken för lunginflammation då de används för att behandla KOL.

Det är känt att inhalede kortikosteroider ökar risken för lunginflammation då de används för att behandla KOL.

Inhalede kortikosteroider reducerar inflammationen och svullnaden i lungorna och underlättar därmed andningen för patienter med KOL. De ingår i en grupp läkemedel som innehåller någon av följande aktiva substanser: beklometason, budesonid och flutikason.

Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA har granskat risken för lunginflammation hos KOL-patienter som använder inhalede kortikosteroider och kan konstatera att risken gäller samtliga läkemedel i denna klass. Det finns inga bevis för några skillnader i risk mellan de olika preparaten.

Det finns visst stöd för att risken är dosberoende men detta

har inte kunnat visas i samtliga studier. Produktinformationen för alla berörda läkemedel kommer att uppdateras med den senaste kunskapen om risk för pneumoni.

Sjukvårdspersonal bör vara vaksamma för en eventuell utveckling av lunginflammation hos patienter med KOL eftersom sjukdomsbilden för

lunginflammation liknar exacerbationer av KOL. Även patienter

ska upplysas om att rapportera alla ökade andningssvårigheter eller andra symptom som tyder på infektion.

EMA's granskning inkluderade publicerade data från randomiserade kontrollerade kliniska studier och ett antal metaanalyser samt observationsstudier. Inga kliniska studier har undersökt risken för lunginflammation och gjort direkta jämförelser mellan inhalationskortikosteroider, och endast indirekt jämförelse i metaanalyser/systematiska granskningar eller från observationsstudier finns tillgängliga. På grund av variationen i kliniska data och flera osäkerheter med studiemetoder, ger inte detta avgörande

evidens för skillnader i risk inom läkemedelsklassen.

LINDA GRAHN

Källa: Läke-medelsverket
2016-05-16



Behandling med disulfiram, akamprosat och

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning – publicerades i april 2015.

■ Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Valet av preparat beror i viss mån på syftet med behandlingen – helnykterhet eller icke riskfylld konsumtion. Disulfiram är ett väldokumenterat och beprövat preparat med god effekt. Akamprosat har god effekt i form av minskad konsumtion och antal återfall, men tycks inte vara lika effektivt som disulfiram om målet är helnykterhet. Naltrexon har, liksom disulfiram, en snabbt isättande effekt och ger framför allt färre tunga dryckesdagar. Samtliga tre preparat har en låg kostnad per effekt.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda personer med alkoholberoende behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon (prioritet 1).

Anders Hansen, specialistläkare, psykiatri skrev i LT 2014, en artikel ”Två preparat jämförda vid behandling av alkoholmissbruk”. Han refererar där en metaanalys, presenterad i JAMA, där man jämförde akamprosat och naltrexon. Resultat: Till att börja med minskade både akamprosat och naltrexon risk för återfall jämfört med placebo. När de jämfördes mot varandra på en övergripande nivå noterades däremot inga större skillnader i effektivitet. I

genomsnitt måste 12 individer behandlas med akamprosat och 20 med naltrexon (s k number needed to treat) för att ge en individ önskad effekt, dvs att helt avstå från alkohol. Naltrexon var däremot bättre avseende förebyggande av återfall i tungt drickande, definierat som minst fem enheter alkohol per dag för män och fyra för kvinnor.

Vid val av preparat får man ta hänsyn till faktorer som biverkningar och administration, konstaterar författarna. Akamprosat är till exempel kontraindicerat vid njursvikt medan naltrexon är olämpligt om det föreligger leverpåverkan. En annan viktig skillnad mellan preparaten är att akamprosat tas tre gånger per dag medan naltrexon bara behöver tas en gång. Värt att notera är dessutom att både akamprosat och naltrexon bedöms ha bättre effekt än disulfiram (antabus) när det gäller att förebygga

alkoholmissbruk. När det gäller andra mått på resultat vid sidan av återfall, såsom komorbiditet och psykiskt välbefinnande, har för få material inkluderat uppgifter om detta för att man ska kunna dra några slutsatser.

Läget i Norrbotten

Vi följer sedan januari 2014 dessa preparat, receptförskrivna och uthämtade, per tertial, med siffrorna för primärvård och vuxenpsykiatri, särskiljda. Se tabell. Vi kan här notera för

- Disulfiram (Antabus): 140-180 individer per tertial, minskar över tid
- Akamprosat (Campral): 75-100 individer per tertial, minskar också över tid
- Naltrexon: 60-80 individer per tertial, i stort stationär

Förskrivningen kan synas låg, men kopplar vi det till antal patienter med psykiatrisk diagnos

Förskrivares Division	Primärvård J/N	Förskrivares Verksamhet	ATC kod, 7-st	ATC benämning, 7-ställig	Köpt År-Tertial	Patients
Division Närsjukvård	J	Hälsocentraler	N07BB01	N07BB01 Disulfiram	2015-1	Norrbotten
Division Närsjukvård	J	PV Gemensamt	N07BB01	N07BB01 Disulfiram	2015-1	Norrbotten
Privata VC LOV	J	<Verksamhet saknas>	N07BB01	N07BB01 Disulfiram	2015-1	Norrbotten

Öppenvård, receptförskrivet och uthämtat på apotek

		2014-1		2014-2		2014-3		2015-1		2015-2
		DDD	antal individer	DDD	antal individer	DDD	antal individer	DDD	antal individer	DDD
N07BB01 disulfiram (Antabus)	totalt	19 900	177	19 500	168	18 400	161	17 976	152	15 736
	primärvård	12 800	116	11 800	107	10 800	100	10 892	93	9 104
	vuxenpsykiatri	4 800	42	5 200	39	5 100	41	4 988	45	4 156
N07BB03 akamprosat (Campral)	totalt	5 412	97	4 538	78	5 024	80	4 782	80	4 894
	primärvård	3 249	56	2 825	47	3 399	52	3 157	46	3 146
	vuxenpsykiatri	1 744	31	1 139	20	1 346	22	1 344	24	1 172
N07BB04 naltrexon (Naltrexon)	totalt	6 159	82	5 591	70	5 852	71	4 677	61	5 028
	primärvård	3 023	47	2 912	34	2 744	35	2 730	34	2 813
	vuxenpsykiatri	1 932	24	1 951	27	2 394	26	1 639	22	1 903
Antal unika patienter med F10-F109P, öppen specialist- eller primärvård 2015, Norrbotten	totalt		731		777		737		712	
	primärvård		279		275		304		270	
	vuxenpsykiatri		211		235		205		217	
	somatisk specialiserad vård		241		267		228		225	

Källa: Datalagret

naltrexon

(F10-F109P), där missbruk/beroende är en delmängd, är andelen som får dessa recept förskrivna relativt hög. Detta förstås förbehållet att patienten har diagnossatts på riktigt vis, vilket torde vara fallet vid dylik förskrivning.

Slutsatser från Expertgrupp Missbruk och beroende

- 1) Glöm inte att ta upp frågan om bruk av alkohol och droger, när tillämpligt utifrån patientens sörsak och sjukdomsbild.
- 2) Glöm inte att föreslå disulfiram, akamprosot eller naltrexon, när tillämpligt.

Högsta prio i Nationella riktlinjer, låg kostnad, och låg NNT (number needed to treat).

MATS WESTRÖM

Medicinsk sakkunnig Närsjukvården

Referenser: Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende Lakartidningen. 2014;111: CXHZ Lakartidningen.se 2014-05-19

Region	Antal DDD	Antal individer
Södermanlands län	5192	44
Östergötlands län	5200	45
Västmanlands län	500	4
Totalt	10892	93

2015-2	2015-3	
antal individer	DDD	antal individer
139	16280	139
84	8040	70
36	5348	44

84	5036	74
53	2974	39
21	1693	27
66	5551	76
38	3166	43
25	1873	25

670		698
241		297
206		205
223		196

Apotekare som stöd inom hälso- och sjukvården ökar. I Norrbotten kommer till hösten två till apotekare att finnas på plats för att stödja verksamheterna.

Klinikapotekare ger utökat läkemedelsstöd i primärvården

I många länder, exempelvis Storbritannien och USA, ingår klinikapotekaren som en naturlig del av vårdteamet kring patienten. Apotekaren kan bidra med expertrådgivning till läkare och sjuksköterskor och utgör då ett tids- och kompetensstöd. Det finns flera studier som visar på god patientnytta av att ha med apotekare i vårdteamet. I Sverige har flertalet landsting på senare år redan infört eller påbörjat införande av klinikapotekare i sjukvården, bl.a. Sörmland, Dalarna, Jönköping och Västerbotten. I Landstinget Uppsala har man sedan flera år satsat på detta och med dokumenterat gott resultat. Likaså i Region Skåne där modellen för läkemedelsberättelse utvecklades.

I Norrbotten har apotekare, i Apoteket AB's regi, sedan 1990-talet deltagit i avgränsade projekt med läkemedelsgenomgångar på kommunala äldreboenden i flera kommuner. Även på ett par av länets sjukhuskliniker har apotekare varit med i projekt genom åren. Fokus har varit nytta för patient och vårdteamet runt patienten.

År 2009 inledde Landstingets Läke-medelsenhet, tillsammans med Apoteket AB, en organiserad pilotverksamhet med klinikapotekare. Apotekare deltog i avgränsade utvecklingsprojekt

på några kliniker och resultatet av projekten blev förbättrad patientsäkerhet i läkemedelshandlingen, förbättrad läkemedelsanvändning hos patienterna och höjd kompetens hos sjuksköterskor och läkare. Klinikerna önskade fortsätta med verksamheten och augusti 2012 anställdes därför klinikapotekarna Ingrid Brännström och Eva Pettersson, av landstinget. Samverkan med klinikapotekare är fortsatt uppskattat och för tillfället har geriatriken, internmedicin och kirurgin en klinikapotekare knuten till några avdelningar.

Klinikapotekarnas uppgift består dels i att medverka i genomförandet av läkemedelsgenomgångar och dels att utgöra ett klinikorienterat strategiskt processtöd till verksamheten. Det betyder att apotekaren grundlägger och deltar i genomförandet av läkemedelsgenomgångar med rådgivning till läkaren samt rådgivning i samband med patientmöten. Apotekaren utgör även stödresurs för att förbättra klinikens läkemedelsprocesser och rutiner genom att bl.a. utbilda/informera personalen samt driva och delta i förbättringsinitiativ/projekt med fokus på säker och kostnads-effektiv läkemedelshandling.

Till hösten kommer fler

Nästa steg tas nu till hösten då ytterligare två klinikapotekare projektanställs. Apotekarna Jennie Lundström och Evelina Bernberg kommer i oktober att börja arbeta på ett antal hälsocentraler i länet med att ge tids- och kompetensstöd för läkemedelsgenomgång via läkemedelssamtal med patienter på hälsocentralen, rondverksamhet

Samverkan med klinikapotekare är fortsatt uppskattat och för tillfället har geriatriken, internmedicin och kirurgin en klinikapotekare knuten till några avdelningar.

för hemsjukvårdspatienter och patienter kommunala särskilda boenden. Evelina och Jennie kommer utöver det patientnära arbetet, även att kunna medverka till strukturerad uppföljning av exempelvis hälsocentralernas läkemedelsförskrivning. Det senare sker i samverkan med Läke-medelskommitténs informationsinsatser som planeras utökas till hösten. Så håll utkik efter apotekarna på Läke-medelsenheten, de är till för att stödja dig och din patient!

ANDERS BERGSTRÖM
Chef Läke-medelsenheten

Värna vår preventivmedelssubvention – skriv ut generika



■ Som de flesta förskrivare av preventivmedel säkert känner till rekommenderar SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) att endast preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånen ska subventioneras. I Norrbotten subventioneras fortfarande samtliga preventivmedel t o m 25 års ålder. Det är dock viktigt att vi, när det är möjligt, förskriver generika som ingår i läkemedelsförmånen istället för dyrare originalpreparat, för att hålla ned kostnaderna och värna vår unika subvention. Där det inte finns alternativ inom förmånen har vi däremot inget val i nuläget.

Originalpreparatet Neovletta ingår inte i förmånen men står fortfarande för 21 % av all förskrivning i denna grupp, trots att vi sedan 2012-2013 rekommenderat generika som ingår i förmånen, t ex Prionelle och Abelonelle. Jag tror många skriver Neovletta av gammal rutin,

eller så är man inte medveten om alternativen.

Originalpreparatet Cerazette ingår sedan 1.2.2016 inte längre i läkemedelsförmånen. Det gör däremot generika som Gestrina, Azalia och Desogestrel (med firmanamn). Om vi skriver ut generika sker byte till billigaste preparat på apoteket, men inte om vi skriver Cerazette.

Originalpreparaten Yasmin/Yaz ingår inte i förmånen. Generika från två olika företag ingår däremot nu i förmånen, Midiana/Daylette och Cleosensa/Cleonita. Dessutom finns nu i förmånen även Eloine som är identiskt med Yaz. Yasmin/Yaz står fortfarande för största delen av förskrivningen i sin grupp, vilket inte är försvarbart. Här måste vi förskriva generika, som är billigare och ingår i förmånen.

De nya östradiolbaserade Qlaira och Zoely ingår inte i

förmånen, och det finns inga generika. För de som behöver dessa preparat (totalt ca 5 %) finns alltså inget alternativ.

Hormonspiralerna Mirena och Jaydess, liksom p-staven Nexplanon ingår alla i förmånen.

P-ringen NuvaRing och p-plåstret Evra ingår inte i förmånen, och det finns inget alternativ inom förmånen. För de som behöver dessa (ca 5 % resp 2 %) finns inte heller något alternativ än originalet.

Om vi skriver ut generika som ingår i förmånen anser jag att våra chanser ökar att få behålla samtliga preparatgrupper i vår unika preventivmedelssubvention. Hela 88 % av alla som får preventivmedel inom NLL:s subvention kan idag, med rätt förskrivning, få preparat som

ingår i läkemedelsförmånen. För återstående 12 % som använder p-ring, p-plåster eller de nya östradiolbaserade p-pillren, finns inget alternativ än originalen. Med följsamhet till SKL:s rekommendation där det är möjligt, anser jag att vi har stor chans att även i framtiden få behålla subventionen även på de övriga preventivmedel som inte ingår i förmånen.

Hela 88 % av alla som får preventivmedel inom NLL:s subvention kan idag, med rätt förskrivning, få preparat som ingår i läkemedelsförmånen.

När det gäller förskrivning till kvinnor som fyllt 26 år och äldre, som själva betalar sina preventivmedel och vill ha ett dyrare originalpreparat istället för ett likvärdigt billigare, är det deras beslut.

ÅKE BERGGREN
Överläkare Mödrhälsövården

Vill du informera i Behandlingsbladet?

Redaktionen tar tacksamt emot material. linda.grahn@nll.se

 **Behandlingsbladet**

Behandlingsbladet ges ut av Norrbottens läkemedelskommitté. Redaktionen tar tacksamt emot material (helst via e-post). Vi förbehåller oss rätten att förkorta och redigera.
Ansvarig utgivare: Linda Grahn
Redaktion: Linda Grahn, linda.grahn@nll.se,
Gunnel E Vidén, gunnel@plansju.se

 NORRBOTTENS
LÄNS LANDSTING