



# Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK  
NR 2, MAJ 2019, ÅRGÅNG 22

## Innehåll

- 2 Ordföranden har ordet**
- 2 Ny ledamot i Läkemedelskommittén**
- 3 Persantin Depot avregistrerat**
- 3 Om dospåsarna slutar att komma**
- 4 Bensår – en utmaning i primärvården**
- 6 Tilläggförsäkring för off-label-förskrivning**
- 8 Solskyddsmedel och solskador**
- 10 Uppdaterad HÖK om Zypadhera**
- 11 Utlandsresa + läkemedel – vad gäller?**
- 12 Tips vid förskrivning**
- 15 Preventivmedelssubvention**
- 16 Länsdiabetesdag 2019**

Foto: iStock

## Ordföranden har ordet

Läkemedelskommittén är ute och träffar förskrivare vid regionens olika hälsocentraler årligen och några av de tips och råd som vi brukar gå ut med finns i detta nummer sammanfattat i en separat artikel. Det handlar bland annat om råd kring förskrivning av läkemedel som också finns receptfritt, korta tips kring Janusmed (tidigare kallat Janusfönster) i VAS samt i vilka undatagsfall det är lämpligt att använda sig av funktionen att på recept kryssa i ”får ej bytas”. När det gäller förskrivning av beroendeframkallande läkemedel så finns även här en del tips för att underlätta och minska risken för att läkemedlen används på ett sätt som det inte var tänkt.

Många av de patienter som får maskinellt dosdispenserade läkemedel är också i behov av hjälp med att hantera sina räkningar. Ett problem som ibland uppstår för dessa patienter är att läkemedelsfakturan inte betalas, varför dessa dospåsar till slut inte längre levereras till patienten, som således blir utan läkemedel. Vården nås inte alltid av information om att patientens läkemedel inte längre levereras. Det är svårt att avhjälpa ett problem om man inte vet att det existerar. Mer om detta i separat artikel.

Vidare är restnoteringar ett ständigt problem som vården tvingas dribbla med. Det har den senaste tiden varit en hel del

restnoteringar på läkemedel som används i stor omfattning och där det inte finns något motsvarande generiskt preparat att ta till. Jag tänker ffa på restnoteringarna av Dolcontin och Zopiklon där samtliga generiska alternativ under någon period blev restnoterade. Den myndighet som har den övergripande informationen om vilka restnoteringar som finns och när de olika läkemedlen väntas åter finnas på marknaden är Läkemedelsverket. På deras hemsida finns en Excel-fil med denna samlade information.

Ett läkemedel som en tid varit restnoterat men som numera blivit avregistrerat är Persantin Depot. Som alternativ finns Dipyridamol Alternova, vilken i kombination med acetylsalicylsyra enligt Socialstyrelsen har prio 6 som sekundärpreventiv behandling mot ny hjärninfarkt/TIA där personen inte har förmaksflimmer. Rekommendationen är numera istället att i första hand använda klopidogrel som har en högre prio.

Om man ska ut och resa så kan det vara bra att ha koll på vad som gäller angående läkemedel som man behöver ha med sig. Ofta finns information om vad som gäller på ambassaden för det land dit man ska resa och ibland behöver man även få ett intyg utfärdat från ett apotek.

Sedan är det mycket glädjande att få

meddela att ett problem som det senaste året genererat en hel del frågetecken nu äntligen fått en lösning. För ca ett år sedan aviserade man från Läkemedelsförsäkringens håll en förändring i sitt förhållningssätt vilken, i stora drag, innebar att försäkringen, för vuxna patienter, inte längre skulle omfatta skador orsakade av läkemedel som använts utanför godkänd indikation... Det har varit lite diffust exakt vad som avsågs, men hur som helst så har problemet nu fått en lösning eftersom samtliga regioner i Sverige valt att teckna en tilläggsförsäkring med LÖF (Patientförsäkringen). Således kan patienter även fortsättningsvis få en behandling med adekvata läkemedel samtidigt som de har ett försäkringsskydd.

*Slutligen vill jag passa på att önska er en härlig sommar!*

**Linda Grahn**



## Ny ledamot i Läkemedelskommittén

**■ Vi har glädjen att välkomna en ny ledamot i läkemedelskommittén, vid namn Marina Holmström. Hon är distriktsläkare vid Älvsbyns hälsocentral och nedan ger hon en kort beskrivning av sig själv.**

Jag utbildade mig till läkare på lite senare dagar, började läkarutbildningen i Uppsala 1995 vid 34 års ålder och avslutade den i Umeå januari 2001. Gjorde AT i Skellefteå med distriktsplaceringen vid Bureå vårdcentral där jag fortsatte som ST i allmänmedicin. Fick mitt specialistbevis hösten -08 då jag också började min tjänst vid Byske hälsocentral. Där stannade jag

t.o.m. oktober 2018 och fr.o.m. november 2018 har jag jobbat heltid vid Älvsbyns hälsocentral. Jobbade halvtid på båda ställena från september 2017 pga att jag ville avsluta mitt handledarskap i Byske först då min senaste adept fått sin legitimation. Redan som student var jag fackligt engagerad, har suttit med i styrelsen för Corpus i Umeå och senare som ledamot i VLF's och DLF Västerbottens styrelser. Avslutade detta för ca 10 år sedan då jag tog på mig MLA-rollen i Byske, vilken jag hade ända tills jag slutade där. Senaste åren i Byske arbetade jag mycket med hemsjukvården och SÄBO och tillsammans med kommunen införde vi NVP på SÄBO. Men på en liten

hälsocentral med låg bemanning var jag inkopplad på det mesta, hade ansvaret för BVC och var med om att bygga upp en familjecentral i Byske. Handledning för kandidater, AT och ST är en uppgift jag haft bland många andra. Min ambition i yrket som distriktsläkare är att alltid sätta fokus på patienten jag har framför mig och verka för att vården jag tillhandahåller ska vara så patientsäker som möjligt. Etiska frågor står högt på agendan.



**Marina Holmström**

# Persantin Depot avregistrerat

Många läkare har märkt att dipyridamol inte längre går att få tag på från apoteken. Persantin Depot (dipyridamol) och Asasantin Retard (dipyridamol + acetylsalicylsyra) har försvunnit från den svenska marknaden. Dipyridamol Alternova depotkapsel 200 mg, som motsvarar Persantin Depot 200 mg, finns dock kvar på marknaden. Denna har nyligen varit restnoterad under en period, men ska enligt tillverkaren nu finnas tillgänglig igen. I fall restsituation åter uppkommer rekommenderas förskrivare att vända sig till ett apotek för att få information om tillgänglighet.

Det är många patienter som har en kombination av acetylsalicylsyra och dipyridamol som sekundärpreventiv behandling mot ny hjärninfarkt/TIA där personen inte har förmaksflimmer. Denna kombination har i Socialstyrelsens riktlinjer prio 6. Orsaken är att kombinationen, trots att den kan ha en liten positiv effekt på återinsjuknande i stroke, i jämförelse med acetylsalicylsyra i monoterapi, har mer biverkningar i form av huvudvärk, en sämre följsamhet och är dyrare än monoterapi.

Bland stroläkare är det nu vanligast att man ordinerar enbart klopidogrel

75 mg x 1 vid nyinsättning. Om det finns anledningar att inte använda klopidogrel är alternativet acetylsalicylsyra 75 mg ensamt. Socialstyrelsen anger prio 3 för ensam behandling med antingen klopidogrel eller acetylsalicylsyra vid ischemisk stroke eller TIA utan förmaksflimmer.

**Johan Niklasson**  
Ordförande i strokeexpertgruppen

## Om dospåsarna slutar att komma

**Patienter med dosdispenserade läkemedel har det ofta av den anledningen att de inte kan hantera sina läkemedel själva utan behöver hjälp med detta, därav dospåsarna. Många av dessa patienter behöver även hjälp med att betala räkningarna, antingen av en släkting/närstående som tar hand om detta eller av en god man. Vad händer då om dessa räkningar från dosapoteket, av någon anledning, inte betalas?**

Inför att en patient ska börja få sina läkemedel maskinellt dosdispenserade från ett dosapotek görs en kreditprövning. För att kunna få maskinellt dosdispenserade läkemedel är det en förutsättning att denna kreditprövning går igenom och att man kan betala sina läkemedel via en faktura. Om kreditprövningen inte går igenom kommer patienten inte att kunna börja med maskinellt dosdispenserade läkemedel.

Om fakturan på läkemedel från dosapoteket inte betalas kommer dosapoteket att skicka ut ett varningsbrev till patientens folkbokföringsadress och till den person som är angiven i Pascal. Det är således av stor vikt att dessa uppgifter är uppdaterade. En månad efter förfallodatum går fakturan till inkasso och dosleveranserna stoppas i väntan på betalning. Detta kan givetvis leda

till mycket allvarliga konsekvenser och i värsta fall dödsfall, eftersom patienten blir utan sina läkemedel. När betalning har skett och PayEx registrerat att pengarna kommit in hävs kreditspärren (tar mellan 3-6 bankdagar beroende på hur betalning skett) och dosleveranserna startas till nästa ordinarie leverans. Om en tidigare rulle önskas kan det beställas av vårdpersonalen.

En svårighet i detta sammanhang är i de fall ingen inom sjukvården får information om att patienten inte längre kommer att få sina läkemedel i dospåsar. För en patient som bor på ett äldreboende där personalen har koll på patientens läkemedel så fångas det snabbt upp om patienten inte får sina läkemedel som beräknat. Även för patienter som bor hemma med hemsjukvård så finns kommunal personal som kan se och agera om patientens läkemedel uteblir, men för de patienter som klarar att bo hemma och inte är hemsjukvårdspatienter så kan det vara så illa att det inte finns någon som kan fånga upp detta problem.

För att säkerställa att personal inom sjukvården får del av varningsbrevet kan man, enligt uppgift från Svensk dos, i Pascal ange namnet på en hälsocentral så att påminnelsen även kommer dit.

Om det är problem med en patients betalningar av läkemedelsfakturorna och patienten har en kreditspärr måste



Foto: Scandinarv

läkemedlen betalas i samband med att de hämtas ut från ett apotek. Ett alternativ kan då vara att förskrivaren skriver vanliga recept där läkemedlen betalas i samband med uthämtning från ett öppenvårdsapotek, varefter exempelvis en sjuksköterska delar patientens läkemedel i dosett. Detta är givetvis ingen optimal lösning, men kan vara ett alternativ om patienten inte längre kan få sina läkemedel maskinellt dosdispenserade.

För patienter som inte har pengar att hämta ut sina läkemedel på apotek så blir det en fråga för socialtjänsten att avgöra om patienten har rätt att få ersättning därifrån för att kunna hämta ut sina läkemedel.

**Linda Grahn**  
Källa: Svensk dos

# Bensår – en utmaning i primärvården

**Svårläkta bensår utsätter den drabbade patienten för ett stort lidande. Grunden till god behandling är att behandla orsaken till såret, vilket i sin tur ställer krav på att rätt diagnos ställs. Det är viktigt med lämpliga omläggingsmaterial, täta kliniska kontroller, ödembehandling och eliminering av andra läkningshämmande faktorer. Om klar förbättring inte ses inom 2-4 veckors behandling bör diagnosen och/eller behandlingen omprövas. Alla bensår är koloniserade av bakterier och i många fall även av svamp. Antibiotika ska bara användas ifall tecken till invasiv infektion finns. Utan tecken på invasiv infektion gör antibiotika ingen nytta i sårbehandlingen.**

■ Till bensår räknas alla sår som finns på fötter eller underben. Svårläkta sår är sår som inte har läkt inom 6 veckor.

I Norrbotten har vi HÖK Bensår och HÖK Trycksår, en överenskommelse mellan primärvård och Hudkliniken Sunderbyn, som är vägledning i behandling, remittering mm. HÖK-arna är de som gäller i första hand när man vill remittera eller har frågor/funderingar kring behandlingen.

Det finns ett flertal klassificeringar av svårläkta sår, men man kan dela in dem i sju grupper:

- Venösa sår
- Arteriella sår
- Blandsår
- Diabetessår
- Trycksår
- Tumörsår
- Övriga sår

**Venösa sår** är den vanligaste bensår-diagnosen och beror på venös insufficiens. Kontrollera Ankel/Arm Index (AAI) för att utesluta arteriell insufficiens. Ödem och eksem är vanligt och det är viktigt att de behandlas för att uppnå läkning. Rätt kompression är den viktigaste behandlingen. Så länge det finns sår, ska det lindas 2-3 gånger per vecka beroende på sårets storlek. Bindorna ska inte tas av mellan behandlingarna. Duschstövel kan köpas på apoteket. Benet ska vara lindat 1-2 månader efter att såret är läkt. Efteråt rekommenderas att patienten fortsätter med kompressionsstrumpa klass 1 livet ut (även på sommaren!).

**Arteriella sår** beror på dåligt arteriellt flöde orsakat av aterosklerotiska förändringar i stora och mellanstora artärer. Kärllirurgisk

konsult rekommenderas starkt eftersom ingrepp ofta är nödvändigt. Såret brukar vara bra avgränsat och djupt. Det är viktigt att behandla riskfaktorer för ateroskleros (rökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes).

**Blandsår** är sår som har både arteriell och venös komponent. Behandlingen kan vara utmanande och det är inte alltid så lätt att hitta balansen. Behandlingen styrs av vilken komponent som dominerar och interdisciplinär behandling och samarbete är av stor vikt.

**Diabetessår** är ofta en blandning av arteriellt och neuropatisk sår. Vid behandling av sår hos patienter som har diabetes måste man vara mer uppmärksam och om man inte märker en klar förbättring inom 2-3 veckor bör behandlingen och vårdnivån omprövas (eventuellt remiss till fotvårdsmottagningen). Tecken på infektion behandlas med systemisk antibiotika (peroral eller iv behandling). Denna typ av sår är speciell och täcks inte i denna artikel. En HÖK avseende diabetesfotsår är på gång.

**Trycksår** beror på störning i blodtillförseln till området, orsakad av tryck, friktion, skjuv (förskjutning av huden mot underliggande vävnad) eller en kombination av dessa. Vid behandling av trycksår är det viktigt att tänka på avlastning av området och gott nutritionstillstånd. Utbildning av personalen för att identifiera trycksår kategori 1 är mycket viktig. I kategori 1 är huden intakt, med rodnad som inte bleknar vid tryck. Detta kan man se om man trycker med någonting genomskinligt (plastspatel, en bit av en genomskinlig plastpåse mm). Avlastning är den viktigaste behandlingen.

Vid frågor avseende avlastningsmaterial kan kontakt tas med trycksårssjuksköterska som finns på Hudmottagningen i Sunderbyn.

**Tumörsår** Vanligaste typen av hudtumör är basaliom, därefter kommer skivepitelcancer. Det kan också finnas andra varianter, till exempel malignt melanom. Ta stansbiopsi när du ser att såret inte läker som det ska eller vissa områden av såret betar sig annorlunda än resten av såret. Ibland måste man ta multipla biopsier från olika områden av såret.

**Övriga sår** Till övriga sår klassas sår som inte är inkluderade i de ovan nämnda kategorierna. Dessa sår har ofta olika etiologier. Här hittar vi till exempel vaskulitsår, giktsår, pyoderma gangrenosum mm.

Sårets etiologi avgör behandlingen och därför är rätt diagnos viktig för att patienten ska få rätt behandling. **Bästa behandlingen är att förebygga bensår.** Identifiera riskpatienterna och sätt in åtgärder.

## Att tänka på

För optimal sårsläckning krävs tillräcklig cirkulation, nervförsörjning, bra immunförsvar samt proteinrik näring. Andra sjukdomar och läkemedel (t ex steroider) kan påverka läkningsprocessen negativt. Smärta skall värderas och behandlas på ett adekvat sätt.

Behandling av bakomliggande orsak och eliminering av läkningshämmande faktorer är nyckeln till en lyckad behandling. Det är inte alltid lätt att uppnå.

Det är viktigt att behandla ödem, då ödemet är den viktigaste läkningshämmande faktorn vid venös insufficiens. Vid arteriell och venös insufficiens avgörs ödembehandlingen av läkare beroende på graden av arteriell insufficiens. Mikroödem är inte alltid synligt för ögat men viktigt att behandla.

Påbörja inte kompressionsbehandling utan att utföra Ankel/Arm Index (AAI), se tabell. Kompressionsbehandling anpassas till arteriell cirkulation.

**Tabell. Referensvärden för Ankel/Arm Index (AAI)**

AAI	Arteriell cirkulation
>1,4	Ofta stela kärl med risk för falskt högt ankeltryck
>0,9-1,4	Normal cirkulation
0,8-0,9	Måttligt sänkt cirkulation
0,5-0,7	Betydande arteriell insufficiens
≤0,5	Kritisk ischemi

Att vara fysiskt aktiv är också en viktig del av behandlingen. Genom att vara fysiskt aktiv aktiveras muskelpumpen och transporten av vätskan från benen underlättas. Kosten är viktig för sårhäkning. Man behöver ökad proteinmängd i kosten och ofta kan man uppnå detta genom att sätta dubbelt pålägg på mackan.

Behandla eksem med steroidkräm grupp II-III under 1-2 veckor. Vanligast är venöst eksem alternativt kontaktallergiskt eksem.

Undvik för täta omläggningar. Efter omläggning hämmas sårets läkningsprocess i 1-2 dagar innan det börjar läka igen. Vanligtvis, med lämpligt material, är det tillräckligt med 1-2 omläggningar/vecka. Tätare omläggningar kan behövas vid nekros (ej torr nekros), sårinfektion, biofilm, uppstart av behandlingen eller kraftigt vätskande sår. Användning av omläggningsmaterial som är inte anpassat för den typ av sår som behandlas kan kräva tätare omläggningar.

Vid rätt behandling av bensår ska man se en klar förbättring inom 2-4 veckor. Tänk annars på att ompröva diagnosen och/eller behandlingen.

### Bakterier och antibiotika

Alla svårsläta sår är koloniserade av bakterier och i många fall även av svamp. Vanliga odlingsfynd är Staphylococcus aureus, pseudomonas och koliforma bakterier. Bensår ska inte behandlas i första hand med antibiotika, utan med lämpliga omläggningsmaterial, tätare kliniska kontroller och ödembehandling.

Använd alternativa metoder, som antiseptiska sårvårdsprodukter, för att minska kolonisering av bakterier. I första hand rekommenderas Iodosorb (VIKTIGT:

Se hela patienten, inte bara såret. Glöm inte påverkan på sociala nätverk, depression (*varför blev det jag, jag vill inte ha det mer, jag orkar inte mer...*), isolering (*det vätskar, det luktar, det gör ont...*), ekonomisk påverkan (*resor, besök, material mm*) mm.

Inte till patienter som har allergi mot jod). PHMB (PolyHexaMethylene-Biguanide), t ex Prontosan, kan man använda enbart om man ser tydligt tecken på biofilm. På marknaden finns också andra produkter, men de används enbart i undantagsfall, t ex Aquacel Ag (silver). Medicinsk honung i diverse varianter finns också på marknaden, detta nämns enbart för kännedom. Rekommenderat är att titta i hudklinikens grundsortiment för bensårsbehandling som hittas via nllplus.se, allmänläkarkonsulterna (ALK), område hud. Till exempel kan man för Pseudomonas aeruginosa (bandaget brukar vara grönt/blått) använda Iodosorb under 7-10 dagar (enligt lakemedelsboken.se) eller ättiksyrelösning 5 mg/ml (enligt vardhandboken.se).

Antibiotikabehandling vid bensår rekommenderas enbart om det finns tecken på invasiv infektion och då ser man rodnad som sprider sig, ökad smärta, värmeökning samt ökad sekretion. Utan tecken på invasiv infektion är antibiotikabehandlingen mer skadlig och gör ingen nytta i sårbehandlingen. Antibiotikabehandling läker inte

såret om försämringsfaktorer inte behandlas!

Viss sekretion, rodnad och svullnad runt såret är en del av det inflammatoriska svaret, bör betraktas som normalt och brukar förbättras vid adekvat kompressionsbehandling.

Odling rekommenderas enbart om utebliven förväntad effekt vid behandling med antibiotika.

Ibland kan det vara svårt att skilja mellan eksem och infektion, då rekommenderas tätare kontroller och en fördjupad anamnes.

Stor tack till alla kollegor och medarbetare för hjälpen med denna artikel.

Informationen som är presenterad här är en blandning från olika resurser och klinisk erfarenhet. Fel kan finnas och därför rekommenderas att dubbelkontrollera före man använder information från artikeln i praktiken! Nästan alltid finns en till studie/artikel som säger tvärtom.

**Francisc Masec**  
Specialist i allmänmedicin, ALK Hud

### Bra att läsa och mer information

- Hudklinikens hemsida på Region Norrbottens intranät <http://insidan.nll.se/Vardens-arbetsatt/Specialistsjukvard/Hud-och-kon/>
- HÖK Bensår samt Grundsortiment, bensårsbehandling. Region Norrbotten, [NLLplus.se](http://nllplus.se), ALK –Hud <https://www.nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Vardrutiner/ALK1/HUD/>
- Vårdhandboken – Hud och sår. Sveriges regioner och kommuner. <https://www.vardhandboken.se/ward-och-behandling/hud-och-sar/>
- Rikssår. [www.rikssar.se](http://www.rikssar.se)
- Sårsmart (utbildning). STRAMA, SKL. [www.sarsmart.se](http://www.sarsmart.se)
- Svårsläta sår – när behöver antibiotika ordinerar? (utbildning). [www.strama.se](http://www.strama.se) – Filmer och webbutbildningar – Utbildning- och informationsfilmer
- Sårwebben. Västra Götalandsregionen. <https://www.vgregion.se/s/skaraborgs-sjukhus/vardgivare/sarwebben/>
- Lakemedelsboken. Lakemedelsverket. [www.lakemedelsboken.se](http://www.lakemedelsboken.se)



## Tilläggsförsäkring för off-label-förskrivning

Det har under en tid funnits många frågetecken vid förskrivning av läkemedel off-label till vuxna patienter angående om det finns någon försäkring som gäller ifall patienten skulle drabbas av en skada av läkemedlet. En del läkemedelsföretag har varit ute till värden för att informera förskrivarna om riskerna med att patienterna blir oförsäkrade ifall läkaren förskriver ett läkemedel utanför den godkända indikationen. Frågan har nu äntligen lösts i och med att samtliga regioner i Sverige tecknat en tilläggsförsäkring med LÖF (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag). Tilläggsförsäkringen gäller retroaktivt från 1 januari 2019 och innebär att patienter även fortsättningsvis kan få behandling med adekvata läkemedel samtidigt som de har ett försäkringsskydd.

■ All läkemedelsbehandling kan innebära en risk för biverkningar av olika svårighetsgrad.

Läkemedelsförsäkringen, en frivillig överenskommelse mellan de flesta i Sverige verksamma läkemedelsföretag, är till för att pröva och ersätta läkemedelsskador som uppkommit genom användning av läkemedel. I varje läkemedels FASS-text anges om läkemedlet omfattas av Läkemedelsförsäkringen eller inte.

En patient som anser sig ha blivit skadad av ett läkemedel har rätt att vända sig till Läkemedelsförsäkringen för att få sin sak prövad. Om utredningen

konstaterar godkänd läkemedelsskada kan anmälaren få ersättning. En förutsättning är att läkemedelsföretaget är anslutet till Läkemedelsförsäkringen samt att läkemedlet är köpt från ett i Sverige av Läkemedelsverket godkänt apotek/butik med tillstånd att sälja läkemedel. Försäkringen omfattar även läkemedel inköpta över internet så länge internetföretaget har ett tillstånd från Läkemedelsverket. Patienten behöver således inte teckna någon egen försäkring utan omfattas under förutsättning att kriterierna för Läkemedelsförsäkringen uppfylls.

Läkemedelsförsäkringen aviserade i

början av 2018 en förändring i sitt förhållningssätt gällande förskrivning av läkemedel utanför godkänd indikation, då man ansåg att det gjort deras bedömningar svårare i och med att det blivit vanligare med mer eller mindre generella rekommendationer om att använda läkemedel utanför indikationen. Försäkringen skulle således inte längre omfatta skador orsakade av läkemedel som använts utanför godkänd indikation som kan antas ha sin upprinnelse i generella rekommendationer från myndigheter eller sjukvården, om inte Läkemedelsverket tagit ställning till och funnit att en positiv risk/nyttabalans föreligger. Förändringen i förhållningssättet gäller inte vid förskrivning till barn, utan barn som drabbas av läkemedelsskador från läkemedel förskrivna utanför godkänd indikation omfattas även fortsättningsvis av Läkemedelsförsäkringen.

Dokumenterad vetenskap och beprövad erfarenhet ska ligga till grund för behandlingar och rekommendationer, oavsett om det gäller en godkänd indikation eller handlar om off-label förskrivning. Förskrivning utanför godkänd indikation behövs i vissa fall för att möjliggöra att

patienterna får en adekvat läkemedelsbehandling. Behandlingen sker alltid på läkarens ansvar. Situationen som uppstod, till följd av inskränkt försäkringsskydd, kan medföra att patienter riskerar att gå miste om värdefull behandling eller vara oförsäkrade under behandlingen.

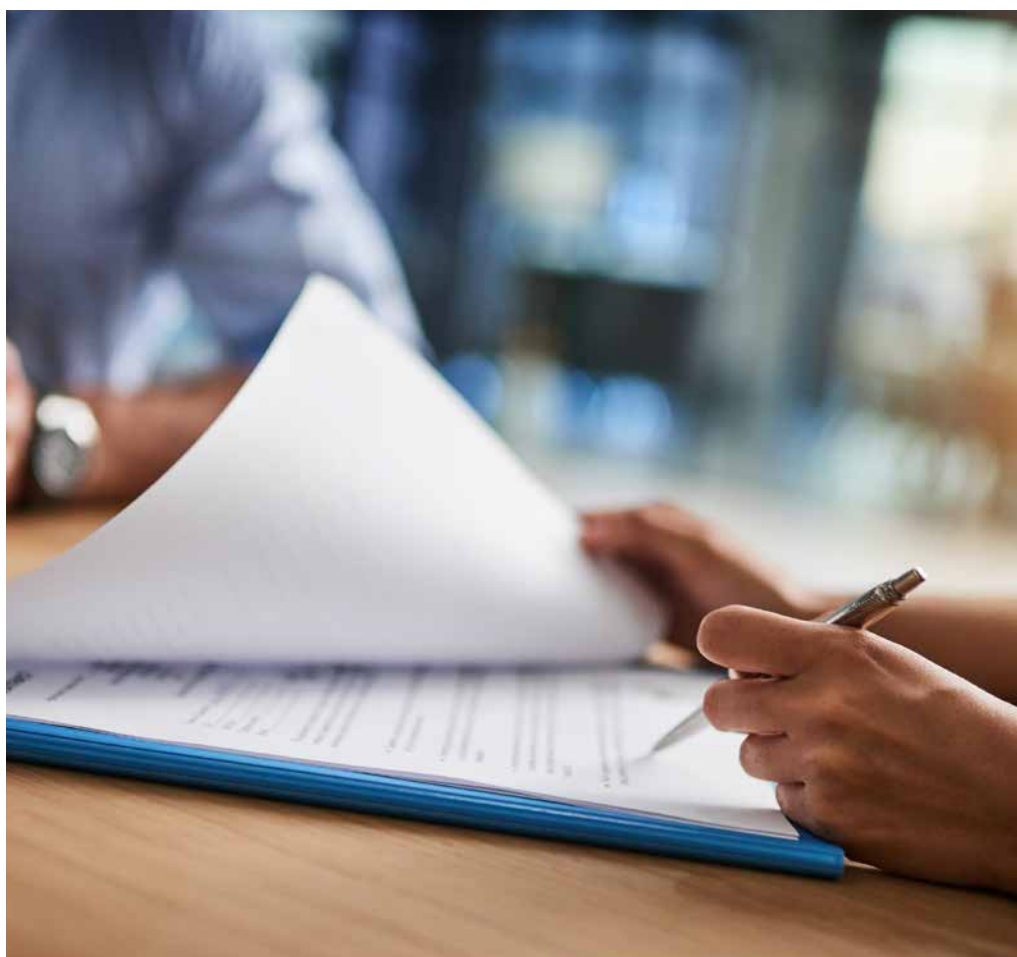
Patientsäkerhetslagen (2010:659) säger att Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Läkemedelskommittéerna i Sverige har ett lagstadgat uppdrag att genom rekommendationer grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning. Det innebär att all tillgänglig vetenskap och erfarenhet kan vägas in i beslut om rekommendationer oavsett om läkemedelsföretagen ansökt om en viss indikation eller inte.

I och med att Läkemedelsförsäkringen beslutat att inte längre ersätta vuxna patienter som drabbats av läkemedelsskada vid off-label-förskrivning uppstod frågetecken, förvirring och en osäkerhet kring hur vården skulle agera. En del läkemedelsföretag har varit i kontakt med vården för att informera förskrivare om riskerna med att patienterna blir oförsäkrade ifall ett läkemedel förskrivs utanför godkänd indikation. Denna ”skrämselpropaganda” från vissa läkemedelsföretag är mycket olycklig i sammanhanget då det kan innebära att patienter inte får den behandling som de är i behov av.

Denna fråga har därefter diskuterats bland annat inom LOK (nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer), SKL, LÖF, Regiondirektörernas nätverk och på många andra håll inom vården i hopp om att hitta en lösning på problemet. Det har funnits två parallella spår, det ena att få till en försäkringslösning som omfattar off-label-förskrivning, och det andra att Läkemedelsverket ska få ett regeringsuppdrag för att utföra en risk/nytta-analys för läkemedel som används off-label.

Läkemedelsverket utför idag, på begäran från läkemedelsföretag, risk/nytta-analys för läkemedel vid behandling av ett visst tillstånd och om risk/nytta-balansen bedöms vara positiv beviljas indikation. Denna analys utförs endast på begäran från ett läkemedelsföretag.

Vid användning av ett läkemedel



utanför den godkända indikation räknas det som ”off-label”, oavsett hur starkt stöd behandlingen har i form av vetenskaplig dokumentation och beprövad klinisk erfarenhet. Det kan således handla om en etablerad behandling som använts under lång tid.

Regeringen gav i april i år Läkemedelsverket i uppdrag att, inom ett pilotprojekt, bedöma nyttan och risken av ett läkemedel som ordinerats utanför godkänd indikation. Pilotprojektet ska avse ett läkemedel där Läkemedelsverket bedömer att utvärderingsbehovet är särskilt stort och utgå från metoder för evidensvärdering. Det troliga är att pilotprojektet kommer att avse rituximab, men det återstår att se. I uppdraget ingår även bland annat att föreslå en lämplig process för nominering av off-label läkemedel som företrädare för hälso- och sjukvården identifierat.

Problemet med att patienter riskerat vara oförsäkrade under sin läkemedelsbehandling har nu således äntligen fått en lösning i och med att en tilläggförsäkring från LÖF, för skador orsakade av läkemedelsanvändning

utanför godkänd indikation, tagits i bruk efter att alla regioner tecknat denna försäkring. Det innebär att LÖF kommer att börja reglera anmälningar från patienter över 18 år där Läkemedelsförsäkringen från den 1 januari i år avböjt och inte lämnat ersättning för skadan på grund av att skadan kan antas ha sin upprinnelse i en generell rekommendation från myndighet eller hälso- och sjukvården om användning av läkemedel utanför godkänd indikation, där Läkemedelsverket ännu inte tagit ställning till om det föreligger en positiv risk/nytta balans av aktuellt läkemedel. Med den nya försäkringslösningen för läkemedel utanför godkänd indikation får alla patienter ett likvärdigt försäkringsskydd oavsett vilket sjukdomstillstånd de har eller vilka läkemedel de behandlas med.

**Linda Grahn**

**Källa:** [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)  
(regeringsuppdrag till Läkemedelsverket)

# Solskyddsmedel och solskador

**Sommaren är i antågande. Efter en lång och mörk vinter värmer solen äntligen vår hud igen. Solen är älskad, men också farlig. Våra solvanor är troligtvis den främsta anledningen till att allt fler drabbas av hudcancer. Trots att de flesta känner till riskerna med solen är det många som bränner sig och få som skyddar sig tillräckligt bra. Det kan också vara bra att ha i åtanke att vissa läkemedel gör huden extra solkänslig och därmed kan orsaka fotodermatoser.**

■ Hudcancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Varje år upptäcks ca 60.000 nya fall. Under många år har den farligaste formen av hudcancer, malignt melanom, ökat i Sverige. År 2016 diagnostiserades i vårt land ca 4.000 nya fall av malignt melanom. Troligtvis är det våra solvanor som är den största orsaken till att allt fler drabbas av cancer.

Enligt Strålsäkerhetsmyndighetens undersökning, som görs tillsammans med Statistiska Centralbyrån (SCB), känner svenskarna till riskerna med att sola och har kunskap om hur man skyddar sig mot solen. Trots detta är det ändå många som bränner sig och få som skyddar sig tillräckligt bra.

## Att skydda sig mot solen

Om möjligt bör man använda kläder som skydd mot solen. Oskyddad hud smörjs in med solskyddsmedel. När solen lyser som starkast mitt på dagen, mellan kl 11-15, är extra viktigt att i möjligaste mån undvika solen eller skydda sig på adekvat sätt. Tänk på att små barn, men även större barn och ungdomar, är extra känsliga för solen.

Solskyddsmedel bör smörjas in innan man går ut i solen, så att man har ett skydd redan från början. Det är sedan viktigt att upprepa insmörjningen under dagen, t ex efter bad eller handdukstorkning. Det vanligaste felet man gör är att man använder för lite solskyddsmedel. Uppskattningsvis behöver man smörja in ca 35 gram, vilket motsvarar ca två matskedar, solskyddsmedel för att skydda hela kroppen på en vuxen person med normalstor kroppsbyggnad.

## UV-strålning och UV-filer

Alla sorter UV-strålning, inklusive strålningen i solarier, är klassad som cancerframkallande för människor i den högsta riskkategorin (klass 1). Det finns tre grupper av UV-strålning: UVA, UVB och UVC. UVC når aldrig jordytan eftersom den absorberas av atmosfären, men både UVA och UVB når jordytan och kan orsaka cancer.

Det är därför viktigt att solskyddsmedel skyddar mot både UVA och UVB.

Solskyddsmedel innehåller olika typer av UV-filer. Fysikaliska filter, som t ex titandioxid och zinkoxid, består av små partiklar som reflekterar bort UV-strålningen, medan kemiska filter istället absorberar UV-strålningen och sedan, via kemisk reaktion, omvandlar den till oskadlig strålning. För att uppnå tillräckligt skydd mot både UVA och UVB behövs ofta en kombination av olika filter.

Som hjälp till konsumenterna har EU-kommissionen tillsammans med branschen tagit fram en symbol, figur 1. Märkning med denna symbol visar att produkten har tillräckligt med skydd mot UVA-strålning (som ska vara minst 1/3 av skyddet mot UVB-strålning). Symbolen är frivillig att använda, men Läkemedelsverket uppmanar företagen att använda denna för tydlighet mot konsumenterna.



Figur 1. Symbolen indikerar att produkten har tillräckligt skydd mot UVA-strålning (samt indirekt även mot UVB-strålning)



Foto: iStock



### Krav på solskyddsprodukter

Märkningen av solskyddsprodukter ska informera om vilken skyddseffekt produkten har, med uppgift om både solskyddsfaktor (SPF) och skyddskategori, figur 2. Enligt EU-kommissionens solskyddsrekommendation är SPF 6 minimum. Märkningen ska också ge konsumenten instruktioner om hur produkten ska användas samt innehålla varningstexter för överdriven solexponering.

Solskyddsprodukter måste vara testade för att bevisa att de faktiskt ger det skydd som förväntas, t ex grad av skydd mot UVA/UVB samt, om de marknadsförs som vattenresistenta, att produkterna fortfarande skyddar efter upprepade bad.

Kategori	Solskyddsfaktor (SPF)
Lågt skydd	6-10
Medelhögt skydd	15-25
Högt skydd	30-50
Mycket högt skydd	50+

Tabell 1. Skyddskategorier och SPF-intervall som ska visa solskyddsmedels effektivitet och som bör framgå i märkningen av solskyddsmedel.

### Lindra solskada

Om huden blivit bränd av solen – undvik solen under några dagar så att huden får vila och kan läka. Kyl huden med t ex kallt vatten, Kylbalsam eller en fuktgivande lotion. Vid klåda/sveda eller solexsem kan receptfri hydrokortisonkräm användas.

### Fotodermatoser av läkemedel

Läkemedel kan göra huden solkänslig och orsaka fotodermatoser, som kan vara antingen fototoxiska eller fotoallergiska. Båda typerna drabbar de delar av huden som kommit i kontakt med solen. Det allergiska utslaget kräver en tidigare sensibilisering, kommer lite senare än det fototoxiska (inom

### Exempel på systemiskt verkande läkemedel som kan ge:

#### Fototoxiska reaktioner

##### Antimikrobiella läkemedel

doxycyklin  
ciprofloxacin  
levofloxacin  
vorikonazol

##### Diuretika

furosemid  
hydroklortiazid

##### NSAID

ketoprofen  
naproxen

##### Övrigt

retinoider  
kalciumflödeshämmare

##### Antimalariamedel (både fototoxiska och fotoallergiska reaktioner)

klorokin  
hydroxiklorokin

#### Fotoallergiska reaktioner

##### Antimikrobiella läkemedel

kloramfenikol  
(endast godkänt som ögondroppar)

##### Svavelhaltiga läkemedel

hydroklortiazid  
sulfametoxazol  
sulfonureider

##### NSAID

piroxikam  
celecoxib

##### Övrigt

ranitidin

Tabell 2. Exempel på systemiska läkemedel som kan ge fototoxiska och fotoallergiska reaktioner.

timmar till dagar istället för inom minuter till timmar) och har till skillnad från det toxiska viss tendens till att sekundärt spridas till icke solbelyst hud samt kan vara mer eksemlikt. Fototoxisk reaktion är den vanligaste och liknar en förstärkt solbränna. Då aktionsspektrumet oftast är inom UVA-området utgör solljus genom fönsterglas, såsom bilrutor, också en risk.

Se figur 3 för exempel på systemiskt verkande läkemedel som kan ge fotodermatoser. Till exempel är tetracykliner kända för att vara fotosensibiliserande. Enligt klinisk erfarenhet har lymecyklin lägre fotosensibiliserande risk än doxycyklin, varför den vanligtvis föredras under sommarhalvåret. Det är dock ändå viktigt att undvika solarium, att solbada med försiktighet samt att använda potenta solskyddsmedel i rätt mängd under behandling med lymecyklin.

Andra läkemedel där den fotosensibiliserande effekten är välbekant är till exempel ciprofloxacin, hydroklortiazid och naproxen, däremot är det mindre känt att terbinafin (Lamisil) är det.

Även lokalt applicerade läkemedel kan ge fotodermatoser, t ex geler med ketoprofen, ibuprofen eller diklofenak för topikal användning. Observera att solkänsligheten i huden kvarstår en tid efter att man slutat att smörja med gelen och att man därför bör undvika direkt solljus och solarium även minst två veckor efter avslutad behandling.

Behandlingen består i att om möjligt ta bort det fotosensibiliserande läkemedlet och behandla med lokala steroider. Det är också viktigt att skydda huden mot sol, främst med hjälp av kläder. Solskyddsmedel med hög SPF kan också användas, men kan ha begränsad effekt på läkemedelsorsakad solljusöverkänslighet. Man bör också vara observant på att allergi mot solkrämer, vilket är ovanligt i normalbefolkningen, är betydligt vanligare hos personer som misstänks ha fotodermatos.

#### Källor

- Strålsäkerhetsmyndigheten
- Läkemedelsverket
- Maria Palmetun Ekbäck. Tak bör ej tjäras i starkt solsen. Rapport om läkemedel, Läkemedelskommittén i Region Örebro län, nr 214, juni 2018

Jennie Lundström

# Uppdaterad HÖK om Zypadhera

**Zypadhera har en mycket ovanlig biverkan, postinjektionssyndrom, kännetecknat av trötthet och förvirring, vilken kan uppkomma de första 1-3 timmarna efter injektion av preparatet och hanteras genom god omvårdnad. Psykiatrin länsgemensamt i Öjebyn har en omfattande erfarenhet av dessa injektioner och tillsammans med global erfarenhet från studier kan man konstatera att postinjektionssyndrom är betydligt mindre farligt än först befarat.**

Olanzapinamoat (Zypadhera®) är ett potent andra generationens antipsykotiskt läkemedel som ges i injektionsform oftast varannan till var fjärde vecka vid främst allvarlig psykiatrisk sjukdom (vardagligt psykossjukdom). Liksom för andra nyare antipsykotiska läkemedel är biverkningar bland annat hjärt-kärlpåverkan och viktuppgång. Just för detta preparat finns även en mycket ovanlig biverkan som kallas för postinjektionssyndrom, som kännetecknas av trötthet och förvirring. Symptomen inträffar nästan alltid inom den första men annars inom de första tre timmarna. Symptomen består från ett par timmar upp till ett dygn, eller i ännu sällsyntare fall ytterligare något längre. Vid uppkommet postinjektionssyndrom är det framför allt viktigt med god omvårdnad, som främst består i att patienten ges möjlighet att sova, och att man undviker att patienten råkar ramla eller liknande. På grund av risken för postinjektionssyndrom har

läkemedelstillverkaren bestämt att man ska tillämpa en observationstid på tre timmar efter att man har givit en injektion med Zypadhera.

När preparatet var nytt gavs injektioner nästan uteslutande på psykiatriska kliniker, där Psykiatrin länsgemensamt ("Rättspsyk") i Öjebyn var tidigt ute och har samlat omfattande erfarenhet av injektionsförfarandet. Incidensen av postinjektionssyndrom är mycket låg (mindre än 0,1 procent av alla injektioner), men på grund av det stora antalet injektioner som givits i Öjebyn har man ändå en del erfarenhet från postinjektionssyndrom. Tillsammans med erfarenhet globalt från publicerade studier kan man konstatera att postinjektionssyndrom är betydligt mindre farligt än man först befarade. Inga dödsfall har rapporterats.

Eftersom patienter som behandlas med olanzapinamoat (Zypadhera) finns över hela Region Norrbottens utbredningsområde är det önskvärt att injektionsgivandet kan ske i patientens närområde (enligt närhetsprincipen). Därför har psykiatrin och primärvården via Allmänläkarkonsulterna (ALK) enats om en uppdaterad handlingsöverenskommelse (HÖK) angående Zypadhera, där man rekommenderar att injektioner kan ges även på hälsocentraler (och om möjligt gärna även på kommunala boenden i den mån patienten vistas där). Detta görs redan på vissa hälsocentraler, och det finns flera exempel på att man anser att det fungerar bra. En invändning har varit att

möjligheten att observera patienter i flera timmar är begränsade. Det behövs dock inte en kontinuerlig övervakning av patienten, utan det är tillräckligt att patienten tittas till då och då, och kan meddela sig själv på något sätt. Att uppmärksamma en patient som drabbats av ett postinjektionssyndrom kräver oftast inte kvalificerad sjukvårdsutbildning, det är sådant som även till exempel medpatienter, receptionist och patienten själv troligen upptäcker. Observationstiden är tre timmar, men risken är störst första timmen, så om möjligt kan man försöka titta till patienten lite oftare då.

Postinjektionssyndrom är som sagt mycket ovanligt. Även om en hälsocentral skulle ha tio patienter som regelbundet får denna behandling innebär den låga incidensen att man kan förvänta sig mindre än ett fall med postinjektionssyndrom vart tionde år på en hälsocentral. Troligen inträffar betydligt fler och allvarligare incidenter i väntrum på hälsocentralerna av andra orsaker.

Om man trots allt uppmärksammar ett misstänkt postinjektionssyndrom är det av omvårdnadsskäl lämpligt att patienten skickas in till en sjukvårdsinrättning med inläggande vårdplatser, men det krävs sällan mer omfattande vårdinsatser än så.

Den uppdaterade HÖK:en om Zypadhera skrevs under i mars 2019. Den finns länkad på Allmänläkarkonsulternas sida på nllplus.se. Arbetet har även presenterats på senaste ALK-dagarna.

Avsikten är att Zypadhera nu ska kunna ges på fler hälsocentraler i regionen. Förhoppningen är även att när medvetenheten ökar om hur låg risken är och om de relativt lindriga konsekvenserna av postinjektionssyndrom, så ska ett ökat samarbete med kommunernas sjuksköterskor kunna komma till stånd, så att injektioner även kan ges på kommunala boenden, vilket förstås skulle gagna patienterna.

**Jonatan Adling**  
ST-läkare i psykiatri, Öjebyn



Foto: iStock



Foto: iStock

## Utlandsresa + läkemedel – vad gäller?

**När du ska åka utomlands kan det vara bra att ha koll på vilka regler som gäller för medhavda läkemedel. En avgörande faktor är till vilket land du ska resa, då det kan påverka om ett intyg behöver tas med på resan.**

### Packa klokt

För att underlätta i tullen är det bra att ha kvar läkemedlen i originalförpackningarna med apoteksetiketten kvar, där patientens namn finns med. Om det skulle behövas mer läkemedel än vad som tagits med på resan kan det också underlätta att ha med originalförpackningen.

Insulin, Glucagon, blodsockermätare samt stickor bör packas i handbagaget, eftersom det bagage som checkas in på flyg alternativt förvaras i ett bagageutrymme på en buss eller bil kan bli utsatt för extrem värme eller kyla. Det händer ibland att incheckat bagage kommer på villovägar och även då är det bra att ha sitt läkemedel i handbagaget.

### Resa från Sverige med läkemedel

Reglerna för att resa med läkemedel kan skilja sig åt från land till land, även inom EU. Det är reglerna i det land man ska resa till som gäller. Information om vilka regler som gäller för införsel av läkemedel till

ett visst land fås från det aktuella landets ambassad i Sverige.

### Resa till Sverige med läkemedel

När du som privatperson för in läkemedel i Sverige måste du, antingen via apoteksetikett på förpackningen eller via läkarintyg, kunna visa att läkemedlet är till dig själv samt att du behöver läkemedlet av medicinska skäl.

Beroende på om du reser från ett land inom eller utanför det europeiska ekonomiska samarbetsområdet, EES, ser reglerna för införsel av läkemedel till Sverige olika ut. EES omfattar EU-länderna samt Island, Lichtenstein och Norge. Vid hemresa till Sverige från ett EES-land får du ta med läkemedel för ett års förbrukning. Handlar det om en hemresa från ett land utanför EES så får du endast ta med läkemedel för tre månaders förbrukning.

### Narkotikaklassade läkemedel

För narkotiska och dopningsklassade läkemedel gäller särskilda regler.

Vid resa med narkotikaklassade läkemedel inom Schengenområdet krävs ett så kallat Schengenintyg, vilket utfärdas av ett öppenvårdsapotek. För att kunna utfärda intyget behöver apoteket se patientens pass eller ett nationellt ID-kort. Intyget är giltigt i högst 30 dagar och gör det möjligt att ta med sig läkemedel för som mest 30 dagars förbrukning. Vid behov av narkotikaklassat läkemedel för en längre tids resa måste därför nytt recept skrivas av en läkare i det land som besöks.

Vid resor till länder utanför Schengen – kontrollera med det aktuella landets ambassad i Sverige vilka regler som gäller för att ta in läkemedel i landet.

För mer information – se Läkemedelverkets hemsida angående narkotikaklassade och dopningsklassade läkemedel.

**Linda Grahn  
Jennie Lundström**

### Källor

- [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)
- *Läkemedel vid utlandsresa – vad gäller. MIX nr 4 – 2018. Region Gävleborg.*

# Tips vid förskrivning

**Nedan har vi samlat några tips vid förskrivning som vi brukar diskutera i samband med läkemedelskommitténs regelbundna besök på länets olika hälsocentraler.**

## Recept eller egenvård

Ska ett recept förskrivas eller handlar det om egenvårdsbehandling? Som stöd i bedömningen finns läkemedelskommitténs rekommendation om att recept inte bör utfärdas vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom 1-2 månader med receptfri behandling. Detta inkluderar bland annat pollenallergi, kortvariga smärttillstånd, tillfälliga dyspeptiska besvär och tillfälliga förstoppningsbesvär.

Egenvård med receptfria produkter kan även bli aktuellt vid tillstånd som beräknas sträcka sig över en längre period än 1-2 månader per år. Det kan till exempel röra sig om torr hud eller torra ögon som inte har sjukdom som orsak. Torrhet som beror på naturligt åldrande anses inte vara sjukdom. Vid sjukdomsrelaterade komplikationer/tillstånd kan receptförskrivning övervägas.

Rekommendationen återfinns i sin helhet på läkemedelskommitténs hemsida. I denna finns även en lista över receptfria preparat uppdelade per indikationsområde.

## Stående, vid behov eller kur

För att få en tydlig läkemedelslista och minimera risken för felmedicinering är det viktigt att placera ordinationen under rätt rubrik. I VAS innebär detta att välja rätt doseringstyp (K, L eller VB), dvs ange om det ska vara en tidsbegränsad kur, en

regelbunden behandling eller behandling vid behov. I Pascal står alternativen mellan stående originalförpackningar eller vid behovsläkemedel, för de läkemedel som inte dosdispenserar.

Det finns till exempel risk att ett stående läkemedel missas om det ordineras under vid behovsrubriken och omvänt finns det risk att ett vid behovsläkemedel ges dagligen om det ordineras under rubrik för regelbunden behandling.

En tydlig läkemedelslista är viktig för patienten själv, men även för den sjukvårdspersonal som iordningställer, administrerar eller överlämnar läkemedel till patient som behöver hjälp med detta. I Socialstyrelsens författning, HSLF-FS 2017:37, som trädde i kraft 1 januari 2018, finns bland annat utökade krav på att den som administrerar eller överlämnar ett läkemedel till patient ska kontrollera iordningställda läkemedel mot den dokumenterade ordinationen.

## ”Får ej bytas” – när kryssa?

Vilket läkemedel läkaren väljer kan få betydelse för hur mycket patienten får betala för sitt läkemedel vid utbyte på apoteket. Om patienten önskar ett specifikt produktnamn utan att det finns några medicinska skäl till detta – förskriv då det alternativet, MEN kryssa inte i ”får ej bytas”. Patienten kan då välja att neka byte på apotek och bara betala mellanskillnaden i kostnad jämfört med periodens vara. I annat fall kan patienten behöva betala hela kostnaden utanför förmånen, se tabell. Vid förskrivning av läkemedel utan förmån sker, i dagsläget, inget utbyte på apoteken.

Hantering på apotek	Kostnad för patient
Byte från förskrivet läkemedel till periodens vara (normalfallet)	Hela kostnaden ingår i förmånen
Förskrivaren bedömer att utbyte av medicinska skäl inte skall ske (markeras i ”får ej bytas” rutan)	Hela kostnaden ingår i förmånen
Patienten vill inte byta, dvs patienten vill ha förskrivet läkemedel	Merkostnaden ingår inte i förmånen, dvs patienten får betala mellanskillnaden mellan priset för förskrivet läkemedel och priset för periodens vara
Patienten vill varken ha det läkemedel som är förskrivet eller periodens vara, utan istället ett annat utbytbar läkemedel	Ingen del av kostnaden ingår i förmånen, dvs patienten betalar hela kostnaden.

ett tillsvidaresamtycke. Det finns även ett samtycke som kallas ”nödåtkomst” vilket kan användas i de fall patienten, av någon anledning, inte kan förmedla ett samtycke. Tänk dock på att den information som finns i Läkemedelsförteckningen är information om vad som är uthämtat på recept från ett apotek. Patienten kan således ha recept utskrivna på ett läkemedel som de ännu inte hämtat ut av och detta kommer inte att synas i Läkemedelsförteckningen. Se bifogad bild angående var i VAS Läkemedelsförteckningen finns tillgänglig.

Vid förskrivning av läkemedel för mer än ett uttag då man vill försäkra sig om att patienten inte ska hämta ut allt som förskrivits vid ett och samma tillfälle, kan man som förskrivare välja att lägga till ett expeditivintervall. Det innebär att den angivna tiden i expeditivintervall måste ha förflutit mellan expeditionerna. Detta förutsätter såklart att patienten inte har fler recept på samma läkemedel. Expeditivintervall gäller endast för ett specifikt recept.

Vid receptförnyelse kan man även använda sig av ”tabletrräknaren” för att snabbt få information om det är dags att förnya receptet genom att mata in efterfrågade uppgifter om läkemedlet. Ett exempel på en tabletrräknare finns tillgänglig via läkemedelskommitténs hemsida.

### Makulering av tidigare recept

Vid ändring av en läkemedelsordination, till exempel ändring av styrka, behöver ett nytt recept skapas. Om det finns uttag kvar av den tidigare styrkan ligger detta recept kvar på apoteket. Genom att lägga till informationen ”makulera tidigare recept, patienten samtycker” i patientanvisningen på det nya receptet, kan expedierande apotek instrueras att makulera receptet på den tidigare styrkan, detta för att minska risken för att patienten hämtar ut och använder fel styrka. Mallfunktionen i VAS kan användas för detta ändamål.

### Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel

Vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel kan det ibland vara av värde att veta om patienten har fått förskrivit det aktuella eller ett liknande läkemedel från någon annan förskrivare. Information om alla läkemedel som en patient hämtat ut på apotek i Sverige under de senaste 15 månaderna, oavsett varifrån det är förskrivit eller på vilket apotek det är uthämtat, finns samlat i Läkemedelsförteckningen. För att få åtkomst till läkemedelsförteckningen krävs patientens samtycke, antingen för ett tillfälle eller

Datum	Inr	Klin	Substans	Läkemedel	Läkemedelsform	Styrka, dosering	Ord/N	Insatt
160926	LuBo	kir	Paracetamol	ALVEDON	Filmragerad ->	500 mg 2+2+2+2	L	160926

### Kortare giltighetstid på recept

I VAS finns möjligheten att vid förskrivning av recept välja att receptets giltighetstid ska vara kortare än 12 månader. Se bild nedan angående var detta markeras. Detta kan vara bra att tänka på vid förskrivning av exempelvis antibiotika. Se även artikel i Behandlingsbladet nr 3 2018.

Patientanvisning:  
En tablett tre gånger om dagen i 5 dagar. Mot urinvägsinfektion.

Läkemedelsnotat:

Exp ggr:  Exp int:  Senaste datum:  Leg/Känd: Nej  
 Giltig:  Startförpackning:  Förmånskod:  Standarddos:

## Lagerstatus på apotek

I FASS finns möjlighet att se om ett specifikt läkemedel finns i lager på ett visst apotek. Lagerstatus för särskilda läkemedel, till exempel narkotiska läkemedel, visas dock inte.

The screenshot shows the FASS Vårdpersonal interface. On the left, the search results for 'Kåvepenin®' are displayed, including details like 'Meda', 'Granulat till orala droppar, lösning 250 mg/ml', and 'ATC-kod: J01CE02'. A red circle highlights the 'Sök apotek med läkemedlet i lager' button. On the right, a search results page for 'Kåvepenin®' is shown, with red arrows pointing to the 'Län' (Norrbotten), 'Ort' (Luleå), and 'Apotek' (Välj närmaste apotek) dropdown menus, and a red arrow pointing to the 'Sök' button.

## Knappar i Janusmed läkemedelsstöd ("Janusfönster")



**Interaktionsknappen** Information hämtas från interaktionsdatabasen Janusmed Interaktion och det är samma information som erhålls när interaktioner söks på janus-info.se manuellt eller när Pascal används. En ny dynamisk "mouse-over" på knappen interaktioner listar de interaktioner som genererar gula och röda knappar.

**eGFR** Kunskapsstödet Janusmed njurfunktion är avsedd för vuxna patienter och anger ett relativt eGFR, normerat för en "normal" kroppsytta. Relativt eGFR (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) är lämpligt som mått för att ange njurfunktionen hos patienter och för att följa njurfunktionens utveckling men absolut eGFR (ml/min) är mer korrekt att använda vid beräkning av underhållsdosering av läkemedel. För de flesta vuxna patienter ligger det relativa eGFR nära det absoluta eGFR. Om kunskapsstödet används till en patient som avviker väldigt mycket från normal kroppsstorlek bör det relativa eGFR-värdet räknas om till absolut eGFR. I stödet finns en kalkylator, där man genom att mata in uppgift om längd och

The screenshot shows a mouse-over tooltip for the 'Interaktion C3' button. The tooltip lists interactions: 'C3 klopidogrel <> esomeprazol', 'C1 klonidin <> amitriptylin', and 'C1 klonidin <> metoprolol'. It also states 'Det finns ytterligare 4 interaktion(er) av lägre grad' and 'Klicka på knappen för att se dessa'. The background shows the same row of buttons as in the previous image.

vikt, kan få fram patientens absoluta eGFR. Dosrekommendationerna är alltid relaterade till en normaldos, dvs rekommenderad dosändring kan redan vara utförd.

**Äldreknappen** Knappen lyser för patienter som är 75 år och äldre och blir röd ifall patienten har något läkemedel som finns med på den nationella listan över läkemedel som bör undvikas till äldre.

**Fosterpåverkan samt amning** Knapparna lyser för kvinnor mellan 13-55 år.

**REK-LK** Läkemedelskommitténs rekommendationer kan vara ett stöd vid ordination

av läkemedel. Rekommendationerna kan nås direkt från Janusfönster i VAS, knappen REK-LK.

**Biverkningsknappen** I Janusfönstret kan man i biverkningsknappen skriva in patientens symtom och få träff på om något av de läkemedel patienten har på sin läkemedelslista kan ge detta symtom som biverkan. Tänk på att träff bara fås på exakt det ord du skriver in.

Linda Grahn  
Jennie Lundström



Foto: iStock

Pessar och kopparspiral subventioneras till patienter till och med 25 års ålder. Därefter står patienten själv för kostnaden.

# Preventivmedelssubvention

Det verkar under den senaste tiden ha funnits en del frågetecken angående vad som gäller kring subvention av preventivmedel utifrån de felaktiga fakturor som kommit till Region Norrbotten. Informationen i olika underlag, såsom regelverk, avgiftshandbok och rutinen för preventivmedelsrådgivning, är under revidering för att det ska bli tydligare vad som gäller. En grundregel är att åldersgränsen 25 år gäller för att en patient ska omfattas av subventionen oavsett vilken preventivmedelsmetod som används.

## Subvention av preventivmedel

Preventivmedelssubventionen omfattar patienter till och med 25 år och inkluderar preventivmedel inom förmånen tillsammans med fem undantag (Evra, Zoely, Qlaira, NuvaRing och Ornibel), vilka inte ingår i läkemedelsförmånen.

En förutsättning för att subventionen ska gälla är att receptet är utfärdat av personal inom Region Norrbotten, inklusive privat hälsocentral och privat läkare verksam enligt lagen om läkarvårdsersättning som har vårdavtal med Region Norrbotten.

Om receptet är utfärdat från en förskrivare inom en annan region så är det den regionens subvention som gäller för receptet. Det är dock alltid patientens hemregion som står för kostnaden.

Patienter 21-25 år omfattas av Region Norrbottens preventivmedelssubvention, men från och med den dag patienten fyllt 26 år gäller inte längre subventionen, även

om det finns ett giltigt recept utfärdat före patientens 26-årsdag.

Patienter, till och med 20 år, som får förskrivet preventivmedel inom förmånen omfattas av den statliga preventivmedelssubventionen, dvs är kostnadsfritt för patienten. Vid förskrivning av något av de fem undantagen till en patient i denna åldersgrupp gäller även här Norrbottens preventivmedelssubvention.

Vid förskrivning inom Norrbottens preventivmedelssubvention ska receptet vara märkt med "prev Norrbotten" och preventivmedlet förskrivs som EJ FÖRMÅN eftersom kostnaden för preventivmedlet betalas av Region Norrbotten och därför inte ska ingå i patientens högkostnadsskydd.

Om patienten vill ha ett annat preventivmedel än de som omfattas av preventivmedelssubventionen måste patienten bekosta detta själv. Inga undantag gäller här!

## Subvention av medicintekniska produkter

De medicintekniska produkterna pessar och kopparspiral omfattas även de av Region Norrbottens subvention för patienter till och med 25 år. Patienter som fyllt 26 år får själva stå för kostnaden för dessa produkter.



Foto: iStock

## Asylsökande patienter

För asylsökande patienter gäller inte Region Norrbottens preventivmedelssubvention. Skriv aldrig "prev Norrbotten" på dessa recept.

Är den asylsökande **under 18 år** gäller Migrationsverkets subvention oavsett åkomma så länge läkemedlet ingår i läkemedelsförmånen. Det gäller även preventivmedel.

Om den asylsökande har **fyllt 18 år** subventionerar Migrationsverket inte preventivmedel som skrivs ut i samband med preventivmedelsrådgivning eftersom de i de allra flesta fall inte är att betrakta som ett läkemedel utskrivna för att förebygga eller behandla en sjukdom. Däremot gäller subvention för preventivmedel som skrivs ut av legitimerad läkare i samband med vård som inte kan vänta.

## Information om preventivmedelssubvention

För mer information gällande preventivmedelssubventionen, se exempelvis följande:

- [Rutin preventivmedelsrådgivning](#)
- [Lathund preventivmedel](#)
- Avgiftshandbok
- Regelverk för subventioner av vissa preventivmedel
- Subvention Läkemedel [www.nllplus.se](http://www.nllplus.se)

Linda Grahn

# Länsdiabetesdag 2019

**Den 12:e mars i år genomfördes länsdiabetesdagen för 12:e gången i ordningen. Länsdiabetesdagen är en årligen återkommande utbildningsdag som riktar sig till vårdpersonal som behandlar diabetespatienter.**

## ■ Nationella diabetesregistret (NDR)

Expertgrupp diabetes ordförande Marianne Gjörup inledde dagen med en genomgång av hur vi ligger till i länet utifrån data från NDR (Nationella diabetesregistret) kombinerat med Socialstyrelsens reviderade riktlinjer. En positiv trend är att andelen typ 2-diabetiker med ett blodtryck under 140/85 har ökat de senaste åren. Norrbotten ligger trots det strax under rikets nivå. Andel typ 2-diabetiker med lipidsänkande läkemedel har även det ökat de senaste åren och här ligger Norrbotten strax över riket. Data från NDR bygger på vårdens inrapporterade uppgifter där graden av inrapportering varierar mellan olika enheter vilket kan vara bra att ha i åtanke vid tolkning av resultaten.

## Behandling av prediabetes

Margareta Hellgren, distriktsläkare från Närhälsan i Skövde, pratade om prediabetes med fokus på när och hur vi ska behandla för att minska risken för att patienten ska utveckla diabetes. Hon redovisade resultatet bland annat från en treårig studie där en tät kontakt med patienterna (i snitt fick alla 24 möten det första året) användes med mål att åstadkomma en viktreduktion på > 5%, en kost med <30% fett (varav mättat fett <15%) och > 15 gram/1000 kcal fibrer samt fysisk aktivitet minst 30 minuter/dag. Resultatet av studien visade på en 58% minskad risk att utveckla diabetes efter en intervention över 3,2 år. Det frekventa antalet besök för varje patient är dock en av faktorerna som medför att denna studie blir svår att applicera i verkligheten.

## Lipidbehandling vid diabetes

Mats Eliasson, överläkare vid Sunderby Sjukhus, pratade om värdering av lipider vid diabetes med fokus på riskvärdering och behandlingsindikation. Risken för kranskärlsjukdom, stroke och perifer kärlsjukdom är 2-3 gånger högre hos diabetiker varför den kardiovaskulära preventionen är viktig i diabetesvården. Preventionen består exempelvis av kontroll av lipidrubbnings och hypertoni, rökstopp, minskad bukfetma och en ökad fysisk aktivitet. Med hjälp av NDR's riskmotor kan man beräkna patientens risk att insjukna och/eller dö i hjärtkärlsjukdom inom 5 år, där exempelvis ett resultat på 8-20 % anses som en hög risk, medan 2-8% ses som en måttlig risk.

Vid behandling av hyperlipidemi är livsåtgärder såsom kost och motion grundläggande. Lipidsänkande behandling med läkemedel kan övervägas, framför allt vid hög eller mycket hög risk. Det är viktigt att individanpassa behandlingen. Hög ålder och/eller kort förväntad överlevnad talar dock emot behandling av hyperlipidemi. Det finns även en ökad risk för biverkningar och interaktioner hos äldre.

Statiner minskar hjärt-kärlsjukligheten hos både män och kvinnor där en sänkning av LDL med 1 mmol/l medför en minskad risk för insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom med 25%. Atorvastatin är den statin som rekommenderas i första hand. Viktigt med uppföljning i syfte att kontrollera compliance och om patienten börjar närma sig uppsatt målvärde. Tänk på att det är viktigare att patienten får sin lipidsänkare än vilken dos, preparat eller uppnått värde som erhålls.

## Ögon och diabetes

Efter lunch inledde specialläkare Sofia Lindvall och ögonsjuksköterska Heli Wasserman med en föreläsning om ögon och diabetes. De gick bland annat igenom ögats

uppbyggnad samt pratade om diabetesretinopati (DRP) och screening för detta. DRP orsakas av näthinneförändringar. Till en början är förändringarna symtomfria, men efterhand kan gula fläcken påverkas och/eller blödningar uppstå i glaskroppen, vilket kan leda till försämrad syn. I värsta fall lossnar näthinna helt. Av den anledningen är det viktigt att regelbundet undersöka näthinna genom ögonbottenfotografering. Riskfaktorer som påverkar utvecklingen av DRP är hur länge patienten har haft diabetes, blodsockervärdet, högt blodtryck, rökning, höga blodfetter och hormonella omställningar såsom graviditet.

## Högt blodtryck vid diabetes typ 1

ST-läkare Izabela Shahrokni, Medicin-Rehab Piteå Sjukhus, presenterade sitt projektarbete där syftet var att kartlägga varför en stor andel av vuxna med diabetes typ 1 tillhörande medicinkliniken i Piteå hade ett blodtryck över den rekommenderade målnivån.

## Jämlik fotvård

Distriktsläkare Sonia Bertogna, Stadsvikens HC samt medlem i expertgrupp diabetes, berättade om jämlik fotvård med fokus på de nya riktlinjerna från SKL där ett årligt fotstatus bör innefatta inspektion (även vid belastning), nervfunktion och cirkulation.

## Fallbeskrivningar

Dagen avslutades med ett pass med fallbeskrivningar och diskussioner kring dessa.

**Expertgrupp diabetes  
via Linda Grahn**

Länsdiabetesdagen 2020 är preliminärt planerad till den 10 mars 2020 så passa på att boka in den dagen redan nu.

Vill du informera i Behandlingsbladet? Kontakta oss på [linda.grahn@norrboten.se](mailto:linda.grahn@norrboten.se)



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, [linda.grahn@norrboten.se](mailto:linda.grahn@norrboten.se).

