



Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK
NR 4, DECEMBER 2017, ÅRGÅNG 20

Innehåll

- 2 **Ordföranden har ordet**
- 3 **Norrländska läkemedelsdagarna 2018**
- 4 **Reviderade rekommendationer/hjälpredor**
- 5 **Salures inte längre utbytbar**
- 5 **Vad är utbytbar på apotek?**
- 6 **Primärpreventiv blodtryckssänkning till under 140/90 lönar sig**
- 7 **Rationell läkemedelsförsörjning i Norrbotten**
- 7 **Nationell Strama-app**
- 8 **Förebygg diabeteskomplikationer med läkemedel**
- 10 **Städa läkemedelslistan**
- 10 **Expeditionsintervall och Läkemedelsförteckningen**
- 11 **Ny föreskrift för ordination och läkemedelshantering**
- 12 **Ökad risk för kardiovaskulära händelser vid utsättning av lågdos ASA**



Ordföranden har ordet

I år är det jubileum då lagen om läkemedelskommittéer firar 20 år. Det vill vi i Region Norrbottens läkemedelskommitté uppmärksamma! Läkemedelskommittéer har funnits längre tid än så men för 20 år sedan kom en lag som reglerade att det i varje landsting skulle inrättas en läkemedelskommitté.

■ Läkemedelskommittéernas mandat att rekommendera läkemedel för sjukvården vilar på två fundament; expertis (medicinsk, farmakologisk, farmaceutisk) och obundenhet (från kommersiella intressen).

Uppdraget att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning sker bland annat genom att utarbeta rekommendationslistor samt genom informations- och utbildningsinsatser.

I arbetet med att ta fram rekommendationer tittar läkemedelskommittén på lämpliga läkemedelsval utifrån dokumenterad medicinsk ändamålsenlighet avseende nytta och risker vid användning av läkemedlen. Förutom effekt och säkerhet vägs även aspekter som exempelvis användarvänlighet, kostnad och kostnadseffektivitet med i beräkningen. Utformningen av rekommendationerna har de senaste åren utvecklats och blivit mer omfattande. Numera finns kunskapsstödet tillgängligt dels via Läkemedelskommitténs hemsida, men även i VAS via Janusfönstret. Förutom själva rekommendationen av läkemedel innehåller de information kring bakgrund, utredning, behandling, uppföljning och patientinformation i kortfattad utformning för att serva vården med det vi tror de har nytta av.

Läkemedelskommittén jobbar även med uppföljning av förskrivningen, dels genom att ta ut och analysera statistik samt genom

att besöka, i första hand, hälsocentraler runt om i länet för diskussioner kring den enskilda hälsocentralens förskrivningsmönster.

Flertalet av länets hälsocentraler får således besök av Läkemedelskommittén två gånger per år för diskussioner kring läkemedelsförskrivning ofta kombinerat med information kring nyheter eller förändringar inom läkemedelsområdet. Om ni i dagsläget inte får besök av läkemedelskommittén och känner att detta är något som ni vill prova på så är ni välkomna att höra av er.

En annan viktig del av Läkemedelskommitténs arbete handlar om utbildningsinsatser. Varje år samarbetar de fyra nordliga läkemedelskommittéerna med att anordna de Norrländska läkemedelsdagarna. Dessa utbildningsdagar går av stapeln nästa år den 6-7 februari i Umeå, och redan nu finns möjlighet att anmäla sig. Mer om innehållet finner ni i en separat artikel samt via Läkemedelskommitténs hemsida och i bifogat program.

Läkemedelskommittén är även verksam i utbildning av ST-läkare, vilket är en stående utbildningsinsats som genomförs två gånger årligen.

Detta är en kortfattad beskrivning av hur delar av arbetet med Läkemedelskommittén



ser ut i dagsläget - framtiden får utvisa hur det ser ut om ytterligare 20 år.

På nationell nivå finns ett förslag om att utvidga läkemedelskommittéernas uppdrag till att bli vårdkommittéer och därmed ge kommittéerna i uppdrag titta på all behandling. Om detta blir verklighet eller inte återstår att se. Om förändringen ska genomföras tror jag det är mycket viktigt att skynda långsamt så inte den struktur och det arbete som genom åren byggts upp raderas på grund av att kommittén drunknar i arbete...

Slutligen vill jag passa på att önska er alla en riktigt härlig jul!

LINDA GRAHN
Ordförande Norrbottens
Läkemedelskommitté



Norrländska läkemedelsdagarna 2018

6/2

Tisdag

Programmet för läkemedelsdagarna i Umeå den 6–7 februari 2018 är nu spikat så det är hög tid, för den som är intresserad, att boka upp detta tillfälle och anmäla sig till dessa utbildningsdagar!

■ Norrländska läkemedelsdagarna kommer nästa år att äga rum den 6–7 februari i Umeå. Dessa dagar anordnas gemensamt av läkemedelskommittéerna i de fyra norrlandstingen. Se även programmet som återfinns på läkemedelskommitténs hemsida.

Senaste anmälningsdag är den **16 januari**. Det finns ett antal hotellrum i Umeå som förbokats för detta ändamål. Dessa hålls dock endast till den 5:e januari så vänta inte för länge med att anmäla er!

10.00–11.45

Typ-2 diabetes – Bota eller behandla?

Moderator: Bo Sundqvist, distriktsläkare och ordf. Läkemedelskommittén Västerbotten
Julia Otten, överläkare, medicincentrum, Västerbottens läns landsting

13.00–14.15

Överviktig eller underviktig? Jätteviktigt!

Moderator: Maria Alsén Lindström, familjeläkare, ordf. Läkemedelskommittén Västernorrland

■ *Obesitas-kirurgi – har den någon framtid?*

Arthur Jänes, M:D;PHD, Överläkare, SÖL ÖGI & Trauma Kirurgi, Länssjukhuset, Västernorrland

■ *Den undernärda äldre patienten*

Eva Oskarsson, överläkare och geriatriker, rehabiliteringskliniken Länssjukhuset Västernorrland

■ *Hur pratar vi vikt med våra patienter – en pedagogisk modell*

Antonio Moraitis, ST-läkare anestesikliniken, Länssjukhuset Västernorrland

15.00–16.45

Funktion och inflammation vid digestion

Moderator: Bertil Ekstedt, distriktsläkare, läkemedelskommittén Västerbotten

■ *Funktionella magtarmsjukdomar – aktuella behandlingsriktlinjer*

Bodil Ohlsson, professor & överläkare vid intermedicinska kliniken, Skånes universitetssjukhus samt specialist i gastroenterologi och medicin

■ *Inflammatoriska tarmssjukdomar och mikroskopisk kolit*

Johan Bohr, docent & överläkare, gastrosektionen, medicinkliniken, Örebro universitetssjukhus

7/2

Onsdag

8.00–9.45

Hjärta- Kärl – klok läkemedelsbehandling på sikt

Moderator: Kristina Seling, ordf. i Läkemedelskommittén Region Jämtland Härjedalen

■ *Statiner, när ska vi börja och sluta och allt där emellan.*

Jan Håkansson, distriktsläkare, Krokoms vårdcentral, Hedersdoktor med fak, Umeå universitet

■ *Medicinsk sekundärprevention efter stroke/TIA – vilka läkemedel? Till vilka? När ska de sättas in? Hur länge ska de ges?*

Per Wester, professor Umeå universitet och Karolinska institutet, Danderyds sjukhus, faktagrupperordförande i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer

10.00–12.15

Parallella seminarier

Alla föreläsningar genomförs i två omgångar så att alla har möjlighet att se två föreläsningar.

Föreläsningarna hålls mellan 10.15-11.10 och 11.20-12.15. Lokaler för respektive parallellt seminarium meddelas i din kallelse.

■ *Läkemedel och njuren – praktisk vardagsnefrologi*

Gunnar Johansson, överläkare, medicincentrum Örnsköldsvik, Region Västernorrland samt specialist i allmän internmedicin och medicinska njursjukdomar

Moderator: Maria Alsén Lindström, familjeläkare, ordf. Läkemedelskommittén Västernorrland

■ *Läkemedel och kön/genus*

Linnéa Karlsson Lind, Apotekare vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting samt doktorand vid Karolinska institutet

Moderator: Linda Grahn, ordf. Läkemedelskommittén Norrbotten, informationsapotekare

■ *Vad bör alla läkare känna till om biverkningar hos patienter med biologiska läkemedel?*

Stefan Engstrand, överläkare, Reumatologiska kliniken, Västerbotten

Moderator: Kristina Seling, ordf. i Läkemedelskommittén Region Jämtland Härjedalen

13.00–15.00

Avslutande föreläsning – Hjärnstark

Anders Hansen, överläkare i psykiatri, författare till böckerna "Hälsa på recept" och "Hjärnstark"

5 Jan
Sista dagen för
förbokade hotellrum

16 Jan
Sista anmälningsdag

- ! **Receptfria läkemedel**
- ! **Tillfälligt uppehåll i läkemedelsbehandling vid akuta tillstånd med risk för uttorkning**
- ! **Läkemedelsförråd inom kommunal hälso- och sjukvård**
- ! **Beroendeframkallande läkemedel**



Reviderade rekommendationer/hjälpredor

Följande rekommendationer/hjälpredor har nyligen reviderats och finns nu tillgängliga via Läkemedelskommitténs hemsida. Nedan är några exempel på förändringar i samband med revideringarna.

■ Receptfria läkemedel

Det är ingen förändring i själva rekommendationen utan följande kvarstår:
 ”Vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom 1-2 månader med receptfri behandling bör recept inte utfärdas. Detta inkluderar exempelvis kortare pollenallergi, kortvariga smärttillstånd, tillfälliga dyspeptiska besvär och tillfälliga förstopningsbesvär. Egenvård med receptfria produkter kan även bli aktuellt vid tillstånd som beräknas sträcka sig över en längre period än 1-2 månader/år exempelvis vid 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.”

I den efterföljande listan med exempel på receptfria läkemedel har vi försökt gå igenom och uppdatera den så att de preparat som ej längre finns tillgängliga receptfritt tagits bort. Flukonazol kapslar har exempelvis tagits bort från listan då de inte längre är receptfria sedan Läkemedelsverket beslutat att receptbelägga dem som en del i arbetet med resistens.

Tillfälligt uppehåll i läkemedelsbehandling vid akuta tillstånd med risk för intorkning

Några ändringar i denna rekommendation är att SGLT-2-hämmare som används vid diabetes typ 2 flyttats till listan över läkemedel där tillfälligt uppehåll rekommenderas vid intorkning. Tidigare fanns dessa läkemedel med på listan över läkemedel

som bör övervakas extra nog vid akuta tillstånd.

Ett nytt NOAK-preparat har kommit till på marknaden sedan förra revideringen och finns numera med bland de övriga NOAK-preparaten.

Läkemedelsförråd inom kommunal hälso- och sjukvård

Några förändringar vid revideringen är att Bricanyl oral lösning har tagits bort eftersom den inte längre finns tillgänglig. Vidare har även risperidon oral lösning tagits bort och klemastin (Tavegyl) har bytts mot cetirizin. Detta är ett förslag men givetvis kan man behöva göra anpassningar utifrån patientunderlaget på aktuell enhet.

Beroendeframkallande läkemedel

Denna fanns ursprungligen som en broschyr vilken veks i tre delar. Numera kommer den att finnas tillgänglig på Läkemedelskommitténs hemsida och inte i

form av en tryckt broschyr. En av förändringarna är en inlagd påminnelse om att använda Läkemedelsförteckningen vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Läkemedelsförteckningen finns tillgänglig i VAS (uppe till höger) och för att få titta i den krävs patientens samtycke. I Läkemedelsförteckningen kan man se vilka preparat patienten har hämtat ut på apotek i Sverige, oavsett var i landet förskrivaren finns.

När det gäller beroendeframkallande läkemedel så vill jag även passa på att påminna om att det finns en patientinformation att använda vid förskrivning av opioider. Denna nås via läkemedelskommitténs rekommendation – avsnittet om smärta, långvarig icke-malign smärta. Den heter [Behandling av långvarig smärta med läkemedel som innehåller opioider](#).

LINDA GRAHN

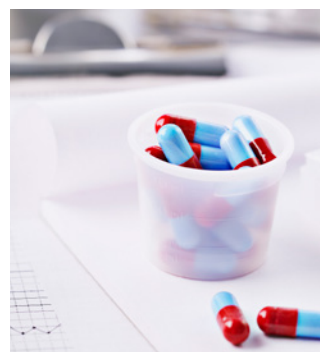
Salures inte längre utbytbar

Läkemedelsverket har beslutat att Salures tablett 2,5 mg samt 5 mg inte längre ska vara utbytbar. Detta beslut trädde i kraft den 1 november i år. Förskriv därför istället Bendroflumetiazid Alternova eller Bendroflumetiazid Evolan för generisk konkurrens.

■ Salures ingår inte längre i utbytesgruppen för bendroflumetiazid. Det innebär att om man förskriver Salures 2,5 mg eller 5 mg sker inte byte till det mest prisvärda alternativet på apotek. Bendroflumetiazid Alternova eller Bendroflumetiazid Evolan är fortsatt utbytbara mot varandra. Samtliga av dessa preparat ingår i förmånen och för

närvarande är det ingen större prisskillnad mellan preparaten. Micro Therapeutic Research Labs i Indien utförde den bioekvivalensstudie som låg till grund för beslutet om utbytbarhet för Salures. Vid en granskning av studier utförda av detta företag har, vid företagets anläggningar, flera problem med förvanskade studiedata och bris-

ter i dokumentation uppdagats. Detta har lett till att den studie som låg till grund för beslutet om utbytbarhet för Salures inte längre uppfyller kraven. I avsaknad av en giltig bioekvi-



valensstudie är inte längre de grundläggande kriterierna uppfylla för utbytbarhet. Därför har Läkemedelsverket ändrat sitt tidigare beslut om utbytbarhet när det gäller Salures.

Bioekvivalensstudierna för Bendroflumetiazid Evolan och Bendroflumetiazid Alternova är gjorda av ett annat företag och kvaliteten på dem har inte ifrågasatts. De påverkas således inte.

LINDA GRAHN

Källa: Läkemedelsverket

Vad är utbytbar på apotek?

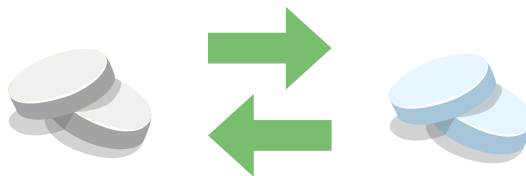
Frågan om vad som är utbytbar eller inte på apotek kommer ofta upp till diskussion. Det är inte alltid så självklart varför vissa preparat byts på apotek och andra inte...

■ Det finns några undantag som inte omfattas av det generiska utbytet på apotek.

Biosimilarer är exempelvis aldrig utbytbara på apotek. Patienten får det preparat som förskrivaren valt att skriva ut. Exempel är insulin glargin där det finns t ex Lantus och Abasaglar att välja på. Abasaglar har ett lägre pris men är inte utbytbar mot Lantus.

Stora och viktiga skillnader i hanterbarhet har också betydelse, exempelvis läkemedel som kräver en viss andningsteknik samt *läkemedel i injektionsform*. Det finns t ex flera *inhalationspreparat* innehållande samma verksamma ämne/ämnen. Även om innehållet (de verksamma ämnena) i inhalatorerna är samma så byts inte dessa ut på apotek eftersom hanteringen av dessa inhalatorer skiljer sig åt. När vi ändå är inne på området inhalatorer så är det ett område där det ofta blir fel i

hanteringen. Be gärna patienten visa hur de gör när de inhalerar för att se om de har rätt inhalationsteknik och handhavande av inhalatorn. Se även www.medicininstruktioner.se



Indikationen på ett preparat kan även ha betydelse för om det blir utbytbar eller inte. För läkemedel med ett smalt terapeutiskt fönster exempelvis *epilepsiläkemedel* eller *läkemedel som ges efter en transplantation för att förhindra avstötning*. Dessa är inte utbytbara eftersom det är mycket viktigt att försöka hålla en jämn plasmakoncentrationsnivå. Vissa läkemedel med

indikation epilepsi används även vid andra indikationer såsom smärtbehandling med pregabalin och gabapentin. Dessa är trots detta inte generiskt utbytbara på apotek.

Om *bioekvivalens* inte har *visats* mellan läkemedlen så blir de inte heller utbytbara. Exempelvis Salures, som nämns i en separat artikel, där det inte

längre är utbytbar mot generiska alternativ eftersom det inte finns godkända bioekvivalensstudier som underlag.

Läkemedel för utvärtes bruk, särskilt salvor eller krämer där de ingående hjälpämnen skiljer sig åt mycket t ex med avseende på fett- eller vatteninnehåll blir inte heller utbytbara.

När det gäller *läkemedel med smak som speciellt riktar sig*

till barn gäller att det generellt inte blir generiskt utbyte om smakerna skiljer sig åt markant. Exempelvis är ett läkemedel med fruktsmak inte utbytbar mot ett generiskt läkemedel med mints smak. Smaken behöver dock inte vara identisk för att det generiska utbytet ska gälla.

Om förskrivaren markerat ”får ej bytas” på receptet, dvs att det föreligger medicinska skäl till att patienten inte kan få andra generiska läkemedel så byts inte preparatet ut på apoteket. Det kan exempelvis handla om att patienten är allergisk mot ett hjälpämne.

Slutligen gäller inte det generiska utbytet om det förskrivna preparatet *saknar förmån*. Exempelvis Atacand byts inte ut till generiska alternativ på apotek eftersom det inte har ett förmånspris från TLV (Tandvårds och läkemedelsförmånsverket). Detta kan komma att ändras framgent då det finns ett förslag att tillåta generiska byten även för läkemedel som saknar förmånspris.

LINDA GRAHN

Primärpreventiv blodtryckssänkning till under 140/90 lönar sig

Nedan refererade meta-analys visade att kardiovaskulär mortalitet minskade om det systoliska blodtrycket sänktes från initialt > 160 mmHg, men ingen effekt sågs om blodtrycket var <140 mmHg från början. Samma mönster sågs avseende stroke, allvarliga hjärthändelser och kranskärslssjukdom. Brunströms och Carlbergs meta-analys bekräftar således att behandling av systoliskt basblodtryck över 140 mmHg till lägre än 140 mmHg i en primärpreventiv population minskar totalmortaliteten och att det också kan finnas vinster att göra hos dem med manifest kärlsjukdom och stroke.

■ Det är alltid roligt att få referera en studie som publicerats i en stor internationell medicinsk tidskrift och som författats av kollegor från norra regionen, i detta fall Umeå. I en artikel kallad *Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels A systematic Review and Meta-analysis* publicerad först

online November 13, 2017 i JAMA Intern Med analyserar Mattias Brunström och Bo Carlberg från Umeå 74 av 86 potentiellt inkluderbara studier med sammanlagt 306 273 deltagare och 1,2 miljoner patientår. Inklusions- och exklusionskriterierna för studieval, sökmetod, kvalitetsbedömning, statistisk analysmetod och bedömning av bias redovisas i mina ögon

bra och i den efterföljande diskussionen försöker man också belysa studiens svagheter, som bl a består av en ganska ung studiepopulation och en underrepresentation av kvinnor i förhållande till hur verkligheten ser ut på befolkningsnivå. Man exkluderade studier med hjärtsvikt eller nedsatt vänsterkammerfunktion och studier gjorda direkt i akutfasen efter hjärtinfarkt då effekten av behandlingen kan vara beroende av andra faktorer än blodtrycks-sänkning i dessa patientgrupper. 51 studier kategoriserades som primärpreventiva, resten sekundärpreventiva. Effekten av att sänka blodtrycket beräknades från olika ursprungsnivåer nämligen <140 mmHg, 140-159 samt >160 mmHg.

Analys av studierna

Analysen av de primärpreventiva studierna visade att behandling för att sänka blodtrycket under 140 mmHg minskade totalmortaliteten om blodtrycket initialt var > 140 mmHg men inte om det låg där- under. Kardiovaskulär mortalitet minskade om det systoliska blodtrycket låg > 160 mmHg, men ingen effekt sågs om blodtrycket var <140 mmHg. Samma mönster sågs avseende stroke, allvarliga hjärthändelser och kranskärslssjukdom. Incidensen av hjärtsvikt syns minska vid blodtrycksnivåer >160 mmHg, men någon säker effekt på njursvikt kunde inte ses. Vad de sekundärpreventiva studierna beträffar hade de ett mycket lägre systoliskt basblodtryck, i medeltal 138 mmHg. Man såg inte någon effekt på totalmortaliteten i dessa studier men en minskad risk för stroke, kranskärslssjukdom och hjärt-

svikt noterades i studier med patienter med kranskärslssjukdom, men inte efter stroke där också blodtrycket var litet högre vid inklusionen, i medeltal 146 mmHg.

SPRINT-studien, som publicerades 2015 visade en positiv effekt av sänkning av blodtrycket ned till ca 120 mmHg. Författarna kritiserar dock metoden att mäta blodtryck, som användes i den studien. Man använde en självmänövrerad automatisk blodtrycksmätare som har visats ge värden på det systoliska blodtrycket som är ca 10 till 20 mmHg lägre än blodtryck uppmätt vid sedvanliga mottagningsbesök. Sålunda kan SPRINT-studiens uppmätta blodtryck motsvara ett sedvanligt mätt blodtryck på 140 till 159 mmHg.

Sammanfattning

Brunströms och Carlbergs meta-analys bekräftar således att behandling av systoliskt basblodtryck över 140 mmHg till lägre än 140 mmHg i en primärpreventiv population minskar totalmortaliteten och att det också kan finnas vinster att göra hos dem med manifest kärlsjukdom och stroke. Behandlingen är mycket billig idag och de potentiella vinsterna stora. Minns att vid ambulans blodtrycksmätning ex dygnsblodtrycksmätning använda lägre normalvärden, 130 mmHg systoliskt för att ställa diagnosen hypertoni. Vid hembloodtrycksmätning är gränsen 135/85 mmHg.

KJELL MELANDER

Överläkare Medicinkliniken
Kalix Sjukhus



Rationell läkemedelsförsörjning i Norrbotten

Har du funderat över hur det går till att få alla läkemedel fram till mottagningen på hälsocentralen eller vårdavdelningen på sjukhuset? Ansvaret för att denna läkemedelsförsörjningsprocess fungerar ligger hos regionens Läkemedelsenhet, transport på division Service samt vår externa samarbetspartner Apoteket AB.

■ Elektronisk handel gäller för läkemedelsbeställningarna sedan april 2013. Beställningarna som görs i beställningssystemet Raindance har gett oss större möjligheter att styra och följa upp försörjningsprocessen. E-handel i kombination med ATC-ordning i läkemedelshyllorna, sällanläkemedelsförråd och Apotekets skötsel av flertal läkemedelsförråd gör att vi idag ha ett bra sortimentsarbete med lägre kostnader för läkemedel än vad vi annars skulle haft. Nästa steg mot en rationell läkemedelsförsörjning är att minska ned de lokala sjukhusapotekslagren på Sunderbyn och Gällivare sjukhus och istället införa en ny distributionslösning med Umeå som bas.

Sjukhusapotekets stora läkemedelslager kommer, fr.o.m. hösten 2018, att finnas på ett stort centralt lager i Umeå. Varje

dag kommer avdelnings- och mottagningspackade läkemedel att transporteras ut till alla sjukhus i länet. De lokala sjukhusapotekslagren i Gällivare och Sunderbyn kommer att minskas ned till akutdepålager där bara de mest akuta läkemedlen (som behövs samma dag) kommer att

finnas tillgängliga. Läkemedel för användning där akut behov uppstår ska redan idag finnas på sjukhusets vårdavdelning eller vårdcentralens mottagning. De små lokala akutdepålager som inrättas på sjukhusen Sunderbyn och Gällivare ska endast kunna täcka akuta expressleveranser till dess att ordinarie leverans kommer från Umeå påföljande dag.

”...ett intensivt sortimentsarbete ska genomföras för att minska ned de akuta expressbeställningarna...”

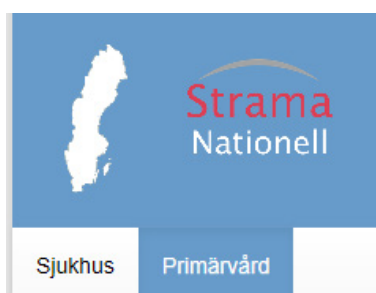
Intensivt sortimentsarbete

För sjukhuset i Kiruna kommer leveranserna att utökas med möjlighet till dagliga leveranser. För övriga verksamheter kommer det inte att märkas någon skillnad i leveranser när vi går in i den nya distributionslösningen. För att försäkra oss om

att inte bristsituationer uppstår, när vi minskar ned sjukhusapotekslagren, kommer ett intensivt sortimentsarbete genomföras med fokus att minska ned alla akuta expressbeställningar till ett minimum.

Läkemedelsenheten och Samverkansgruppen för länets läkemedelsförsörjning är övertygade om att den nya distributionsmodellen kommer att ge oss en mer rationell och kostnadseffektiv läkemedelsförsörjning utan att tumma på patientsäkerheten. Vi kommer att informera mer om den nya försörjningsmodellen till våren. Kanske har du synpunkter på läkemedelssortimentet eller frågor om läkemedelsförsörjningen? Hör gärna av dig till någon i Läkemedelsenhetens Läkemedelshanteringsgrupp, sjukhusapotekare Eva Pettersson eller mig.

ANDERS BERGSTRÖM
Läkemedelschef



Nationell Strama-app

Strama Norrbotten var tidigt ute med att ta fram en app med rekommendationer inom infektionsområdet. Den har varit mycket uppskattad och använd, både i Norrbotten och i övriga delar av landet. På senare tid har det dock varit vissa tekniska svårigheter med uppdateringen. Norrbottens Strama-app kommer därför att gå i pension och ersätts av en nationell Strama-app, uppdelad på primärvård och sjukhus.

■ Den nationella Strama-appen är framtagen av Programråd Strama och du kan hitta den genom att söka på Strama Nationell i App Store eller på Google Play Store.

Vissa tabeller är lättare att läsa om man har mobilen i liggande läge.

Förutom som app finns även en webbversion som kan läsas via en dator. Länk till denna webbversion nås från Norr-

bottens läkemedelskommittés Rekommenderade läkemedel med terapirekommendationer rörande område infektion. Den finns således även tillgängliga i VAS via Janusfönstret och REK LK-knappen.

Rekommendationerna i Strama-appen är uppdelade i inriktningen sjukhus respektive primärvård (se bild). Genom att klicka på sjukhus alternativt primärvård kommer rekomen-

dationer för respektive område fram.

Rekommendationerna för sjukhus har sammanställts av en arbetsgrupp med infektionsläkare från hela landet efter önskemål om nomineringar från landets infektionskliniker i samband med Svenska Infektionsläkarföreningen. Uppdatering sker årligen och därutöver efter behov.

Rekommendationerna för

primärvård är direkt tagna från ”Regnbågsbroschyren”. Den är framtagen i ett samarbete mellan Strama, Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten. Uppdatering kommer att ske 2018.

LINDA GRAHN



Förebygg diabeteskomplikationer

Socialstyrelsens nya riktlinjer avseende diabetesvård publicerades i maj 2017 och tar upp vikten av att erbjuda typ-2-diabetiker en bra lipid- och blodtrycksbehandling, få patienterna att sluta röka, föra en mer hälsosam livsstil, försöka reducera vikten och undvika njurskada. Hos dem med manifest akut hjärt-kärlsjukdom med etablerad diabetes > 10 år har tilläggsbehandling med liraglutid respektive empagliflozin visats minska mortaliteten.

■ I riktlinjerna står: ”Vid debuten av diabetes är risken för hjärt-kärlsjukdom inte förhöjd till följd av diabetes i sig, utan beror på samma riskfaktorer som hos personer utan diabetes. Först efter längre tid är risken påtagligt ökad. De viktigaste faktorerna som bidrar till ökad risk är **hög ålder, lång sjukdomsduration, rökning, högt blodtryck och högt kolesterol** samt **manligt kön** och tecken på **njurskada**. Hög blodglukosnivå under längre tid bidrar också, men i mindre utsträckning vid typ 2-diabetes.” (vår markering).

Lipid- och blodtrycksbehandling

Riktlinjerna rekommenderar, att risken skattas med en

modell baserad på Nationella diabetesregistret och ”som är specifik för personer med diabetes” och delar in patienter i dem med måttlig 5-årsrisk för hjärt-kärlhändelse (2-8%), hög (8-20%) och mycket hög (>20%) risk. De med **måttlig risk** kan erbjudas simvastatin 20-40 mg alternativt atorvastatin 10-20 mg, de med **hög risk** bör få standardiserad statinbehandling med simvastatin 20-40 mg

alternativt atorvastatin 10-20 mg. De med **mycket hög risk** erbjuds intensiv statinbehandling med atorvastatin 40-80 mg alternativt rosuvastatin 20-40 mg. Åtgärden har ”effekt på förtida död och hjärt-kärlsjukdom” till en ”låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår.” Att erbjuda patienter med diabetes och mycket hög (prio 1) till hög (prio 2) risk för hjärt-kärlsjukdom intensiv behandling med statiner har således hög prioritet. För patienter med diabetes och måttlig risk för hjärt-kärlsjukdom är prio lägre (prio 5). Blodtrycket bör sänkas till < 140/85 mmHg med uppmärksamhet för att framför allt äldre kan få problem med biverkningar som exempelvis hypotoni. Behandlingen har en

”god effekt på förtida död och hjärt-kärlsjukdom med låg kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår jämfört med mindre strikt blodtryckskontroll.” Att erbjuda patienter med diabetes blodtrycksbehandling med blodtryckssänkande medel har prio 1.

Förändrade prioriteringar, men metformin fortsatt först

Intensivbehandling rekommenderas till patienter med nydebuterad diabetes utan känd hjärt-kärlsjukdom för att nå bästa möjliga blodglukosnivå med hänsyn tagen till risk för hypoglykemi, kraftig viktuppgång och försämrad livskvalitet samt förväntad återstående livslängd och annan sjukdom.

Riskenivå	Behandlingsmodell	Rekommenderat preparat och dos
Måttlig	Ändrade levnadsvanor eller standardiserad statinbehandling	Simvastatin 20–40 mg Atorvastatin 10–20 mg
Hög	Standardiserad statinbehandling	Simvastatin 20–40 mg Atorvastatin 10–20 mg
Mycket hög	Intensiv statinbehandling	Atorvastatin 40–80 mg Rosuvastatin 20–40 mg



med läkemedel

Förstahandbehandling vid typ 2 diabetes är metformin som fortsatt har prio 1 i riktlinjerna. Riktlinjerna lyfter upp det faktum att två läkemedel visat effekt på återinsjuknande i kardiovaskulär händelse eller död hos patienter med typ 2-diabetes och manifest hjärt-kärlsjukdom. Detta har inlett en diskussion i kardiologledet huruvida vem som ska initiera behandlingen och följa upp densamma. Här är det för långt att diskutera detta, men man kan konstatera att det finns en nationell riktlinje som vi inte riktigt vet hur vi ska hantera. Preparaten i fråga är dels GLP-1-analogen liraglutid, dels SGLT-2-hämmaren empagliflozin. Vikten av att göra bättre för patienter med typ-2-diabetes betonas av det faktum att ettårsmortaliteten efter hjärtinfarkt sammanslaget alla åldersgrupper är ca 20% hos diabetiker jämfört med icke-diabetikernas ca 12%. Liraglutids effekt visades i den sk LEADER-studien som inkluderade patienter med akut koronart syndrom eller stroke tidigast 2 veckor efter

insjuknandet. Patienterna hade haft diabetes > 10 år. NNT för totalmortalitet var 71. Mediantiden för uppföljning i studien var ca 3,8 år. Det tål att betonas att man använde en dos av 1.8 mg dagligen dvs den högsta dosen till en kostnad av 50 kronor dagligen. Socialstyrelsen skriver, att ”avgörande för rekommendationen om GLP-1-analoger är att åtgärden som tillägg till annan peroral behandling ger viss viktminskning utöver den HbA1c-sänkande effekten samt att risken för hypoglykemi är låg. Kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår för GLP-1-analoger som tillägg till metformin är på nivån måttligt hög jämfört med sulfonureider eller insulin som tillägg till metformin.” Liraglutid har ingen begränsning vid nedsatt njurfunktion men bör utsättas vid terminal njursvikt. Vad empagliflozin beträffar presenterades dess effekt i den sk Empa-Reg-studien 2015. Den inkluderade patienter tidigast 2 månader efter hjärtinfarkt, stroke eller instabil angina där de flesta hade haft diabetes > 10

år. NNT för totalmortalitet var 38. Mediantiden för uppföljning i studien var ca 3,1 år. Man påvisade en minskad mortalitet med aktiv behandling jämfört med placebo. Subgruppsanalysen visar att effekten verkar finnas i den grupp som hade eGFR > 60. I detta sammanhang kan nämnas att SGLT-2-hämmare ej bör utsättas vid eGFR <60 och aktivt bör utsättas om eGFR < 45. Den farmakologiska effekten av preparatet upphör då eGFR <30. Denna patientgrupp är ofta äldre och har inte sällan signifikant nedsatt njurfunktion vilket på populationsnivå begränsar användningen av SGLT-2-hämmare. Kostnaden för empagliflozin är ca 14 kronor dagligen. I RIKS-HIA-data ses, att diabetiker som drabbas av en hjärtinfarkt och har ett eGFR < 60 har, sammanslaget alla åldersgrupper, en ettårsmortalitet på drygt 30% jämfört med diabetiker med eGFR > 60 som har drygt 10% ettårsmortalitet. Njurfunktionen har således ett enormt genomslag på prognosen efter hjärtinfarkt.

Det är således mycket viktigt, att erbjuda typ-2-diabetiker en bra lipid- och blodtrycksbehandling, få patienterna att sluta röka, föra en mer hälsosam livsstil, försöka reducera vikten och undvika njurskada. Hos dem med manifest akut hjärt-kärlsjukdom med etablerad diabetes > 10 år har tilläggsbehandling med liraglutid respektive empagliflozin visats minska mortaliteten och rekommenderas i de Nationella Riktlinjerna för diabetes att erbjudas denna patientgrupp med hög prioritet (prioritet 3). Hos diabetespatienter utan etablerad hjärt-kärlsjukdom har liraglutid och empagliflozin prio 5 i kombination med metformin och prio 7 som monoterapi.

KJELL MELANDER
Överläkare
Medicinkliniken
Kalix Sjukhus



Städa läkemedelslistan

Det är ett välkänt problem att patienter ibland tittar på listan över ”mina sparade recept” som de får från apoteket när det ska ta sina läkemedel. Denna stämmer sällan helt överens med den ordinationshandling som patienten får från vården då det på listan från apoteket kan finnas med preparat som är utsatta och ej ska användas av patienten framgent eller styrkor på läkemedel som ändrats. Hur ska vi då göra för att minska risken för att patienten doserar fel eller kanske hämtar ut läkemedel som de inte längre ska använda?

■ Idag florerar många olika läkemedelslistor där de olika listorna har olika syfte.

- läkemedelslistan i journalen
- ordinationshandling/dosrecept från Pascal
- ”Mina sparade recept” från apoteket och
- läkemedelsförteckningen från eHälsomyndigheten med uppgift om uthämtade läkemedel.

En korrekt och uppdaterad läkemedelslista i journalen är en förutsättning för att fullt ut kunna bedöma behandlingseffekter, risker med behandlingen

och biverkningar. För att undvika missförstånd är det viktigt att information om läkemedelsbehandlingen dels dokumenteras men även skriftligen kommuniceras med patienten.

Förutom att alltid lämna en utskrift av ordinationshandling vid ett besök till patienten alt närstående och självklart se till att denna är korrekt samt uppmana patienten att använda den vid dosering av läkemedlen kan ett tips vara att samarbeta med apoteken för att listorna från vården och apoteken ska bli så lika som möjligt.

Informera apoteken via patientanvisningen

Det kan till exempel gälla att styrkan på ett läkemedel eller dosen ska ändras. För att minska risken för att patienten fortsätter att dosera med den gamla styrkan kan man i patientanvisningen (den del som hamnar på etiketten) skriva något i stil med ”makulera tidigare rec, pat samtycker”. Eftersom antalet tecken som rymms i patientanvisning är begränsat gäller det självklart att hålla denna fras så kort som möjligt utan att budskapet för den skull blir otydligt.

Vid receptförnyelse utan några förändringar kan det även vara bra att ha med denna fras så det inte finns många recept på samma läkemedel där patienten riskerar att hämta ut mer läkemedel än vad som ska användas och även kan råka dubbelmedicinera om olika generiska läkemedel hämtas ut vid olika tillfällen.

Det förutsätter dock att man har patientens medgivande men

möjliggör för apoteken att hjälpa till att städa läkemedelslistan så att även den som patienten får från apoteken blir så lik läkemedelslistan i journalen som möjligt.

Om denna eller liknande fras står i patientanvisningen kan apoteken ta bort eventuella recept som ej längre är aktuella. Även om det handlar om ett preparatbyte så kan man använda denna funktion så länge man är tydlig med vad som avses.

Ett förslag är att justera mallen standarddoseringar (KM5) och lägga till denna strof ”makulera tidigare rec, pat samtycker” för de preparat som ofta används på en klinik. Detta för att minska risken för att det i förskrivningsögonblicket missas att lägga till frasen när den hade varit bra att ha med. Det krävs särskild behörighet för att lägga upp mallar, vilket några personer per enhet brukar ha.

LINDA GRAHN

Expeditionsintervall och Läkemedelsförteckningen

För att få en helhetsbild av patientens läkemedelsanvändning kan, förutom journalen, även läkemedelsförteckningen vara till hjälp. Vid ffa. förskrivning av beroendeframkallande läkemedel kan det vara bra att använda sig av funktionen expeditionsintervall alternativt att förskriva mindre förpackningar.

■ Använd expeditionsintervall

Vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel där man som förskrivare vill säkerställa att patienten inte hämtar ut samtliga uttag på receptet på en gång så kan det vara bra att använda sig av expeditionsintervall. Om det inte finns ett expeditionsintervall MÅSTE den angivna tiden passera mellan uttagen. Om det inte finns ett expedi-

tionsintervall kan patienten hämta ut alla uttag på en gång. Patienten får då endast det första uttaget inom förmånen, medan patienten helt får stå för kostnaden för de resterande uttagen.

Läkemedelsförteckningen

Läkemedelsförteckningen återfinns uppe till höger i läkemedelsmodulen (LM) i VAS. **Det krävs att man har patientens samtycke för att få titta i denna.**

I läkemedelsförteckningen finns 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.

För dospatienter nås läkemedelsförteckningen via Pascal. För övriga patienter kan den, förutom vid LM i VAS, även nås via mina vårdkontakter eller via NPÖ.

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

LINDA GRAHN

Ny föreskrift för ordination och läkemedelshantering

1 januari 2018 börjar en ny föreskrift om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården att gälla: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37). De nya reglerna är tänkta att förbättra patientsäkerheten i alla led i läkemedelshantering, från ordination till uppföljning av läkemedelsbehandling.

■ Den nya föreskriften förtydligar vårdgivarens ansvar, öppen- och slutenvården får gemensamma regler och kraven på kunskap, dokumentation samt uppföljning av läkemedelsbehandling höjs.

Föreskriften poängterar att den som ordinerar alltid ska göra en lämplighetsbedömning utifrån patientens behov samt pågående behandling innan hen ordinerar läkemedel.

Den som ordinerar läkemedel ska även säkerställa att läkemedelsordinationen följs upp. Det innebär bland annat att sätta en tidpunkt för när uppföljning ska göras för att ta ställning till om behandlingen ska fortsätta eller avslutas. Alternativt kan behandlingen tidsbestämmas direkt. När och hur läkemedelsbehandlingen ska följas upp eller avslutas ska dokumenteras i journalen. Vårdgivaren skall ha rutiner som säkerställer att ordinerad läkemedelsbehandling följs upp.

Vid ordinationer till barn ställs särskilda krav på säkerheten. Barnspecifika beslutsstöd och sådana IT-stöd som gör det möjligt att vid ordination ange uppgifter om barnets vikt, kroppsyta, ålder, styrkan på det färdigspädda läkemedlet och läkemedlets maxdos bör användas. Idag har vi tillgång till ePed.se.

Även om det praktiserats tidigare, ges nu sjuksköterskor enligt föreskriften möjlighet att i vissa situationer justera doseringen i en läkemedelsordination där doseringen är beroende av

en patients individuella mål- eller mätvärden. Hur, när och vem som får göra en dosjustering ska finnas dokumenterat i vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel i verksamheten. Här ska det

Ordination enligt generella direktiv är fortsatt möjlig, men ska även framgent utfärdas restriktivt. Det ska i läkemedelshanteringsrutinerna framgå hur vårdgivaren säkerställer att generella direktiv om läkeme-



Foto: Petra Isaksson

även specificeras vilka läkemedelsbehandling utfärdas på ett patientsäkert sätt. Av rutinerna ska det även framgå vilken eller vilka läkare som får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling.

Vårdgivaren skall säkerställa att den som iordningställer och administrerar eller överlämnar läkemedel alltid ska ha tillgång till information om läkemedelsordinationen. Föreskriften innehåller även utökade krav på vad som ska kontrolleras vid iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel.

Nya föreskriften ger möjlighet att delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel inom all hälso- och sjukvård, dock fortfarande med undantag för ambulanssjukvården. Vård-

givaren ansvarar för att det finns rutiner där det tydligt framgår i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med en god och säker vård att delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel i verksamheten. Det skall även framgå vilken kompetens och kunskap som krävs för den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel och denna kompetens ska finnas dokumenterad.

Vissa förändringar kräver anpassningar i IT-stöd, vilket hanteras av IT-läkemedelsgruppen. Bl a ser de över hur vi kan tillmötesgå kravet på att utbyte till likvärdigt läkemedel ska dokumenteras i journalen.

Socialstyrelsen kommer att ta fram en handbok för nya föreskriften samt följa upp tillämpningen av föreskriften i vården redan efter 1 år.

Handbok för läkemedelsbehandling utkommer i en ny upplaga med anledning av den nya föreskriften. Lokala rutiner behöver i viss mån omformas. Presentationsmaterial om nya föreskriften hittar ni här:

<http://insidan.nll.se/Var-dens-arbetsatt/Lakemedel/Lakemedelshantering/Nyhetsarkiv-Lakemedelshantering/lakemedelsnytt-november-2017/>

Kopplat till Handbok för läkemedelshantering finns mallar som kan vara till hjälp t ex för delegering och generella direktiv.

CAMILLA KARLSTRÖM
Leg. sjuksköterska

EVA PETTERSON
Leg. apotekare

Ökad risk för kardiovaskulära händelser vid utsättning av lågdos ASA

Vad blir effekten av att avsluta behandling med lågdos ASA i frånvaro av blödning eller kirurgi? Nedanstående refererade artikel visade att de patienter som fortsatte sin behandling med lågdos ASA hade lägst risk att insjukna i kardiovaskulära händelser, medan de patienter som hade ASA sekundärprofylaktiskt och avslutade sin behandling hade störst risk för kardiovaskulär händelse. Okritisk utsättning av Trombyl förefaller alltså vara förenat med sämre utfall för patienten.

■ I en studie kallad "Low-Dose Aspirin Discontinuation and Risk of Cardiovascular Events. A Swedish Nationwide, Population-Based Cohort Study" (Circulation.2017;136:1183-1192) studerade Sundström et al. effekten av att avsluta behandling med lågdos ASA (acetylsalicylsyra) i frånvaro av blödning eller kirurgi.

Man kopplade personnumret till förskrivning av Trombyl i det nationella läkemedelsregistret med slutenvårdsregistret och dödsorsaksregistret.

Alla >40 år som hade hämtat ut ASA 75-160 mg från 2005 till 2009 via recept eller dosdispensering inkluderades. 889 655 patienter, primär eller sekundärprofylaktiskt behandlade utan cancer och som inte avbröt behandlingen under det första året analyserades (ca 20% av alla ASA-naiva patienter gjorde aldrig ett andra uttag av receptet).

80 621 som fick en kardiovaskulär händelse under det första året eller dog under det

första året med ASA-behandling uteslöts för att få en uppfattning av resultatet av avbruten behandling efter en längre tids behandling med ASA.

Slutligen inkluderades 601 527 patienter i studien.

Fyra grupper identifierades; de med pågående behandling, de som avslutat behandlingen, de med sk ackumulerad period och de som hade 80% följsamhet med upp till en veckas uppehåll mellan dispenserering. Medelåldern var 73 år, hälften var kvinnor, 16% hade diabetes, hälften hade ASA utan tidigare sjukhusvård pga kardiovaskulär sjukdom.

Medianuppföljningstiden var 3.0 år motsvarande 1 491 369 personår. 19 978 personår uteslöts pga större kirurgi eller blödning. Resultatet visade, att de som fortsatte sin behandling med lågdos ASA hade lägst risk att insjukna i kardiovaskulära händelser, medan de som hade ASA sekundärprofylaktiskt men avslutade sin behandling hade en absolut ökad risk för kardiovaskulär händelse på 2.8%



per 100 patientår motsvarande 1 av 36 patienter/år. De med primärprofylaktisk behandling men som avslutade den hade en absolut ökad risk för kardiovaskulär händelse på 0.69% per 100 patientår motsvarande 1 av 145 patienter/år. Effekt på totalmortalitet redovisas inte.

1.4% drabbades av blödning eller större kirurgi.

Författarna drar slutsatsen, att i frånvaro av större blödning eller kirurgi förefaller det vara viktigt att fortsätta sin behandling med lågdos ASA.

Observera dock att riskerna för biverkningar alltid bör beaktas och vägas mot fördelarna med

behandlingen. Vid primärprevention överväger riskerna ofta med ASA-behandling, medan behandling vid sekundärprevention har en etablerat nyttoeffekt. Trombyl ska förskrivas i en dos av 75 mg dagligen och det finns inget skäl att använda 160 mg tabletter, som utan att höja den profylaktiska effekten bara ökar risken för blödning. Byte till 75 mg bör ske vid receptförnyelse. Okritisk utsättning av Trombyl förefaller alltså vara förenat med sämre utfall för patienten.

KJELL MELANDER
Överläkare Medicinkliniken
Kalix Sjukhus

Vill du informera i Behandlingsbladet? Kontakta oss på linda.grahn@norrboten.se