



# Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK  
NR 4, DECEMBER 2019, ÅRGÅNG 22



## Innehåll

- 2 Ordföranden har ordet**
- 3 Egenfinansierad dosdispensering**
- 4 Läkemedelsbehandling till patienter med laktosintolerans eller mjölkproteinallergi**
- 5 NSAID till patient som behandlas med trombocythämmare**
- 6 Lågdos ASA som primärprevention – risk eller nytta?**
- 8 Norrländska läkemedelsdagarna 2020**
- 9 Tips från läkemedelskommittén**
- 9 Prenumerera på läkemedelsrelaterade nyheter**
- 10 Viktigt att skilja listorna åt!**
- 11 Makulering av recept kräver apotekskontakt**
- 11 Vem äger receptet?**
- 12 Rapportera biverkningar**
- 13 Zopiklon vanligast vid dödsfall orsakade av förgiftning**
- 14 Bevakningsfunktion i Pascal**
- 16 Diklofenak inte längre receptfritt**
- 16 Spasmofen utgår**
- 16 Flunitrazepam utgår**

# Ordföranden har ordet

■ Julen närmar sig med stormsteg och jag hoppas många av er får möjlighet till vila, återhämtning och tid med nära och kära under julen. Det börjar även bli dags, för er som ska till Umeå för utbildningsdagarna ”Norrländska läkemedelsdagarna” (NLD) den 4-5 februari, att anmäla sig. Bifogat i detta nummer hittar ni programmet för dessa två dagar. Denna gång kommer det bland annat att handla om migrän, ögon och dysfagi. Slutföreläsare är Mai-Lis Hellenius.

Angående webbapplikationen Pascal så har det, för patienter med maskinellt dosdispenserade läkemedel, nyligen införts ett direktinkast från VAS till Pascal så att alla patientens receptförskrivna läkemedel förskrivs från Pascal. Många av de frågor vi får rör just Pascal och i ett försök att dels besvara flera av dessa, men även samla viktig information om Pascal, så har läkemedelskommittén tagit fram en anvisning för maskinellt dosdispenserade läkemedel. Anvisningen finns på läkemedelskommitténs hemsida. En annan viktig källa för information om Pascal är självklart Pascal handbok (tillgänglig via nätet). En funktion i Pascal som det är extra viktigt att känna till hur man kan använda är bevakningsfunktionen. Denna funktion kan underlätta arbetet, men det gäller att känna till vilka begränsningar som finns med den i och med att vi i Norrbotten har Pascal integrerat i VAS. Mer om detta i separat artikel.

Ett annat tips är att prenumerera på läkemedelsnyheter. Detta kan man göra dels via intranätet men även externt via nllplus. Vi har också, utifrån önskemål från flera verksamheter, lagt till en sida under läkemedelskommitténs webbplats med korta tips/

råd som främst riktar sig till primärvården.

Funktionen att vårdpersonal i Region Norrbotten kan vända sig till [lakemedel@norrbotten.se](mailto:lakemedel@norrbotten.se) med sina icke akuta läkemedelsfrågor har nu funnits i några år och två av de frågor som vi under denna tid fått redovisas i detta nummer. En av frågorna rör NSAID-behandling och den andra rör laktosintolerans.

En annan fråga som ofta dyker upp är vad som gäller angående primärprevention med ASA. Rekommendationerna här är tydliga att detta är ett ”icke-göra”, men det kan ändå finnas en viss tvekan i att sätta ut lågdos ASA hos en patient som stått på det primärpreventivt. Under det senaste året har det kommit några studier som tittat på primärprevention och jämfört nytta av behandlingen i form av minskad risk för kardiovaskulär händelse med risken för allvarlig blödning. Slutsatsen visar att fler personer drabbas av allvarlig blödning än antalet personer som undviker en hjärt-kärlhändelse med denna behandling.

Sedan har behandlingsarsenalen minskat genom att Spasmofen inte längre, på företagets initiativ, kommer att tillverkas. Man beräknar att det som finns producerat kommer att räcka till i början av nästa år, men att man därefter måste välja något annat alternativ. Även för läkemedel innehållande diklofenak kommer det att ske en förändring under nästa år då diklofenak i tablettform inte längre kommer att finnas tillgänglig receptfritt till följd av de hjärt-kärlbiverkningar som finns med detta läkemedel. Geler med diklofenak påverkas inte av denna förändring.

En annan fråga som diskuterats mycket den senaste tiden är frågan om egenfinansierad dos, där apoteksföretag erbjuder privatkunder att få sina läkemedel förpackade i dospåsar mot en avgift, men där vården blir involverad i detta i och med att patienten måste läggas upp i Pascal för att detta ska fungera. I dagsläget finns svårigheter som inte är tillräckligt utredda kring den privatfinansierade dosdispenseringen. Av den anledningen avråds förskrivare från att registrera samtycke i detta sammanhang.

Slutligen råder ibland en viss förvirring hos patienterna angående vilken av de listor som de fått som ska användas vid dosering av deras läkemedel. I ett försök att göra detta tydligare har vi tagit fram en patientinformation som visar på viktiga skillnader mellan den lista patienten får från vården och den lista som fås från apoteken. Förhoppningen är att minska de fel som kan uppstå om patienter använder apotekens lista för att dosera sina läkemedel. Av den anledningen är det viktigt att patienter alltid får med sig en uppdaterad och aktuell läkemedelslista vid sina vårdbesök. Om en behandling sätts ut – tänk då på att även makulera eventuella recept via ett apotek så att de inte finns kvar och kan orsaka förvirring och frågetecken hos patienten. Patientinformation om läkemedelslistorna återfinns på läkemedelskommitténs hemsida. Skriv gärna ut den och lämna till patienter som tycker det är svårt att veta skillnaden mellan dessa olika läkemedelslistor.

**Linda Grahn**



*God Jul & Gott Nytt År  
önskar  
Läkemedelskommittén*



# Egenfinansierad dosdispensering

## Läkemedelskommittén i Region Norrbotten avråder tills vidare förskrivare i länet att registrera samtycke för patienter som önskar egenfinansierad dosdispensering.

■ För personer som inte kan klara sin läkemedelshantering själv kan maskinellt dosförpackade läkemedel vara ett alternativ. Läkare bedömer i samråd med patient/närstående om kriterierna för lämplig patient är uppfyllda, se anvisningen "[Pascal och maskinellt dosdispenserade läkemedel i Region Norrbotten](#)". Region Norrbotten upphandlar tjänsten maskinellt dosdispenserade läkemedel och har för närvarande ett avtal med Svensk Dos.

I de fall där det finns medicinska skäl och läkaren bedömer att dosförpackade läkemedel är lämpligt kan patienter erbjudas dosdispenserade läkemedel via detta avtal. Region Norrbotten betalar då patientens dosdispenseringskostnad. Patienten själv betalar bara för sina läkemedel, enligt reglerna för högkostnadsskyddet.

Egenfinansierad maskinell dosdispensering innebär att patienter, som inte har några medicinska skäl till att få maskinell dosdispensering, på egen hand bekostar dosdispenseringstjänsten. Dessa patienter

ingår därmed inte i Region Norrbottens upphandlade dosavtal. I nuläget är det Apoteket AB som erbjuder egenfinansierad dos till patienter. De kallar sin tjänst för "Apoteket DosPac" och privatpersoner betalar 99 kr per månad utöver kostnaden för läkemedlen. De 99 kronorna ingår inte i högkostnadsskyddet. Mot avgift finns även möjlighet att få sina läkemedel hemlevererade, annars hämtas de på ett lokalt apotek.

Patienter som tecknar sig för tjänsten egenfinansierad dos måste registreras i förskrivningsverktyget Pascal, vilket enbart kan göras efter att en läkare registrerat patientens samtycke. När en patient samtyckt till att få sina läkemedel dosdispenserade via tjänsten DosPac tar Apoteket AB kontakt med den förskrivare som patienten uppger som sin huvudsakliga förskrivare och stämmer av om det finns medicinska skäl till att dosdispenserade läkemedel inte är lämpligt. I samråd med läkare och patient görs en läkemedelsavstämning där doseringstider bestäms och hänsyn tas till eventuella interaktioner. Om inga hinder föreligger startas processen i Apoteket AB's expeditionssystem. Därefter ska samtliga förskrivningar till patienten ske via Pascal. Patienten ansvarar själv för att ta kontakt med vården för att få sina recept förnyade samt för att få helt nya recept i de

fall man önskar avsluta tjänsten.

Läkemedelskommittén i Norrbotten anser att det i dagsläget finns många aspekter kring den egenfinansierade dostjänsten som inte är tillräckligt utredda. Sjukvården saknar bland annat rutiner för att hantera flera olika dosleverantörer. Det blir även ett merarbete för förskrivaren då det är en tidskrävande uppgift att lägga upp en patient i Pascal. Uppgiften saknar dessutom medicinsk motivering och riskerar att undantränga mer angelägna patientbehov. Frågan om ansvarsförhållandena för personer som ansluter sig till tjänsten är dessutom inte klarlagda. Läkemedelskostnaden riskerar också att bli högre för både patient och region än vid vanlig receptförskrivning eftersom dosdispenserade läkemedel, i många fall, kostar mer än läkemedel på sedvanliga recept. Detta gör att läkemedelskommittén tills vidare avråder förskrivare i länet från att registrera samtycke för patienter som önskar egenfinansierad dosdispensering.

Läkemedelskommittén kommer att revidera sin rekommendation om förutsättningarna förändras.

**Norrbottens läkemedelskommitté**



# Läkemedelsbehandling till patienter med laktosintolerans eller mjölkproteinallergi

**Frågan kommer ofta från laktosintoleranta patienter om de kan använda tabletter och kapslar som innehåller laktos. En följdfråga som ibland dyker upp är om patienter med mjölkproteinallergi kan använda kapslar och tabletter innehållande laktos.**

## ■ Laktosintolerans

Laktos, i form av laktosmonohydrat, är ett vanligt hjälpämne i tabletter och kapslar. En tablett eller kapsel innehåller dock mycket små mängder laktos, oftast inte mer än ett par hundra milligram.

Den mängd laktos personer med laktosintolerans tål utan besvär varierar. Det är dock värt att betona att de flesta tål fem gram laktos dagligen, vilket motsvarar den mängd som finns i en deciliter mjölk<sup>1</sup>. När det gäller tabletter och kapslar är laktosinnehållet i jämförelse således mycket lågt. Andra läkemedelsformer kan däremot innehålla större mängder laktos som kan orsaka magbesvär hos laktosintoleranta patienter. Ett sådant läkemedel är orala lösningar med laktulos som kan innehålla upp till 80 mg laktos per milliliter<sup>2</sup>.

Vill man leta efter laktosfria alternativ av tabletter och kapslar är produktregistret

VARA, som tillhandahålls av eHälsomyndigheten, ett bra alternativ att använda. Där kan man söka på läkemedelssubstans och få fram en lista över alla produkter innehållande aktuell substans som marknadsförs. Information om produkten innehåller laktos eller inte framgår när man klickar på produktnamnet.

## Mjölkproteinallergi

Läkemedel med laktos kan undantagsvis innehålla spår av mjölkprotein<sup>2</sup>. Svaret på en läkemedelsfråga som publicerats på Drugline.se, beskriver att laktosmonohydrat som används i farmaceutiska beredningar renas från komjölkprotein. Enligt krav från europeiska farmakopén är analysen för renhet av laktos dock en gränsanalys, vilket innebär att det teoretiskt skulle kunna finnas spårämnen av mjölkprotein kvar i laktosmonohydratet. Författarna beskriver vidare att man på Läkemedelsverket inte känner till några fall med allergiska reaktioner av komjölkproteinallergi efter intag av tabletter eller kapslar. Däremot känner man till ett fall av reaktion efter intag av inhalationsläkemedel<sup>3</sup>.

## Sammanfattning

De mängder laktos som ingår som hjälpämne i tabletter är små och utgör

normalt inget problem för en laktosintolerant patient och är därmed inte skäl till att avstå från medicinering. Om en laktosintolerant patient trots allt reagerar på mycket små mängder laktos och laktosfria alternativ saknas, kan man prova att ta tabletterna eller kapslarna tillsammans med receptfria tillskott av laktasenzym.

För patienter som har en komjölkproteinallergi och förefaller vara mycket känslig för mjölkprotein kan det vara nödvändigt att undvika laktosinnehållande läkemedel, om så är möjligt.

Evelina Bernberg

## Källor

1. [Livsmedelsverket.se](http://Livsmedelsverket.se) (citerat 29 april 2019)
2. FASS
3. "Kan en laktosintolerant person använda tabletter och kapslar som innehåller laktosmonohydrat?" 2015, 24513 [Drugline.se](http://Drugline.se)



## NSAID till patient som behandlas med trombocythämmare

**Hur ska man tänka kring behandling med NSAID till en patient som haft en hjärtinfarkt och står på trombocythämmare?**

### ■ Svar

Generellt rekommenderas försiktighet kring användningen av NSAID till patienter som behandlas med trombocythämmare, dels pga den ökade blödningsrisken och dels för att vissa NSAID i sig kan vara olämpliga till patienter med hjärt-kärlsjukdom.

Topikal behandling med NSAID påverkar däremot inte blödningsrisken så länge de används på rätt sätt. Väldigt liten mängd läkemedel når den systemiska cirkulationen vid topikal administration. Sådana beredningar kan således användas till hjärt-kärlsjuka patienter som behandlas med trombocythämmare.

Till hjärt-kärlsjuka är det vanligt att man rekommenderar normaldos ibuprofen eller naproxen. Det finns en ökad risk för arteriella trombotiska händelser associerade med diklofenak, liknande de för selektiva COX-2-hämmare<sup>1</sup>. Diklofenak är således kontraindicerat vid etablerad kronisk ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom och/eller cerebrovaskulär sjukdom<sup>2</sup>. Liksom

andra NSAID är diklofenak normalt inte lämpligt att använda vid hjärtsvikt. Även ur miljösynpunkt är diklofenak ett sämre val. Geler är ur detta perspektiv allra värst, eftersom de tvättas bort och sköljs ut i avloppet i helt ometaboliserad form.

Värt att nämna är också att det finns studier som visar att ibuprofen kan minska den antitrombotiska effekten av acetylsalicylsyra (ASA)<sup>3</sup>, medan naproxen tycks ha mindre påverkan på den antitrombotiska effekten av ASA och därmed kan vara ett bättre val.

Att pausa trombocythämmaren under en kortare kur med NSAID saknar evidens. Effekten av klopidogrel och ASA på trombocyterna är irreversibel och det tar flera dagar till full återhämtning av trombocytfunktionen. Risken med att göra ett uppehåll med trombocythämmaren är att blödningsrisken ändå är ökad inledningsvis och att den minskade effekten av trombocythämmaren kommer efter att patienten slutat med NSAID. Vidare finns ingen evidens för att NSAID ger samma antitrombotiska skydd som klopidogrel eller ASA.

Sammanfattningsvis bör NSAID användas med försiktighet till patienter med känd hjärt-kärlsjukdom. Där så är möjligt kan

andra smärtlindrande läkemedel som inte ökar blödningsrisken väljas i första hand. Om NSAID anses nödvändigt bör naproxen eller ibuprofen användas i första hand, i så låg dos som möjligt så kort tid som möjligt. Till patienter som behandlas med lågdos-ASA kan naproxen vara att föredra. Det finns generellt ingen anledning att göra en paus i behandling med trombocythämmare under tiden NSAID används.

**Evelina Bernberg**

### Referenser

1. "Samma försiktighetsåtgärder för att förhindra allvarliga hjärt-kärlbiverkningar rekommenderas för diklofenak som för selektiva COX-2-hämmare" Läkemedelsverket 2013-06-14 [Lakemedelsverket.se](http://Lakemedelsverket.se)
2. FASS
3. "Ibuprofen kan motverka den antitrombotiska effekten av acetylsalicylsyra (ASA)" [Janusinfo.se](http://Janusinfo.se) 2018-07-06



## Lågdos ASA som primärprevention – risk eller nytta?

Behandling med acetylsalicylsyra (ASA) rekommenderas som sekundärprevention, när patienten har konstaterad aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Behandling med ASA som primärprevention, dvs till patienter utan etablerad hjärt-kärlsjukdom är däremot omdiskuterad. Tydlig nytta med behandlingen ses vid sekundärprevention, medan risk-/nyttaförhållandet vid primärprevention inte är lika fördelaktigt.

■ Behandling med 75 mg acetylsalicylsyra, lågdos ASA, är en etablerad behandling som sekundärprevention vid hjärt-kärlsjukdom<sup>1,2</sup>. Läke-medelsverket skriver i sin behandlingsrekommendation från 2014<sup>2</sup> att dokumentationen för sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom med trombocythämmare, såsom ASA, är övertygande. Trombocythämning för primärprevention är däremot omdiskuterad på grund av mindre fördelaktigt nytta-/riskförhållande. I Antithrombotic Trialists (ATT) Collaborations metaanalys från 2009<sup>3</sup>, sammanfattar man att nyttan vid primärprevention med lågdos ASA är osäker, och att ytterligare studier behövs. Utifrån tillgänglig

data 2014 konstaterar Läke-medelsversverket således att vetenskapligt stöd saknas för primärpreventiv behandling med ASA i syfte att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom.

Efter att denna behandlingsrekommendation skrevs har flera studier publicerats där man tittat på den proppförebyggande effekten i förhållande till blödningsrisken, vid primärprevention med lågdos ASA. Vad visar de nyare studierna, är nettoeffekten positiv eller negativ vid behandling med lågdos ASA primärpreventivt?

I en av de nya studierna, av McNeil, JJ et al.<sup>4</sup> har man jämfört primärpreventiv

behandling med lågdos ASA (100 mg) och placebo. Drygt 19 000 studiedeltagare, 70 år eller äldre, utan kardiovaskulär sjukdom randomiserades till två grupper (ASA eller placebo). Efter i median 4,7 års uppföljning hade 10,7 kardiovaskulära händelser per 1000 personår registrerats i ASA-gruppen, jämfört med 11,3 per 1000 personår i placebo-gruppen (HR 0,95; 95% CI 0,83 – 1,08; ns). Vad gäller allvarliga blödningar hade 8,6 händelser per 1000 patientår registrerats i ASA-gruppen, jämfört med endast 6,2 per 1000 patientår i placebo-gruppen (HR 1,38; 95% CI 1,18–1,62; P<0.001). Denna studie kunde alltså visa en signifikant ökad risk för allvarlig blödning, samtidigt som risken

för kardiovaskulär händelse inte minskade signifikant.

Även nya metaanalyser har gjorts efter att Läke medelsverket skrev sin behandlingsrekommendation. Två metaanalyser med liknande inklusionskriterier har publicerats under 2019. I den ena, av Shah R et al.<sup>5</sup>, har data från 14 randomiserade, kontrollerade studier med totalt ca 165 000 patienter inkluderats. Den andra, av Zheng SL et al.<sup>6</sup>, inkluderade ungefär samma studier. Zheng SL et al. visade en signifikant minskad risk för kardiovaskulära händelser (60,2 per 10 000 personår med lågdos ASA jämfört med 65,2 per 10 000 personår utan lågdos ASA; HR 0,89; 95% CI 0,84-0,94)<sup>6</sup>. Shah R et al. visade i sin analys att risken för hjärtinfarkt minskade med 16% jämfört med placebo (RR 0,84; 95% CI 0,75 – 0,94). Vidare analyser av Shah R et al. visade en signifikant minskad risk för hjärtinfarkt endast i de äldre studierna, medan nyare studier inte kunde visa någon riskminskning. Denna skillnad menar man kan bero på att patienter i de äldre studierna hade en högre hjärt-kärlrisk pga rökning och avsaknad av statiner och blodtryckssänkande läkemedel. I de nyare studierna där hjärt-kärlrisken var bättre kontrollerad sågs ingen signifikant minskad risk för hjärtinfarkt<sup>5</sup>.

Vad gäller risken för blödning så visade Shah R et al. att risken för hjärnblödning ökade med 25% (RR 1,25; 95% CI 1,01-1,54) och risken för andra allvarliga blödningar ökade med 49% (RR 1,49; 95% CI 1,32-1,69). Man såg ingen skillnad mellan grupperna vad gäller stroke (oavsett orsak), totalmortalitet, eller kardiovaskulär död<sup>5</sup>. Likaså visade Zheng SL et al. att behandling med lågdos ASA signifikant ökade risken för allvarlig blödning jämfört med att inte behandlas med lågdos ASA (23,1 per 10 000 patientår med lågdos ASA jämfört med 16,4 per 10 000 utan lågdos ASA; HR 1,43; 95% CI 1,30-1,56)<sup>6</sup>.

Shah R et al. skriver som slutsats att rutinmässig användning av lågdos ASA som primärprevention kan ha en nettoeffekt som är skadlig, eftersom risken för blödningskomplikationer ökade utan att risken för hjärt-kärlsjukdom minskade<sup>5</sup>. Zheng SL et al. menar i sin slutsats att primärprevention i form av lågdos ASA visserligen kan minska risken för kardiovaskulära händelser, men samtidigt ökar risken för allvarlig blödning påtagligt<sup>6</sup>.

Hur ser det då ut hos diabetiker, är primärpreventiv behandling med lågdos ASA fördelaktig för dessa patienter? I en studie av The ASCEND Study Collaborative Group<sup>7</sup> randomiserades över 15 000 vuxna med diabetes, men utan känd kardiovaskulär

sjukdom, till två grupper – 100 mg ASA eller placebo. Studiedeltagarna följdes i medeltal 7,4 år och man såg en signifikant lägre förekomst av hjärt-kärlhändelser i ASA-gruppen jämfört med placebo (8,5% vs 9,6%; RR 0,88; 95% CI 0,79 – 0,97; p=0,01). Samtidigt såg man en signifikant ökad blödningsrisk i den behandlade gruppen (4,1% vs 3,2%; RR 1,29; 95% CI 1,09 – 1,52; p=0,003). Slutsatsen i artikeln är att den minskade risken för hjärt-kärlhändelser uppvägs av en motsvarande ökad risk för allvarlig blödning även hos individer med hög risk för hjärt-kärlsjukdom och hos diabetiker. Metaanalysen av Zheng SL et al.<sup>6</sup> visar samma sak. Inte heller ESC guidelines från 2019 rekommenderar primärpreventiv behandling med lågdos ASA till diabetiker<sup>8</sup>.

Sammanfattningsvis finns det alltså idag ytterligare evidens som styrker att primärpreventiv behandling med lågdos ASA har ett negativt nytta-/riskförhållande. Studierna visar enhälligt att lågdos ASA signifikant ökar risken för allvarlig blödning. Samtidigt är det tveksamt om risken för hjärt-kärlhändelser minskar. Hos diabetiker visar studierna visserligen en minskad risk för hjärt-kärlhändelser, men eftersom risken för allvarlig blödning samtidigt ökar är den absoluta nyttan tveksam även hos dessa patienter. Således tycks nettoeffekten vara övervägande negativ vid primärpreventiv behandling.

**Evelina Bernberg**

#### Referenser:

- 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>
- Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – behandlingsrekommendation. Information från Läke medelsverket 2014;25(5):20–33.
- Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009 May 30; 373(9678): 1849–1860. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60503-1
- McNeil JJ, Wolfe R et al. Effect of Aspirin on Cardiovascular Events and Bleedin in the Healty Elderly. *N Engl J Med*. 2018 Oct 18;379(16):1509-1518. doi: 10.1056/NEJMoa1805819
- Shah R, Kahn B et al. A Meta-Analysis of Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in the Context of Contemporary Preventive Strategies. *Am J Med*. 2019 May 31. pii: S0002-9343(19)30448-6. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.05.015.
- Zheng SL and Roddick AJ. Association of Aspirin Use for Primary Prevention With Cardiovascular Events and Bleeding Events. A systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2019 Jan 22;321(3):277-287. doi: 10.1001/jama.2018.20578
- ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M et al. *N Engl J Med*. 2018 Oct 18;379(16):1529-1539. doi: 10.1056/NEJMoa1804988.
- 2019 ESC Guidelines on Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases developed in collaboration with the EASD. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Diabetes-Pre-Diabetes-and-Cardiovascular-Diseases-developed-with-the-EASD>

# Norrländska läkemedelsdagarna 2020

Programmet för Norrländska läkemedelsdagarna är nu spikat. Utbildningsdagarna, som går av stapeln på Folkets Hus i Umeå den 4-5 februari 2020, riktar sig i första hand till primärvården, men alla är såklart välkomna att delta. Länk för att anmäla sig till dessa utbildningsdagar finns på läkemedelskommitténs hemsida. **Sista anmälningdag 15 januari.**

■ Programmet för 2020 innehåller följande punkter:

## Tisdagen 4/2

10:00 – 11:45	Palliativ medicin Palliativ symtomlindring <i>Henrik Ångström, Överläkare, Palliativ medicin, Umeå</i>
11:45 – 12:00	ELINOR – Evidensbaserad läkemedelsinformation i norr, två fallbeskrivningar.
12:00 – 13:00	Lunch
13:00 – 14:45	Hur vara professionell i mötet med läkemedelsberoende patienter – en klinisk utmaning <i>Per Steneryd, Specialist allmänmedicin, Region Halland</i>
14:45 – 15:15	Fika
15:15 – 17:00	Migrän: risk- och friskfaktorer i ett stressfyllt samhälle Hur hitta en optimal terapi för den enskilde individen? <i>Anna-Karin Roos, Neurolog Region Jämtland/Härjedalen</i> <i>Jane Garli, Fysioterapeut Region Jämtland/Härjedalen</i>

## Onsdagen 5/2

08:00 – 09:45	Ögonsjukdomar Läkemedel vid folksjukdomen glaukom <i>Gauti Johannesson, Överläkare och docent vid Ögonkliniken i Västerbotten, Umeå</i> Läkemedel vid kataraktkirurgi och inflammationsbehandling <i>Anders Behndig, Överläkare och Professor vid Ögonkliniken Västerbotten, Umeå</i> Torra ögon – hur kan vi hjälpa patienter? <i>Erika Rasmusson, ST-läkare vid Ögonkliniken Västerbotten Umeå</i>
09:45 – 10:15	Fika
10:15 – 12:00	Dysfagi Dysfagi ur ett Öron-Näsa-Halsperspektiv <i>Katrine Halling Renström, Överläkare Öron- näs- halskliniken Sundsvall</i> Dysfagi ur logopedens perspektiv <i>Anna Nilsson, Logoped Rehabiliteringskliniken Sundsvall</i>
12:00 – 13:15	Lunch
13:15 – 15:00	Avslutande föreläsning Senaste nytt om livsstil och hälsa – trendkänsligt område, men vad säger forskningen? <i>Mai-Lis Hellenius, Professor Karolinska Institutet</i>

Hoppas ni finner programmet intressant och har möjlighet att delta på plats. Tanken är att föreläsningarna ska spelas in och gå att titta på i efterhand.

Linda Grahn



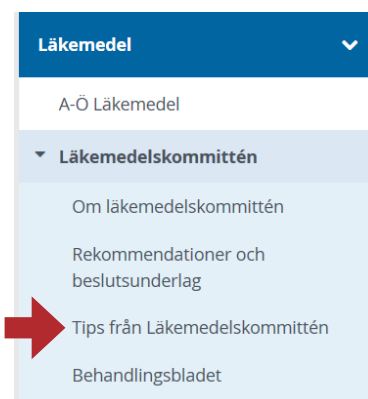
# Tips från läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén har fått in önskemål från några hälsocentraler om att regelbundet skicka ut kortfattad information med tips och råd kring läkemedel. Med den bakgrunden kommer information att skickas ut till respektive hälsocentral samt läggas ut på läkemedelskommitténs hemsida.

■ Tanken med korta tips från läkemedelskommittén är att det ska vara en möjlighet att nå ut med kortfattad information rörande läkemedel som kan vara bra för förskrivarna runt om i länet att känna till, vilket innebär att informationen kan handla om lite av

varje. Det kan handla om nyheter gällande läkemedel, om viktiga indragningar eller restnoteringar eller påminnelser och tips vid förskrivning av läkemedel både utifrån ekonomiska aspekter men även utifrån kvalitetsaspekter. Det kommer dock inte att vara en källa för att få information om alla restnoteringar då denna information istället finns samlad på Läkemedelsverkets hemsida.

Denna information kommer att publiceras under Läkemedelskommitténs hemsida (se bild), men den kommer även, utifrån önskemål från verksamheten, att mailas ut till de olika hälsocentralerna.



Om ni har förslag på något ämne som ni tycker att vi borde ta upp så är ni välkomna att höra av er.

Linda Grahn

# Prenumerera på läkemedelsrelaterade nyheter

Regionen går vid behov ut med viktig, ibland brådskande, information gällande läkemedel. För att snabbt kunna ta del av denna information kan du prenumerera på våra läkemedelsrelaterade nyheter. Alla kan prenumerera via [nllplus.se](http://nllplus.se). Som regionanställd har du också alternativet att prenumerera via Insidan (intranätet).

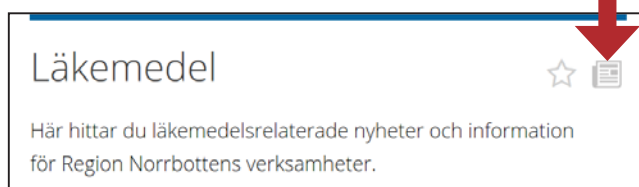
## ■ Anställd inom region Norrbotten

Är du anställd inom Region Norrbotten kan du följa regionens läkemedelsrelaterade nyheter via Insidan (intranätet). Sök upp "Vårdens arbetssätt"/"Läkemedel" och klicka på ikonen för att lägga till sidan i "Mina nyheter" (figur 1). Därefter kommer varje ny läkemedelsrelaterad nyhet att indikeras med en röd prick i fliken för "Mina nyheter" på Insidans startside (figur 2).

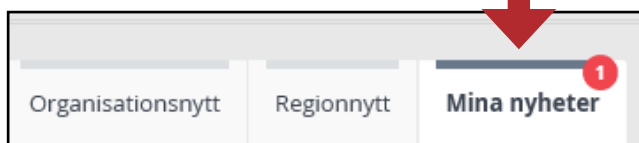
## Via hemsidan på [nllplus.se](http://nllplus.se) – öppen för alla

Här presenterar vi nyheter som även berör externa förskrivare och övriga intresserade utanför Region Norrbotten. Vill du få dessa läkemedelsrelaterade nyheter skickade till din e-post kan du prenumerera på dem via [nllplus.se](http://nllplus.se). För att börja din prenumeration söker du upp sidan med läkemedelsrelaterade nyheter (figur 3) och klickar på **P**, som återfinns längst ner på sidan. Fyll i din e-postadress och klicka på "Prenumerera".

Jennie Lundström



Figur 1. Klicka på ikonen för att lägga till "Läkemedel" i "Mina nyheter" på Insidan (intranätet).



Figur 2. Nypublicerade nyheter indikeras med röd prick i fliken "Mina nyheter" på Insidans (intranätets) startside.



Figur 3. Nyheter om läkemedel på [nllplus.se](http://nllplus.se)

# Viktigt att skilja listorna åt!

Ett återkommande problem är att patienterna använder de listor som de får från apoteken, kallade "Mina sparade recept", för att dosera sina läkemedel. Listorna från apoteken är inte till för att se vilka läkemedel som är aktuella för en patient utan är en lista över vilka recept på läkemedel som patienten har kvar att hämta ut av. Listorna från apoteken kan sakna viktiga läkemedel om sista uttaget av receptet är gjort. De kan även innehålla inaktuella doseringar och andra felaktigheter. För att hjälpa patienterna att skilja på dessa olika listor har en patientinformation tagits fram, vilken återfinns på läkemedelskommitténs sida och kan skrivas ut och ges till patienter.

■ Vid vårdbesöket får patienten en lista över de läkemedel som patienten ska använda och i vilken dos. Det är patientens aktuella läkemedelslista och det är den som patienterna ska utgå ifrån när de tar sina läkemedel. Ofta använder dock patienter den lista de får från apoteken för att dosera sina läkemedel. Listan som patienten får vid sina besök på ett apotek är en sammanställning av patientens elektroniskt sparade recept och visar bland annat receptens giltighetstid och kvarstående uttag. Listan från apoteken fyller en funktion i och med att patienterna inte längre har gula recept hemma som visar hur många uttag som finns kvar av ett visst läkemedel eller när receptet går ut, men det är viktigt att den inte används för att dosera läkemedel, eftersom listan från apotek

exempelvis kan innehålla recept och doseringar som inte längre är aktuella. Recept på aktuella läkemedel kommer också att saknas på denna lista om sista uttaget är gjort och receptet inte är förnyat.

I ett försök att minska risken för att patienter förväxlar dessa listor har en patientinformation tagits fram som visar på skillnaderna mellan listorna. Denna går att skriva ut från läkemedelskommitténs hemsida och ge till patienten. Det står även fritt för apotek att skriva ut och ge detta informationsblad till patienter.

Linda Grahn



Aktuell läkemedelslista från vården

## FÖRVÄXLINGSRISK!

Mina sparade recept från apotek

Vid ditt vårdbesök får du en lista över de läkemedel du ska använda och i vilken dos. Det är din **Aktuella läkemedelslista**. Du känner igen den listan på att den har Region Norrbottens logotyp i övre vänstra hörnet. Saknar du en sådan lista – be din läkare eller sköterska om en ny. Utgå alltid från den när du tar dina läkemedel. Om du använder läkemedel som inte finns med på listan – meddela din läkare vilka. Ta alltid med läkemedelslistan vid vårdbesök!

På apoteket får du en sammanställning av dina elektroniskt sparade recept – **Mina sparade recept** på apotek. Den visar bland annat receptens giltighetstid och kvarstående uttag. Obs! Denna lista kan innehålla recept och doseringar som inte längre är aktuella. Recept på aktuella läkemedel saknas på denna lista om sista uttaget är gjort och receptet inte är förnyat.

Aktuell läkemedelslista					ÅÅ ÅÅÅÅÅÅ-XXXX	
Alla vårdgivare					Ettensens, Förmann	
Utskrift av Förmann Ettensens, Hälsocentral Datum 201903						
Rägländans meddel	Morgn	Lunch	kväll	Kväll	Användning	
<b>NOXALOLE</b>					1 doser per morgn med förtäring	
2 Piller 80 mg (10 mg i doser) Folj 10007 Svenska Apotek, Kungälv, Kungälv Ordnar: Förmann Ettensens Hälsocentral						
<b>ACETYLSALICYLYRA TEVA</b>					1 tablett varje morgn. Förtäring vid förtäring	
75 mg Tablet Folj 10007 Svenska Apotek, Kungälv, Kungälv Ordnar: Förmann Ettensens Hälsocentral						
<b>GLYTRIN</b>					1 sprinjering vid behov med förtäring	
5 g Injektionsvätska Folj 10007 Svenska Apotek, Kungälv, Kungälv Ordnar: Förmann Ettensens Hälsocentral						
<b>METOPROLOL SANDOZ</b>					1 tablett varje morgn för blodtryck och hjerta	
50 mg Depottablett Folj 10007 Svenska Apotek, Kungälv, Kungälv Ordnar: Förmann Ettensens Hälsocentral						
<b>ENALAPRIL KRKA</b>					1 tablett varje morgn för blodtryck	
5 mg Tablet Folj 10007 Svenska Apotek, Kungälv, Kungälv Ordnar: Förmann Ettensens Hälsocentral						

### Viktigt att skilja dessa båda listor åt!

När du tar dina läkemedel ska du följa den **Aktuella läkemedelslistan**.

**TIPS!** Ta med den **Aktuella läkemedelslistan** till apoteket som då kan stämma av mot **Mina sparade recept** och ta bort recept som inte längre gäller.

Patientinformation framtagen av Läkemedelskommittén Region Norrbotten 191104

Mina sparade recept på apotek 2019-10-03				
Personnummer: ÅÅÅÅÅÅ-XXXX		Hälsöcentralen		Utskriftsdatum: 2019-10-03
Namn: Ettensens, Förmann		Födelseår: 1980-01-01		Utskriftsdatum: 2019-10-03
<input type="checkbox"/>	2019-05-27	Acetylsalicylyra Teva, tablett 75 mg	1 x 100 styck	300 styck
		Acetylsalicylyra	1 TABLETT VARJE MORGON FÖR BLODTRYCKET	4 uttag
Utskrift av:	Förmann Ettensens, Läkare, M, Kungälv	Sensata uttag:	2019-05-01	Nästa uttag inom Ettensens Hälsocentral: 2019-05-01
<input type="checkbox"/>	2019-05-27	Enalapril Krka, tablett 5 mg	1 x 100 styck	300 styck
		Enalapril	1 TABLETT VARJE MORGON FÖR BLODTRYCKET	4 uttag
Utskrift av:	Förmann Ettensens, Läkare, M, Kungälv	Sensata uttag:	2019-05-01	Nästa uttag inom Ettensens Hälsocentral: 2019-05-01
<input type="checkbox"/>	2019-05-27	Metoprolol Sandoz, depottablett 25 mg	1 x 100 styck	300 styck
		Metoprolol	1 TABLETT VARJE MORGON FÖR BLODTRYCKET OCH HJERTA	4 uttag
Utskrift av:	Förmann Ettensens, Läkare, M, Kungälv	Sensata uttag:	2019-05-01	Nästa uttag inom Ettensens Hälsocentral: 2019-05-01
<input type="checkbox"/>	2019-08-15	Metoprolol Sandoz, depottablett 50 mg	1 x 100 styck	300 styck
		Metoprolol	1 TABLETT VARJE MORGON FÖR BLODTRYCKET OCH HJERTA	4 uttag
Utskrift av:	Förmann Ettensens, Läkare, M, Kungälv	Sensata uttag:	2019-08-01	Nästa uttag inom Ettensens Hälsocentral: 2019-08-01
<input type="checkbox"/>	2019-05-27	Noxalole, pulver till oral lösning	2 x 10 styck	200 styck
		Noxalole	1 DOSERÄRE VARJE MORGON MED FÖRTÄRING	2 uttag
Utskrift av:	Förmann Ettensens, Läkare, M, Kungälv	Sensata uttag:	2019-05-01	Nästa uttag inom Ettensens Hälsocentral: 2019-05-01

Figur 1. Läkemedelslistor förväxlingsrisk - patientinformation



## Makulering av recept kräver apotekskontakt

Om ett läkemedel ska sättas ut och det finns ett eller flera aktiva recept med uttag kvar skickade till apotek är det viktigt att inte bara sätta ut läkemedlet i VAS utan att även kontakta ett apotek för att ta bort receptet. I annat fall finns det en risk att patienten fortsätter att hämta ut det utsatta läkemedlet. Detsamma kan även appliceras om man ändrar styrka/dosering på ett läkemedel samt självklart om ett felaktigt recept råkat skickas iväg – det räcker inte att makulera i VAS utan man måste även makulera det ivägskickade receptet hos ett apotek.

■ I läkemedelsmodulen i VAS finns ingen möjlighet att makulera recept som skickats iväg till apotek, varför det är viktigt att komma ihåg att meddela ett apotek om ett recept ska makuleras även från deras sida. För att komma i kontakt med ett apotek kan man såklart ringa upp ett valfritt öppenvårdsapotek för att makulera receptet. Om det handlar om en dosjustering av befintligt läkemedel där exempelvis en ny styrka förskrivs så kan man i patientanvisningen eller i meddelande till apotek be dem makulera

tidigare recept på det aktuella läkemedlet för att minska risken att patienten hämtar ut fel styrka av läkemedlet.

En annan viktig del att tänka på är att optimera mängden läkemedel för varje uttag så att det, om det handlar om en kontinuerlig behandling som exempelvis en blodtrycksbehandling, finns möjlighet för patienten att hämta ut läkemedel för tre månaders förbrukning. Om patienten har ett befintligt recept på en viss styrka med doseringen

1 tablett dagligen och förskrivaren ändrar så att patienten ska ta 2 tabletter dagligen utan att skicka ett nytt recept, så kommer patienten att endast få ut läkemedel för 1,5 månad i taget. Därför är det viktigt vid t ex doseringsändringar att även skriva ett nytt recept med en optimerad mängd läkemedel att ta ut vid varje tillfälle samt att också makulera det tidigare skickade receptet om det finns uttag kvar på det.

En makuleringsfunktion har länge funnits på ”önskelistan” gällande förbättringar i VAS, men i och med att VAS, inom ett antal år, är tänkt att ersättas med ett annat journalsystem så kommer det inte att komma någon makuleringsfunktion förrän vi bytt journalsystem. Fram till dess får vi göra så gott vi kan med de alternativ som finns tillgängliga.

Linda Grahn

## Vem äger receptet?

Då och då kommer frågan upp om vem som äger ett recept efter att det förskrivits. En förekommande missuppfattning är att receptet ägs av patienten och att läkaren därmed inte skulle ha rätt att ta tillbaka receptet, till exempel genom att be ett apotek makulera det.

■ Vad som gäller i dessa fall finns beskrivet i vägledningen till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Enligt denna vägledning är recept inte att betrakta som kundens

egendom utan som en licens från förskrivaren som berättigar till uttag av läkemedlet eller varan på apotek. Om det visar sig att det inte längre är aktuellt att behandla patienten med det förskrivna läkemedlet ska läkaren kunna vidta lämpliga åtgärder för att förhindra att fler uttag görs på receptet, oavsett om det handlar om ett elektroniskt recept eller ett pappersrecept. Åtgärden kan vara att be patienten lämna tillbaka receptet eller se till att det makuleras på apoteket.

Jennie Lundström

### Källa

Förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit – Vägledning till Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2016:34) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Version 6, oktober 2019, dnr: 3.2.1-2019-030624  
[https://lakemedelsverket.se/upload/lvfs/vagledningar/Vagledning%20till%20HSLF-FS%202016\\_34\\_Version\\_%20191006.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/lvfs/vagledningar/Vagledning%20till%20HSLF-FS%202016_34_Version_%20191006.pdf)



# Rapportera biverkningar

**Det är viktigt att rapportera biverkningar till Läke­medelsverket. Det räcker med misstanken om en läke­medelsbiverkan för att den ska rapporteras, den behöver inte vara utredd eller bekräftad. Reglerna gäller även naturläkemedel, vissa utvärtes läke­medel och veterinära läke­medel. Rapportering önskas dessutom för kosmetika och hygieniska produkter. Alla biverkningsrapporter skickas till Läke­medelsverket.**

## ■ Varför är det viktigt?

Vid godkännandet av nya läke­medel är endast de vanligaste biverkningarna kända. Kunskapen om mer ovanliga biverkningar är ofta mycket begränsad. En bra biverkningsrapportering är därför av stor betydelse för att klargöra riskprofilen hos läke­medel när de kommit i normalt bruk av patienter. Det är särskilt viktigt att rapportera biverkningar för läke­medel som är föremål för så kallad utökad övervakning, märkta med ▼. Det är

också viktigt att rapportera allvarliga och/eller okända misstänkta biverkningar eller de som tycks öka i frekvens. Även biverkningar i samband med felanvändning, förgiftningar, överdoseringar, missbruk eller användning utanför godkänd indikation ska rapporteras enligt EU:s regler.

## Gör så här:

Alla biverkningsrapporter skickas till Läke­medelsverket. Det finns idag två sätt att rapportera biverkningar från sjukvården och för konsumenter. Den ena sättet är Läke­medelsverkets e-tjänster och det andra är via pappersblanketter. Samtliga e-tjänster och blanketter hittar du på [Läke­medelsverkets hemsida](#).

Direktlänk till e-tjänst [Biverkningsrapport från hälso-sjukvårdspersonal](#).

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses läkare, sjuksköterskor, tandläkare och

farmaceuter. Det är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillse att rapportering av misstänkta biverkningar sker. I praktiken är det dock hos sjukvårdshuvudmannen anställd hälso- och sjukvårdspersonal som sköter rapporteringen.

Farmaceuter i detaljhandeln har inte skyldighet att rapportera biverkningar, dock rekommenderas alla farmaceuter att rapportera misstänkta biverkningar. Eftersom detaljhandel med läke­medel inte definieras som hälso- och sjukvård, måste samtycke erhållas från patient om sekretesskyddande uppgifter (t.ex. namn, födelsedatum) rapporteras vidare från farmaceut i detaljhandeln.

Evelina Bernberg

## Källa

[lakemedelsverket.se](http://lakemedelsverket.se)

# Zopiklon vanligast vid dödsfall orsakade av förgiftning

Sömnläkemedlet zopiklon var den enskilt vanligaste substansen bland dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar under perioder 2012-2017 enligt en rapport från Socialstyrelsen. Det är också vanligt med olika kombinationer av substanser.

■ De senaste åren har läkemedels- och narkotikaförgiftningar i snitt orsakat 900 dödsfall/år, varav ca hälften handlar om oavsiktliga överdoser, en fjärdedel om suicid och för resterande fall är orsaken oklar. Informationen är hämtad från registrering av substanser på dödsorsaksintygen. Den nya så kallade substansmodulen som registrerar de enskilda substanserna är en del av dödsorsaksregistret.

Läkemedels- och narkotikaförgiftningar är vanligare bland män än kvinnor, där dödsfallen bland män är vanligast i yngre åldrar medan dödsfallen bland kvinnor är vanligare bland något äldre personer.

## Zopiklon enskilt vanligaste substans

Zopiklon var den enskilt vanligaste substansen som registrerats bland alla dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar under åren 2012-2017. Det är dock stor skillnad på vilka substanser som bidragit till dödsfallet beroende på om det handlar om olycksfallsförgiftning eller suicid.

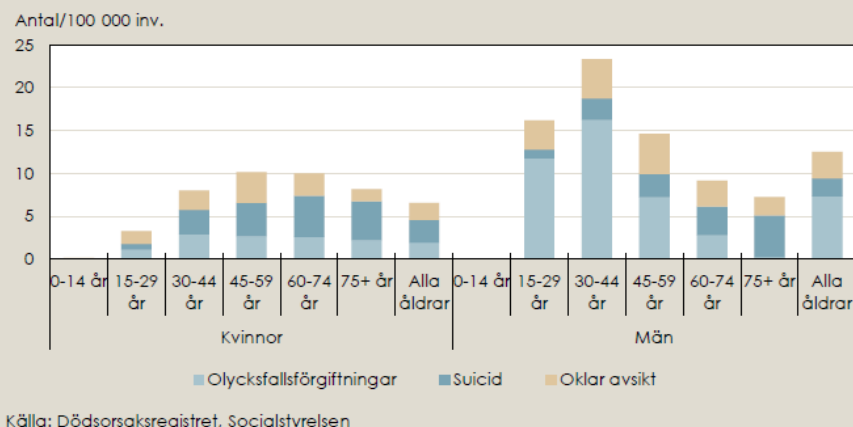
Opioider är vanligast förekommande bland olycksfallsförgiftningar, där buprenorfin är vanligast följt av heroin och metadon.

Bland förgiftningar klassade som suicid är sömmedel och lugnande medel samt antidepressiva vanligare. Zopiklon, var här den enskilt vanligaste substansen följt av propiomazin och tramadol. Även paracetamol finns med, framför allt bland suicid.

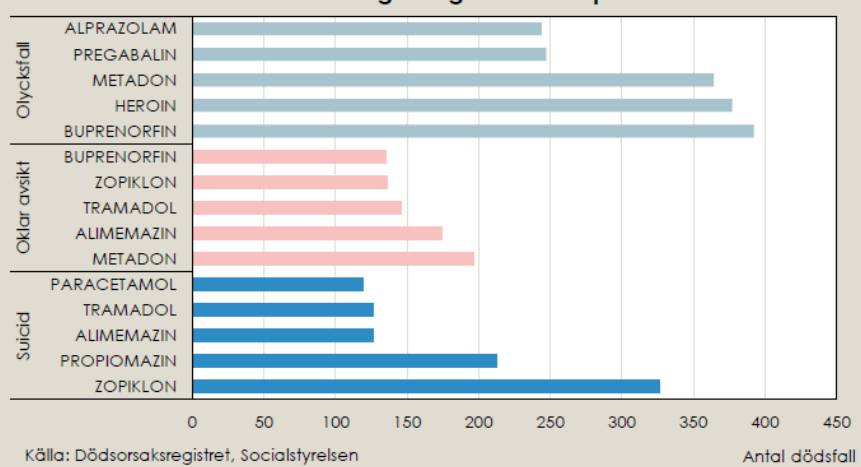
## Vanligt med flera substanser

Hos ca hälften av dödsfallen under den angivna perioden handlade det om mer än en

Figur 1. Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt, ålder och kön, år 2017



Figur 2. De fem vanligaste substanserna bland dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat på avsikt. År 2012-2017



substans som bidragit till dödsfallet, varav det i 30 % av fallen handlade om tre eller fler substanser. Buprenorfin i kombination med alprazolam var den vanligast förekommande kombinationen.

## Källa

Socialstyrelsen: Ny information om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, publicerad 2019-03-27

Linda Grahn



# Bevakningsfunktion i Pascal

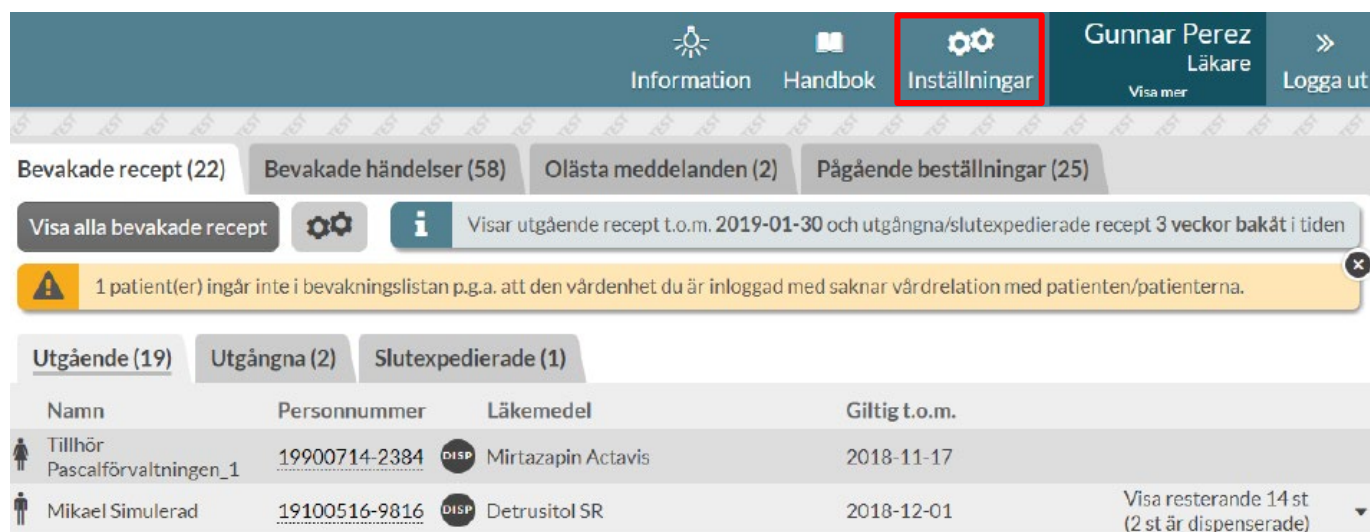
I Pascal finns möjlighet att ha bevakning på såväl enskilda patienter som leveransadresser, t ex apotek eller särskilda boenden. Alla läkare och sköterskor med medarbetaruppdrag i IHSak kan använda funktionen.

Bevakningsfunktionen är en hjälp för förskrivaren att hålla koll på patienternas dosdispenserade läkemedel. Via bevakningsfunktionen kan man se vilka av de bevakade

patienterna som har recept som håller på att gå ut, precis har gått ut eller är slutexpedierade samt de patienter som har fått ändringar i sin läkemedelslista. Genom att klicka på det understruken personnumret för en patient med utgående, utgångna eller slutexpedierade recept kommer man in på patientens läkemedelslista, figur 1.

Att använda bevakningsfunktionen kan vara ett stöd för att minska risken att

läkemedel försvinner ur dosrullarna på grund av att receptet inte blivit förnyat innan giltighetstiden har gått ut. Bevakningslistan är personlig och varje förskrivare styr innehållet i bevakningslistan via fliken Bevakning under Inställningar. Det går dels att bevaka patienter, men även hela leveransadresser, med denna funktion.



Information Handbok **Inställningar** Gunnar Perez Läkare Logga ut

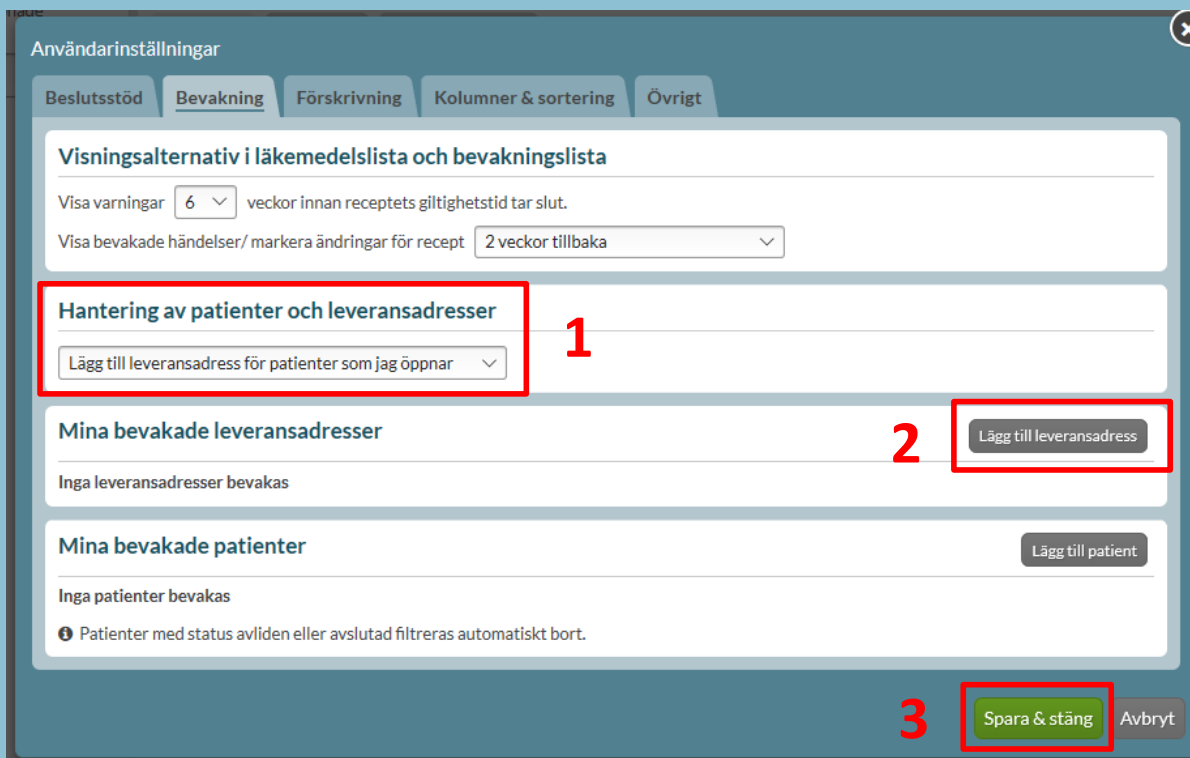
Bevakade recept (22) Bevakade händelser (58) Olästa meddelanden (2) Pågående beställningar (25)

Visa alla bevakade recept Visar utgående recept t.o.m. 2019-01-30 och utgångna/slutexpedierade recept 3 veckor bakåt i tiden

1 patient(er) ingår inte i bevakningslistan p.g.a. att den vårdenhet du är inloggad med saknar vårdrelation med patienten/patienterna.

Utgående (19)	Utgångna (2)	Slutexpedierade (1)	
Namn	Personnummer	Läkemedel	Giltig t.o.m.
Tillhör Pascalförvaltningen_1	<u>19900714-2384</u>	DISP Mirtazapin Actavis	2018-11-17
Mikael Simulerad	<u>19100516-9816</u>	DISP Detrusitol SR	2018-12-01 Visa resterande 14 st (2 st är dispenserade)

Figur 1. Förstasidan i Pascal.



Figur 2. Fliken Bevakning – här görs inställningar för bevakning av patient eller leveransadress.

### Inställning av bevakningar i Pascal

Bevakningen ställs in via knappen Inställningar i Pascal, figur 1, och fliken Bevakning, figur 2.

Ställa in bevakning av leveransadress, figur 2.

1. Välj ”Lägg till Leveransadress för patienter som jag öppnar” i drop-down-menyn ”Hantering av patienter och leveransadresser”. Det kan låta ologiskt, men det är ett krav för att det ska fungera.
2. Välj vilka leveransadresser som ska ingå via knappen ”Lägg till leveransadress”
3. Glöm inte att spara!

Om istället enskilda patienter ska bevakas kan man ställa in ”Hantering av patienter och leveransadresser” på ”Fråga för alla patienter jag öppnar”, eller lägga till manuellt med valet ”Lägg till patient” under ”Mina bevakade patienter”, figur 2. Mer information om hur bevakningsfunktionen används finns i [Ineras Pascalhandbok](#).

### Olika sätt att logga in i Pascal

Förskrivning av läkemedel till patienter med maskinellt dosdispenserade läkemedel ska alltid göras i Pascal. Det är då viktigt att logga in i Pascal via VAS/LM med SITHS-kort, så att VAS/LM automatiskt uppdateras med de ändringar som görs i Pascal. Att dokumentera ordinationerna i

journalen är, utöver ett lagkrav, nödvändigt för att bevara ordinationshistoriken och för patientsäkerheten.

Tyvärr kan bevakningsfunktionen inte användas när inloggning i Pascal sker via VAS. Inloggning måste i detta fall ske direkt via webapplikationen av Pascal. Bäst är att använda Sjunet:

<https://siths.ordinationpascal.sjunet.org/#/start>

Det är viktigt att vara medveten om att arbete i Pascal, utan inloggning via VAS, medför risker. Den största risken är att läkemedel som förskrivs, inte per automatik överförs till VAS/LM och att information om ordinationen därmed försvinner när receptets giltighetstid går ut. Inaktuella recept sparas visserligen i ytterligare 14 månader i Pascal, men försvinner sedan helt ur systemet. Om en patient inte längre ska vara dospatient kan patienten avslutas i Pascal. När patienten avslutas försvinner all information som lagrats i Pascal (max 26 månader bakåt i tiden). Har förskrivning skett via webapplikationen utan replikering till VAS/LM försvinner således all information om patientens läkemedel i samband med att patienten avslutas i Pascal.

Det kan finnas tillfällen där förskrivaren måste använda webapplikationen av Pascal. Det kan vara när inloggning via

VAS inte är möjligt, t ex vid rond på särskilt boende, eller när bevakningsfunktionen ska användas. För att säkerställa att förskrivningar som gjorts via webapplikationen överförs till VAS/LM ska man i efterhand logga in i VAS och öppna LM för den aktuella patienten. På detta sätt sker replikering mellan Pascal och VAS, så att ordinationen blir spårbar samt blir lagenligt dokumenterad i VAS.

### Ny Pascalanvisning för Norrbotten

Läkemedelskommittén har tagit fram en anvisning – [Pascal och maskinellt dosdispenserade läkemedel i Region Norrbotten](#) – som gäller för förskrivare och vårdpersonal i Norrbotten samt dosapoteket. Den finns publicerad både på regionens intranät och på nllplus.se och är tänkt att fungera som ett uppslagsverk som stöd vid förskrivning av läkemedel i Pascal. I anvisningen finns, utöver det som tagits upp i den här artikeln, bland annat kriterier för bedömning av om patienten är lämplig för maskinell dosdispensering eller inte samt beskrivning av vilket ansvar som faller på läkare, sjuksköterska, kontaktperson, dosapotek m fl. Det finns även med ett kapitel om vanliga missförstånd.

Läkemedelskommittén &  
Carl-Johan Westborg, Stadsvikens HC

# Diklofenak inte längre receptfritt

**Diklofenak säljs idag receptfritt. Läke-medelsverket har dock beslutat att tabletter och kapslar med diklofenak ska receptbeläggas från och med sommaren 2020. En studie från 2018 har visat att tidigare kända hjärtkärlrisker föreligger även vid lägre doser och kortare behandlingstid än vad som tidigare varit känt.**

■ Diklofenak tillhör läkemedelsgruppen NSAID, dvs icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, som har inflammationsdämpande, smärtlindrande och febernedsättande egenskaper. Jämfört med andra NSAID har diklofenak, enligt tidigare granskningar, visats medföra en liten ökad risk för hjärtkärlbiverkningar. Nu har det i en omfattande studie från 2018 setts en ökad risk för förmaksflimmer, stroke, hjärtsvikt, hjärtinfarkt och död på grund av hjärtsjukdom även vid lägre doser av (mindre än

100 mg/dygn) och kortare behandlingstid med diklofenak. Studien har bidragit till att EU:s medlemsländer har uppmanats till att nationellt ompröva receptfriheten för diklofenak.

Läkemedelsverket har beslutat att receptbelägga kapslar och tabletter med diklofenak från och med 1 juni 2020. Enligt Paulina Tuvendal, klinisk utredare på Läke-medelsverket, ökar beslutet säkerheten för patienten genom att läkare dels kan informera om riskerna och dels kan göra en helhetsbedömning av om det föreligger risk för hjärtpåverkan.

Diklofenakprodukter avsedda att användas på huden medför inte risk för hjärtkärlbiverkningar. Det är dock värt att ha i åtanke att diklofenak, både för peroralt och utvärtes bruk, utgör en större miljörisk än övriga läkemedel i NSAID-gruppen.

Som alternativ till diklofenak vid egenvård rekommenderar Läke-medelsverket att använda paracetamol, ibuprofen eller naproxen.

Jennie Lundström

## Källor

- Läke-medelsverket (<https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2019/Tabletter-och-kapslar-med-diklofenak-bliir-receptbelagda/>)
- Schmidt M, Sørensen HT, Pedersen L. Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies. *BMJ*. 2018 Sep 4;362:k3426. doi: 10.1136/bmj.k3426. PubMed PMID: 30181258; PubMed Central PMCID: PMC6122252



## Spasmofen utgår

■ Spasmofen suppositorium samt injektionsvätska kommer att utgå på grund av produktionstekniska svårigheter enligt tillverkaren Meda AB. Beslutet gäller samtliga förpackningar, och nuvarande lager hos grossisten beräknas räcka till 2020-02-01 avseende suppositorier samt 2020-06-15 avseende injektionsvätska. Det finns ingen direkt utbytbar produkt som alternativ.

Karl Kvarnström

## Flunitrazepam utgår

■ Mylan AB meddelar att de har slutat att tillhandahålla Flunitrazepam tablett 0,5 mg respektive 1 mg och avser att avregistrera produkterna den 31 januari 2020. Produkterna är slutsålda på Oriola, men enstaka förpackningar kan finnas kvar på apotek. Det finns inget annat godkänt fabrikat med flunitrazepam.

Jennie Lundström

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).

