

Läkemedelskommitténs ledamöter 2002

Klinisk farmakolog:

Rune Dahlqvist, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Läkare länssjukvård:

Magnus Gibson, Medicinkliniken
Bengt Sandhammar Kirurgkliniken
Robert Öhman, Psykiatriska kliniken

Läkare primärvård:

Kerstin Asplund, Kvinnohälsan
Jan Håkansson, Krokomb, ordf
Per Magnusson HC Järpen

Privatläkare

Vakant

Sjuksköterskor länssjukvård:

Carina Träskvik, Medicinkliniken
Kerstin Ödén, Psykiatriska kliniken

Sjuksköterskor primärvård:

Ingrid Roemke, HC Odensala
Marianne Nilsson, HC Zätagränd

Barnmorska:

Ulla Karin Högbom, HC Zätagränd

Tandläkare

Per Ekman, Specialisttandvården, Z-gränd

Sjuksköterska kommunal hälso- och sjukvård:

Karl-Axel Nordin, MAS Bergs kommun

Farmaceuter:

Ulrica Eriksson, AO Vård, Sjukhusapoteket,
Inga-Lill Lindgren, AO Hälsa, Jämtlands län
Eva-Kari Markland, AO Vård, Sjukhusapoteket
Björn Stalby, AO Vård, Sjukhusapoteket, sekr

Läkemedelskommitténs arbetsutskott:

Kerstin Asplund, Jan Håkansson
Ulrica Eriksson, Björn Stalby
Magnus Gibson, Carina Träskvik

Läkemedelskommitténs expertgrupper

| | |
|---------------------------|---|
| Mage-tarm | Magnus Hellblom, med Conny Svensson, kir Kristina Seling, HC Krokomb |
| Blod | Karin Eriksson, med Eva-Pia Darsbo, HC Torvalla |
| Vätskor | Caroline Starlander, anesthesi Åsa Sännemark, IVA Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket |
| Hjärta-kärl | Thomas Mooe, med Bo Friberg, med Per Magnusson HC Järpen |
| Hud | Arne Pettersson, hud |
| Gyn | Mats Hultman, gyn Eva Samuelsson, HC Krokomb Ulla Karin Högbom, HC Zätagränd |
| Urologi | Göran Beskow, kir Niels Hedin, HC Odensala |
| Hormoner | Olof Wälinder, med Mikael Lilja, HC Odensala |
| Infektion | Karin Kimselius, inf Gunnar Nilsson, HC Frösön Bengt Svensson, ÖNH |
| Smärta | Christer Fridman, anesthesi Monica Johannesson, HC Zätagränd Torgny Smedby, med |
| Nerver | Lars Johan Liedholm, med Pierre de Flon, med |
| Psyke | Robert Öhman, psyk Sven Sundin, HC Lit |
| Lungor och allergi | Jaques Löfvenberg, lung Måns Laudon, HC Krokomb Anna Sandin, Barnkliniken |
| ÖNH | Bengt Svensson, ÖNH Anita Sydbom, HC Funäsdalen |
| Ögon | Johan Rudebjer, ögon Ulla-Carin Gudmundsson, HC Hammerdal |
| Pediatrik | Anna-Lena Nilsson, Barnkliniken Cecilia Högberg, HC Brunflo |
| Antidoter | Nils Simonson, akutavd. Elizabeth Warding, akutavd Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket |

JÄMTmedel

Informationsblad från Jämtlands läns landstings läkemedelskommitté

Internetadress: http://www.jll.se/lakemedelskommitten_index/asp

Ansvarig utgivare: Jan Håkansson

Redaktör: Björn Stalby

Redaktion: Sjukhusapoteket Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund tel. 063-153299, fax. 063-131403

Innehåll i detta nummer:

| | |
|--|----|
| Fortsatt turbulens på statinmarknaden – endast simvastatin rekommenderas! | 26 |
| <i>Jan Håkansson, Distriktsläkare/ordf i Jämtlands läns LK</i> | |
| Landsomfattande konsensus för behandling av höga blodfetter | 27 |
| Omrapportering av läkemedelsbiverkningar. Nytt försök i Jämtland | 27 |
| <i>Informationsläkare Kerstin Asplund</i> | |
| Östrogen - igen | 28 |
| <i>Informationsläkare Kerstin Asplund</i> | |
| Att förebygga diabetes typ 2 Både livsstilsförändringar och läkemedel effektiva | 29 |
| <i>Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral</i> | |
| IT-stöd vid läkemedelsbehandling | 31 |
| Rapport från nationellt seminarium 24 september 2003 | |
| <i>Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral</i> | |
| Läkemedelskommitténs hemsida | 32 |
| Ny förbättrad version | |
| <i>Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral</i> | |
| Läkemedelskostnaderna i Jämtlands län. Minskad kostnadsökningstakt 2003 | 34 |
| <i>Apotekare Björn Stalby</i> | |
| Svinkoppor, bullös impetigo och antibiotika | 36 |
| <i>Inger AvRosen, smittskyddsläkare, Jämtlands län</i> | |

Fortsatt turbulens på statinmarknaden – endast simvastatin rekommenderas!

Jan Håkansson, Distriktsläkare/ordf i Jämtlands läns LK

Turbulens på statinmarknaden

Den turbulens på statinmarknaden, som beskrevs i Jämt-Medel 2/03 har fortsatt under somaren och hösten. Inte mindre än 11 olika generikaföretag marknadsför simvastatin ett drygt halvår efter att Zocord förlorade sitt patent. Ett priskrig utan motstycke har gjort att priset sjunkit med 85 procent. MSD som tillverkar originalpreparatet Zocord hade från början ambitionen att försöka anpassa sig till konkurrensen, men kommer från 1 nov att höja priset drastiskt för att anpassa det till de länder i Europa, där patentet inte gått ut.

Byte på apoteket

Patienter, som har Zocord på sina recept får på apoteket byta till det billigaste simvastatinalternativet om de inte vill betala mellanskillnaden, vilket är mycket ovanligt och lär bli än ovanligare när prisskillnaden blir ännu större. Det är naturligtvis en stor fördel både för patienter och för landstinget att den statin som har den bästa dokumentationen kostar mycket mindre. Vilken generikafabrikant som tillhandahåller det billigaste alternativet varierar från månad till månad, men lyckligtvis kallar alla generikaföretagen sin produkt för simvastatin med efterföljande fabrikantnamn.

Skriv Simvastatin på receptet

När recept på Zocord skall förnyas bör vi skriva Simvastatin på receptet. I dataskrivna recept går det tyvärr inte att skriva Simvastatin utan efterföljande fabrikantnamn, men vilken fabrikant man

väljer spelar ingen roll, då patienten ändå kan komma att expedieras simvastatin från en annan fabrikant.

På längre sikt skulle det i det här fallet liksom när det gäller citalopram, enalapril, omeprazol m fl vara mer logiskt med förskrivning av generisk produkt i stället för preparat.

Övriga statiner - inga fördelar

De övriga statinerna på marknaden pravastatin (Pravachol), atorvastatin (Lipitor), fluvastatin (Lescol/Canef) och det senaste tillskottet rosuvastatin (Crestor) har inga fördelar vad gäller effekt på morbiditet och mortalitet jämfört med simvastatin och samtliga (utom möjligen pravastatin) har mindre omfattande dokumentation – rosuvastatin ingen alls.

Byt till simvastatin

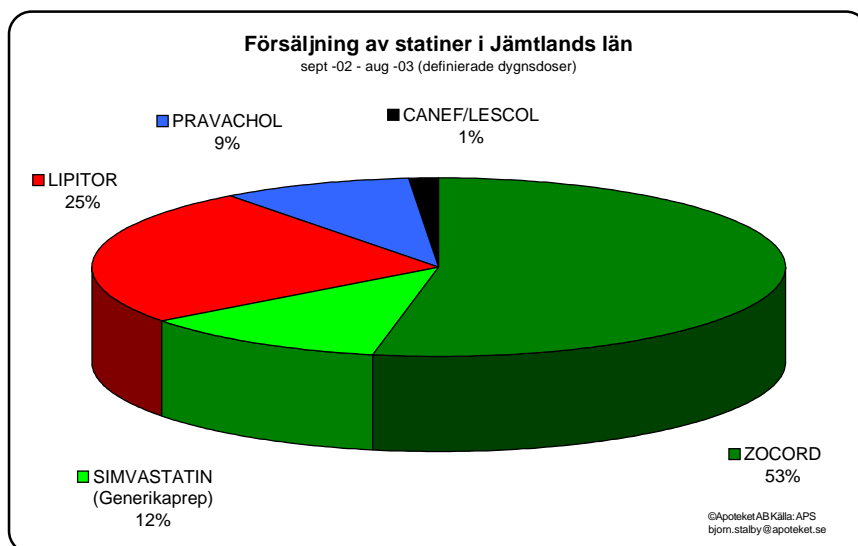
Valet av substans när statinbehandling är motiverad bör därför självklart vara

simvastatin. På de stora prisskillnaderna bör också patienter som behandlas med andra statiner rekommenderas byta till simvastatin i motsvarande dos om inte särskilda skäl föreligger.

I Jämtlands län dominerar simvastatin förskrivningen med ca 65 procent av alla statiner (se diagram!)

Heart Protection Study

IZ-läkemedel -02-03 rekommenderas både pravastatin och simvastatin, som båda bedömdes ha god dokumentation och likartat pris vid revisionen som gjordes hösten -01. Därefter har simvastatins dokumentation ytterligare stärkts genom världens hittills största statinstudie Heart Protection Study. Vid den revision som fortfarande pågår kommer endast simvastatin att rekommenderas. Samtliga Sveriges läkemedelskommittéer samlades kring ett consensusuttalande i den här frågan vid ett möte 30 sep (se nedan!)



Lund, 1 oktober 2003-10-15

Landsomfattande konsensus för behandling av höga blodfetter

Med anledning av lanseringarna av de nya blodfettsänkande läkemedlen Crestor (AstraZeneca) och Ezetrol (MSD) samt publiceringen av en ny klinisk studie för Lipitor (Pfizer; ASCOT-LLA), samlades igår landets läkemedelskommittéordförande, LOK, tillsammans med sina respektive specialistföreträdare inom området hjärt-kärlsjukdomar. Gruppen enades om ett gemensamt uttalande avseende vår tids största folksjukdom – åderförfattning:

- Huvudprincip för rekommendationerna är inte begränsade till val av läkemedel, utan skall i första hand inriktas på åtgärder för att minska den enskilde patientens totala riskbild, dvs rökstopp, ökad fysisk aktivitet samt förbättrade kostvanor.
- Gruppen är enig om att endast läkemedel som i kliniska studier har visat minskat insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar, har väldokumenterad säkerhet såväl som god kostnadseffektivitet skall användas
- Med denna bakgrund enades gruppen om att när läkemedelsbehandling med blodfettsänkande läkemedel skall ske är förstahandsvalet idag simvastatin (tidigare Zocord, men idag Simvastatingenerika). De nyare preparaten som finns på marknaden rekommenderas ej för närvarande då ovanstående krav ej kan uppfyllas av dessa. Gruppen rekommenderar därigenom också ett byte till simvastatin hos de patienter som idag behandlas med någon av de övriga statinerna, i de fall inte speciella omständigheter talar mot detta.

FörLOK

Ola Ohlsson
 Professor
 Ordförande i Läkemedelsrådet, Region Skåne
 Ordförande i LOK
 Tel. 044-13 14 13

Thomas Kjellström
 Docent/Verksamhetschef Internmedicin
 Ordförande Terapigrupp Lipider
 Region Skåne
 Tel. 042-10 16 50

Om rapportering av läkemedelsbiverkningar.

Nytt försök i Jämtland.

Informationsläkare Kerstin Asplund

Ett av sommarens debattämnen i massmedia har varit läkemedelsbiverkningar. Det är ett återkommande tema bl.a. i kvällspressen:

"MEDICINERNA DU DÖR AV - HELA LISTAN".

Vad ligger då bakom diskussionerna? Att det finns biverkningar av läkemedel är väl känt och egentligen ganska självklart. Om ett läkemedel påstås helt och

hållet vara utan biverkningar finns det starka skäl att misstänka att det också är utan verknings.

Men hur stort är problemet? I debatten har det sagts att tusentals svenskar avlidit till följd av läkemedelsbiverkningar de senaste tio åren.

Biverkningsrapporterna som dessa uppgifter bygger på är sådana där anmälaren misstänkt ett samband mellan läkemedlet och dödsfallet. Det innebär inte ett bevisat orsakssamband - i många av fallen är det fråga om underliggande

sjukdomar som lett till döden.

Den substans som har flest allvarliga biverkningar rapporterade är warfarin (Waran). Det är ett mycket potent läkemedel som kan ge allvarliga blödningar men som också i rätt dos sannolikt har räddat livet på långt fler personer.

Men hur många allvarliga biverkningar som uppträder vet vi faktiskt inte eftersom allt inte rapporteras. Underreportering är ett stort problem. Alla förskrivare är skyldiga att rapportera allvarliga eller oväntade läkemedelsbiverkningar som man kommer i kontakt med. För nya läkemedel skall alla biverkningar som inte är listade som vanliga i

FASS anmälas liksom även förgiftningar och missbruk. Samma regler gäller även för naturläkemedel. Blankett finns i FASS och på läkemedelsverkets hemsida (www.mpa.se).

Just nu utreds hur rutinerna för biverkningsrapportering skall kunna förbättras. Förenklade rutiner skall förhoppningsvis kunna leda till bättre rapportering. Läkemedelsverket vill också ge möjligheter för andra än förskrivare att rapportera biverkningar. Som ett led i detta arbete planeras ett ettårigt projekt vid Östersunds, Umeå och Karlskrona/Karlshamn sjukhus där sjuksköterskor efter viss utbildning skall rap-

portera läkemedelsbiverkningar.

Hos oss i Östersund deltar medicinkliniken och infektionskliniken tillsammans med regionala biverkningsenheten ELINOR i Umeå. Ansvarig för projektet är Martin Bäckström i Umeå. Carina Träskvik på medicinkliniken är lokal organisatör och sammankallande.

Genom att fler personer involveras i arbetet hoppas man att rapporteringen skall förbättras så att vi får en fullständigare och sannare bild av vilka biverkningar som finns och hur vanliga dessa är. Bättre kunskap ger en mer ändamålsenlig behandling.

Östrogen - igen

Informationsläkare Kerstin Asplund

Återigen har östrogenanvändningen varit på tidningarnas löpsedlar och återigen har många kvinnor blivit oroliga och vänt sig till sjukvården eller apoteken med frågor. Törs jag ta mina östrogentabletter? Får jag cancer av min medicin?

Bakgrunden till sommarens massmedia-uppmärksamhet är framför allt en stor engelsk studie av samband mellan östrogenanvändning och bröstcancer-risk som publicerades i tidningen Lancet i början av augusti.

Det är en välgjord studie omfattande drygt en miljon brittiska kvinnor mellan 1996 och 2001. Alla kvinnor mellan 50 och 65 år som under den tiden kom för rutinmässig mammografiscreening fick fylla i ett frågeformulär om östrogen-substitution (när? vilken typ? vilken dos? hur länge?) och menstruations-historia. Man noterade också en rad sociodemografiska faktorer. Sedan jämfördes detta med uppgifter ur cancerregistret avseende bröstcancer och

endometrie-cancer.

Studien bekräftade i stort sett redan kända samband. Man fann en liten riskökning för bröstcancer hos kvinnor som använde enbart östrogen (ERT) - efter fem år 1,5 extra fall på 1000 och efter tio år 5 extra fall på 1000.

För kvinnor som använde kombinationsbehandling med östrogen och gestagen (HRT) var riskökningen större - efter fem år 6 extra fall på 1000 och efter tio år 19 extra fall på 1000.

För tibolon (Livial) låg siffrorna någonstans däremellan, dvs högre risk än för ERT men lägre risk än för HRT. Man fann inte någon skillnad mellan

olika sorters östrogener och gestagerer och inte heller mellan olika sätt att ge dem (kontinuerligt eller sekventiellt, tabletter eller plåster).

Basalincidensen, dvs risken för kvinnor i åldersgruppen mellan 50 och 65 år som aldrig fått östrogensubstitution att få bröstcancer, var i denna undersökning 32 per 1000.

Risken för bröstcancer minskade efter avslutad hormonbehandling och var efter fem år nere i samma nivå som för kvinnor som aldrig fått HRT.

Vad beträffar endometrie-cancer fann man hos kvinnor som enbart fått östrogen efter fem år 4 extra fall per 1000 och efter tio år 10 extra fall per 1000. Hos kvinnor som fått kombinationen östrogen och gestagen var det ingen riskökning för endometrie-cancer.

Den allmänna rekommendationen är att till kvinnor med livmodern kvar aldrig ge enbart östrogen utan alltid kombinera

det med gestagen p.g.a. risken för endometrie-cancer. Om förskrivande läkare i Storbritannien följt dessa rekommendationer bör de allra flesta kvinnor som i studien tagit enbart östrogen ha varit hysterektomerade. Det torde förklara att riskökningen för endometrie-cancer inte var högre än 10 fall per 1000.

Vad skall man då dra för slutsatser för kliniskt bruk av detta?

Egentligen ändrar det ingenting i de rekommendationer som redan finns:

Vid kortare tids behandling för att lindra vasomotoriska besvär som svettningar och blodvallningar överväger nyttan helt klart risken.

Vid längre tids användning (mer än fem år) är det viktigt att ta hänsyn till den ökade bröstcancer-risken. Den välinformerade kvinnan måste tillsammans med sin läkare göra en avvägning av risk mot nytta. Bra kontroll av bröstet är den viktigaste undersökningen för kvinnor med HRT.

Långtidsanvändning av HRT bör diskuteras och omprövas regelbundet. Om det i första hand är besvär från slemhinnorna som föranleder behandling räcker det oftast med lokalbehandling med lågdosöstrogen.

Det mest intressanta som denna undersökning visar är enligt min personliga bedömning gestagenets inverkan. Det är större risk för bröstcancer med kombinationsbehandling östrogen -

gestagen (HRT) än med renodlad östrogenbehandling (ERT). En amerikansk studie, WHI, (som relaterats i ett tidigare nummer av Jämtmedel) har visat liknande skillnader mellan ERT och HRT. Förhoppningsvis får vi så småningom mer kunskap om detta och därmed också om på vilket sätt och i vilken dos man bäst skall tillföra gestagen för att eliminera risken för endometrie-cancer utan att alltför mycket öka risken för bröstcancer.

Referenser:

Valerie Beral and Million Women Study Collaborators, Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2002;362:419.

Att förebygga diabetes typ 2

Både livsstilsförändringar och läkemedel effektiva.

Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral

Många epidemiologiska studier och icke randomiserade interventionsstudier (1) har visat att livsstilsförbättringar med mer motion och vikt-nedgång minskar risken att få diabetes typ 2. Det finns nu även några randomiserade kontrollerade interventionsstudier med visad effekt av preventiva åtgärder: tre av livsstilsintervention och två av läkemedel.

Livsstils- och läkemedelsintervention i samma studie

I en stor studie från USA med 3234 personer med nedsatt glukostolerans och förhöjt fasteblodssocker testade man läkemedel (metformin 850 mg x 2) eller livsstilsförändringar i två olika grupper (2).

Livsstilsinterventionen bestod i 16 lektioner enskilt med rådgivare under de första 24 veckorna och sedan upp-

följande enskilda besök varje månad plus gruppträffar under resten av studietiden. Råden var nyttig lågkalori och fettsnål kost samt motion minst 150 minuter i veckan med målet 7 % vikt-reduktion.

Man fann att intensiv livsstilsförändrande intervention under 3 år minskade risken att under den tiden insjukna i diabetes från 28,9 % i placebo-gruppen till 14,4 % i interventions-

gruppen. Antal personer med nedsatt glukostolerans som måste behandlas i 3 år blir då 7 (numbers needed to treat NNT i tre år = 7).

I gruppen som fick metformin insjuknade 21,7 % i diabetes under de tre åren studien pågick (NNT i tre år = 14).

Läkemedelsintervention

Akarbos (Glucobay) är ett peroralt läkemedel mot diabetes. Det hämmar spjälkningen av stärkelse och samman-satta sockerarter i tarmen vilket ger en långsammare stegring av glukoshalten i blod efter måltid.

STOP-NIDDM-studien (3) som publicerades 2002 visade att behandling med akarbos kunde minska utvecklingen till diabetes typ 2 hos personer med nedsatt glukostolerans.

I studien ingick 1368 patienter med nedsatt glukostolerans enligt WHO's kriterier. Faste-P-glukos var mellan 5,5 och 7,8 mmol/L vilket innebär att många med dagens gräns skulle klassas som diabetiker. Åldern var mellan 40 och 70 år, lika många män som kvinnor, 97 % "vita". BMI var i genomsnitt 30. Dyslipidemi fanns hos 60 %, hypertoni hos 50 %. Ingen hade insjuknat i hjärtkärlsjukdom under 6 månader före studiens början. Patienterna lottades till akarbos 100 mg x 3 (efter långsam upptrappning) eller placebo och följdes i 3,3 år i genomsnitt. 32 % i behandlingsgruppen utvecklade diabetes (med dåvarande kriterier) jämfört med 42 % i placebogrupper (risk med 95 % konfidensintervall 0,63–0,90). Dessutom återfick signifikant fler i behandlingsgruppen normal glukostolerans.

11 patienter med nedsatt glukostolerans behövde behandlas i 3,3 år för att ett fall av diabetes typ 2 skulle kunna undvikas (NNT i 3,3 år = 11).

I juli 2003 har ytterligare data från studien publicerats (4). I studieprotokollet ingick från början även att utvärdera effekten på insjuknande i kardiovaskulär sjukdom respektive hypertoni. Risken att insjukna i hjärtkärlsjukdom var 0,51 (95 % konfidensintervall 0,28–0,95) i behandlingsgruppen jämfört med placebo. 40 patienter behövde behandlas i 3,3 år för att ett fall av hjärtkärlsjukdom skulle undvikas (NNT i 3,3 år = 40). Effekten var störst vad gäller minskning av antalet hjärtinfarkter.

Även risken att få hypertoni var signifikant mindre i behandlingsgruppen (NNT i 3,3 år = 19).

Ett relativt större antal patienter (211) i akarbosgruppen än i placebogrupper (130) avbröt behandlingen i förtid. Orsaken var oftast gastrointestinala biverkningar, främst ökad gasbildning och diarré. Men dessa patienter ingick i slutbedömningen.

Livsstilsintervention

I en kinesisk studie (5) deltog 33 hälsokliniker i staden Da Qing. 110 660 personer undersöktes och 577 hade nedsatt glukostolerans. Klinikerna

randomiserades till 4 olika grupper: intervention med enbart diet, intervention med enbart motion, både diet och motion samt en kontrollgrupp.

I interventionsgrupperna träffade patienten läkare en gång i veckan i en månad, sedan varje månad i tre månader och sedan var tredje månad under resten av studietiden som var sammanlagt 6 år.

Resultatet blev att i kontrollgruppen insjuknade 68 % i diabetes typ 2 under 6 år. I interventionsgrupperna insjuknade signifikant färre: 44 till 46 %. Det var ingen signifikant skillnad mellan de tre interventionsgrupperna.

I en finsk studie (6) randomiserades 522 överviktiga personer med nedsatt glukostolerans till intervention med livsstilsförändringar eller vanligt omhändertagande. För att hitta försökspersoner erbjöds personer med ökad risk för diabetes typ 2, t.ex. överviktiga förstegradsläkningar till personer med diabetes typ 2, att göra glukosbelastning.

Livsstilsinterventionen bestod i sju enskilda träffar med en nutritionist första året, sedan var tredje månad under resten av studietiden som var i genomsnitt 3,2 år. Råden siktade på en vikt-nedgång minst 5 %, fettintag högst 30 energiprocent varav mättat fett högst 10 %, ökat fiberintag och måttligt intensiv motion minst 30 minuter per dag. Det gavs individuella råd om motionen och man erbjöds även övervakad individuellt anpassad cirkelträning som mellan 50 och 85 % deltog i första året.

Kontrollgruppen fick muntlig och skriftlig information om kost (tvåsidig broschyr) och motion och återbesök årligen hos läkare.

I kontrollgruppen insjuknade 23 % i diabetes typ 2 under 4 år jämfört med 11 % i interventionsgruppen. Omräknat till 5 år behöver 5 personer få intensiv livsstilsintervention för att ett fall av diabetes typ 2 ska kunna förhindras (NNT i 5 år = 5).

Svårigheter i praktiken

Det är uppmuntrande att livsstilsförbättringar kan minska sjuklighet i

diabetes och hjärtkärlsjukdomar.

Men samtidigt lite nedslående att det tycks kräva mycket stora resurser att åstadkomma ändringar i livsstil hos riskgrupper.

I sjukvården får vi nog som tidigare inriktat oss mot personer med högst risk för hjärtkärlsjukdom. Vi skakanske kontrollera blodsocker oftare på patienter med hypertoni och blodfetsrubbnings. Och oftare gå vidare med även glukosbelastning.

När vi finner nedsatt glukostolerans hos dessa patienter är livsstilsåtgärder det primära men ibland bör det kanske kompletteras med läkemedel som minskar risken att insjukna i diabetes typ 2. För personer med låg risk för hjärtkärlsjukdom har inte sjukvården tillräckliga resurser att

göra verkliga insatser. I befolkningen har socialt eftersatta grupper oftare en livsstil som ökar risken att insjukna i diabetes typ 2 och hjärtkärlsjukdom. Det är viktigt att även dessa grupper ges möjlighet att välja en hälsosammare livsstil. För detta krävs politiska beslut att organisera samhälle och arbetsliv så att det underlättas.

Referenser

1. Eriksson KF, Lindgarde F. No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmö Preventive Trial with diet and exercise. *Diabetologia* 1998;41: 1010-6.
2. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *NEJM* 2002; 346: 393-403.
3. Chiasson JL et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet* 2002; 359:2072-7.
4. Chiasson JL et al. Acarbose Treatment and the Risk of Cardiovascular Disease and Hypertension in Patients with Impaired Glucose Tolerance. The STOP-NIDDM Trial. *JAMA* 2003; 290:486-94.
5. Pan XR et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20: 537-44.
6. Tuomilehto J et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *NEJM* 2001; 344: 1343-50.

IT-stöd vid läkemedelsbehandling.

Rapport från nationellt seminarium 24 september 2003

Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral

Inbjudare var Care link (svenskt nätverk för kommunikation i vården) och LOK (sammanslutning av ordförande inom landets läkemedelskommittéer).

Dagsläget.

Det som finns i bruk idag är:

1. E-recept:

Det finns i många län inkl Jämtland. Kopplat till flera olika journalsystem. En nyhet som kommer i Stockholm i början av nästa år är att recepten sänds till en "brevlåda". Patienten kan sen ta ut läkemedlen på vilket apotek som helst i länet. När patienten kommer till apoteket hämtar man receptet från brevlådan.

Fördelar: Tydliga recept, färre telefonrecept.

Nackdelar: När det inte fungerar får förskrivare ingen automatisk varning.

2. E-dos:

Är ett webb-baserat system för apodos. Varje förskrivare och läsare får en personlig kod för att kunna komma in i systemet. Man kan bli ansluten efter en kort utbildning. Förskrivaren gör alla ordinationer on-line. Aktuell medicinering skrivs ut på papper så att patienten får en aktuell lista över sina läkemedel när doserna för 14 dagar levereras. Jämtlands län har 3300 patienter som får sina läkemedel via dosexpediton men bara en handfull hälsocentraler ordinerar ännu via e-dos.

Under 2004 hoppas man att hela länet kommer igång med systemet.

Fördelar: Jämfört med apodos på pap-

per blir ordinationer tydliga, vårdgivare har alltid tillgång till senaste versionen vilket ökar säkerheten.

Nackdelar: förskrivaren måste gå in i nytt system (på internet) och skriva in patientdata på nytt. Innan alla vårdgivare är inkopplade på e-dos kan inte alla fördelar utnyttjas, t.ex. tillgång till aktuell lista. Listan kan inte helt överta läkemedelslistans funktion eftersom t.ex. vid behovsordinationer faller bort från e-dos-listan efter en viss tid även om patienten står kvar på ordinationen.

3. Landstingsgemensam läkemedelslista:

Finns i bruk i Norrbotten. Är integrerat med VAS, det datajournalsystem som används. När patienten kommer till sjukhus kan man lätt ta fram aktuella läkemedel och föra över till sin journal och sina ordinationslistor. Vid utskrivningen kommer aktuella ordinationer omedelbart ut till primärvården. Det finns funktion som gör att ordinationer kan ges ökad sekretess.

Fördelar: alltid aktuella ordinationer tillgängliga för vårdgivaren.

Nackdelar: det krävs att listan uppdateras när ny ordination görs. Receptfria läkemedel syns ej. Några få vårdgivare är inte med i systemet i norrbottens län. Sekretessen.

4. Elektroniskt förskrivarstöd:

Janus förskrivarstöd används på några vårdcentraler i Stockholm. Det är en webbapplikation som öppnas från journalen. Den tar då med sig patientdata inkl. vissa uppgifter som aktuell läkemedelslista, överkänslighet och

kreatininvärde. Vid förskrivning får sedan förskrivaren dels råd om rekommenderade läkemedel, dels varningar vid interaktioner och om läkemedlet är olämpligt vid graviditet och amning (anges bara för kvinnor i fertil ålder). Även varning för läkemedel som inte passar vid njursvikt med förhöjt kreatinin. Det finns länkar till lokala behandlingsrekommendationer. Recept sänds sen som e-recept och ordinationen förs in i journalen.

Fördelar: flera stödfunktioner precis i förskrivningsögonblicket.

Nackdelar: fungerar bara till ett fåtal olika journalsystem. Och bara i Stockholms län lär det finnas ett trettiotal olika datajournalsystem.

Framtiden

Två nätverk finns:

1. Signe

som är ett nätverk av bl a landsting. Arbetar för en gemensam läkemedelsdatabas för användning i svensk sjukvård.

En utgångspunkt för Signe är att sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar att garantera tillgång till kvalitetssäkrad producentobunden läkemedelsinformation för skilda journalsystem. Man inriktar sig på:

1. Verka för en nationell kvalitetssäkrad databas med medicinska källor.
2. Formulera en kravspecifikation på förskrivarstöd
 - a. Kvalitets- och konsistenskrav på källor

- b. Funktioner hos förskrivningsstöd
 - c. Funktionella krav på användargränssnitt
 - d. Tekniska gränssnitt för vårdapplikationer
3. Myndighetspåverkan.

register för läkemedel kallat NPL.

Diskussion

I den avslutande diskussionen deltog ledande företrädare från socialdepartementet, landstingsförbundet, apoteket, fackorganisationer och patientorganisationer.

De flesta var överens om att någon form av nationell satsning vore bra, men man

var inte överens om vem som skulle finansiera den. Tills vidare tyckte man att de nuvarande systemen skulle användas och utvecklas. Landstingsförbundet tog på sig ett visst ansvar för en fortsatt utveckling mot ett nationellt mer enhetligt system för besluts- och kommunikationsstöd för läkemedelsbehandling.

2. e-läk

är ett forum för utveckling av elektronisk kommunikation mellan vården och apoteket. Man har bl.a. lagt ihop några olika databaser till ett nationellt produkt-

Läkemedelskommitténs hemsida.

Ny förbättrad version

Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral

Sedan i våras har Landstingets läkemedelskommitté en förbättrad hemsida.

Den kan nås via internet www.jll.se och sen klickar man på Hälsa- och sjukvård och sen Läkemedelskommittén. Man kan även nå den via Insidan, även här går man via Hälsa- och sjukvård.

Sidan kommer att publicera nyheter inom läkemedelsområdet, information om utbildningar och liknande.

Nytt är listan med länkar till höger. Här finns t.ex. länkar till Januswebbs sidor där man kan söka i databaser om interaktioner, läkemedel vid graviditet och läkemedel vid amning.

Per Magnusson och Björn Stalby tar emot förslag på vad som kan publiceras på sidan.

Läkemedelskostnaderna i Jämtlands län.

Minskad kostnadsökningstakt 2003

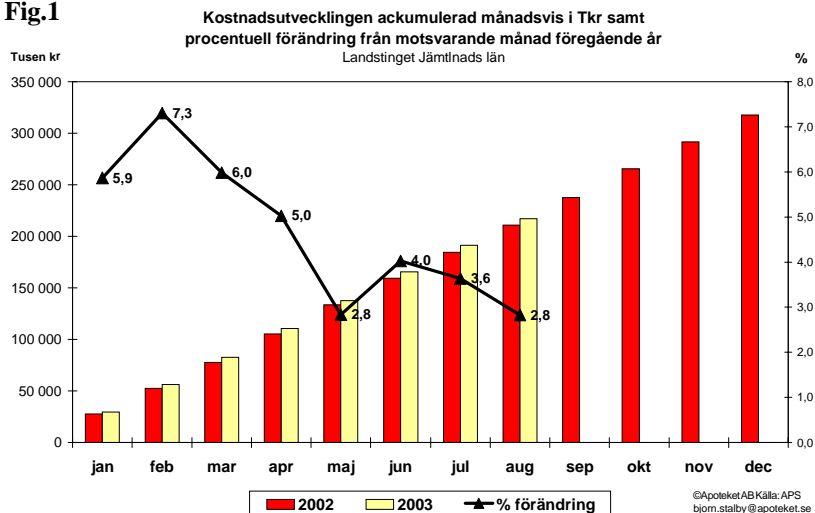
Apotekare Björn Stalby

Minskad kostnadsökningstakt

Under det senaste året har fler storsäl-
ande läkemedel förlorat sina patent. Un-
der samma periode kom lagen som gör
apoteken skyldiga att byta till billigare
synonympreparat om sådant utbytbar
preparat finns godkänt av Läkemedels-
verket.

Har detta påverkat kostnadsökningen i
länet? Av figur 1, som redovisar den
ackumulerade kostnadesutvecklingen
månadsvis, ser man ett trendbrott. Från
en tidigare ökningstakt på mellan 5 och
7 % har siffran från maj 2003 sjunkit till
ca 3,5 %.

Fig.1

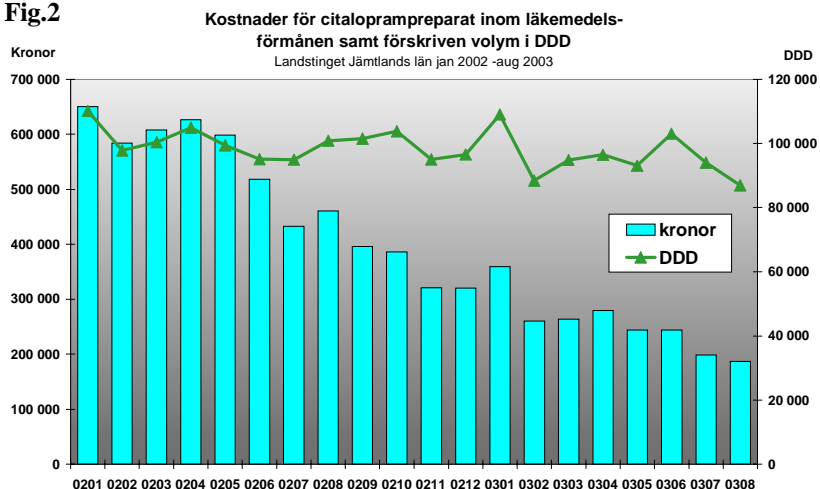


Byte till generika

Den viktigaste orsaken till den minskade kostnadsökningstakten beror på övergång/byte till billigare generika samt prissänkning på originalpreparat (t.ex. blodfettsänkande medlet Zocord).

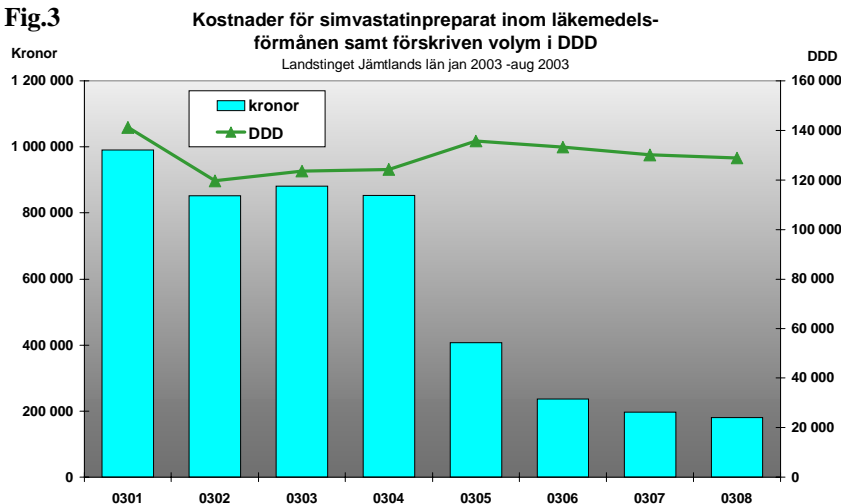
I figur 2,3 och 4 visas utvecklingen månad för månad för simvastatin, citalopram och ACE-hämmare. I figurerna framgår både kostnad samt förskrivna volym. Samtidigt som kostnaderna minskar ligger volymen (mätt i DDD) relativt konstant eller visar en svag ökning (ACE-hämmare).

Fig.2



Landstingets kostnader totalt för läkemedel inklusive förbrukningshjälpmedel inom läkemedelsförmånen utgår under årets första 8 månader till 167 milj. kronor .

Fig.3



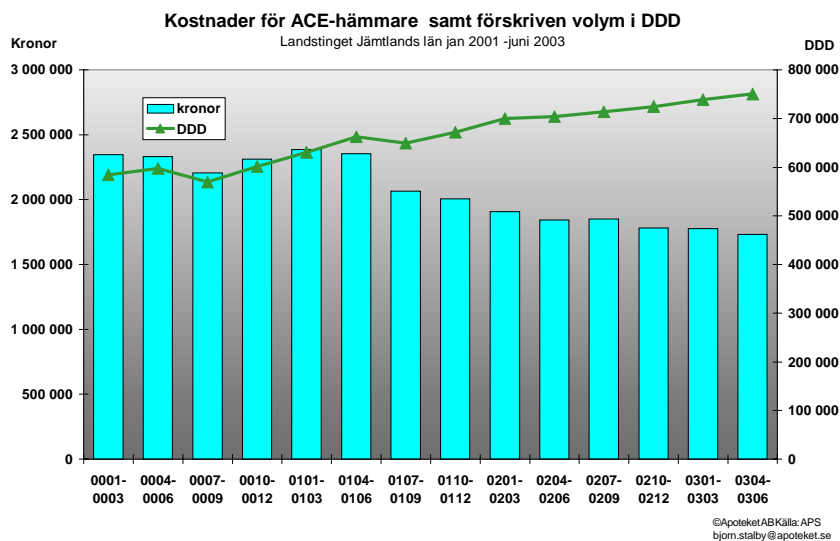
Femton största preparaten 2003

Det är 15 preparat som hittills i år svarat för en fjärdedel av läkemedelskostnaderna (Fig.5). I posten beredningar ingår cytotstatikaberedningar, infusorer med analgetika och TPN-beredningar som förskrivits på recept.

Förändringar

I figur 6 framgår vilka de preparat som svarat de största kostnadsökningarna resp. de största kostnadsminskningarna

Fig.4



na. Beredningar vari ingår cytostatika på recept står för den största ökningen på 1,25 milj. kronor. På andra plats ligger Aranesp, ett nytt preparat som förskrivs till dialyspatienter. Bland de 6 preparat som ökat mest återfinns generika-preparatet Citalopram CNS Pharma. Ökningen för Citalopram beror på att apoteken bytt originalpreparatet Cipramil i samband med receptexpeditionen. Citalopram CNS Pharma ökade med 0,51 milj kronor medan Cipramil samtidigt minskade med 3,5 milj. kronor. Att Zocord minskar med 2,2 milj kronor beror både på en kraftig prissänkning från april samtidigt med kraftig konkurrens från geneerikaföretagen.

Fig.5

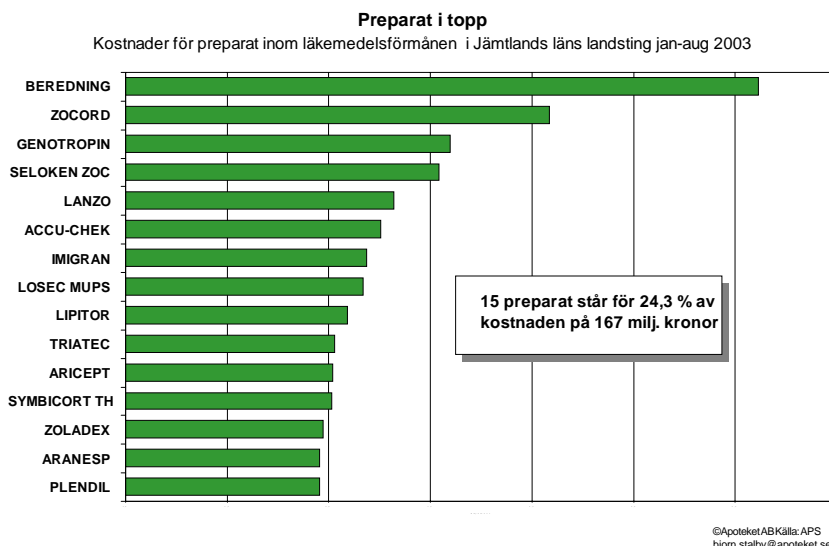
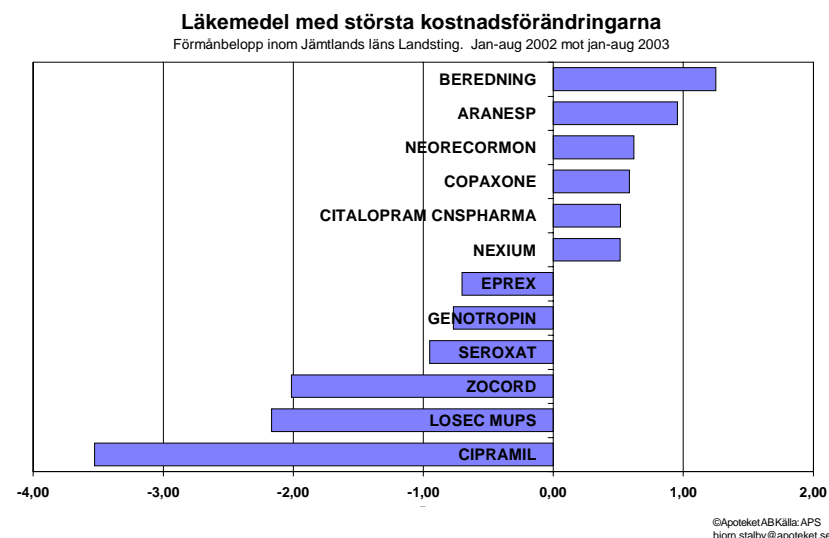


Fig.6



Svinkoppor, bullös impetigo och antibiotika

Inger AvRosen, smittskyddsläkare, Jämtlands län

Under gångna åren har vid ett flertal tillfällen beskrivits förekomsten av fusidinsyra-resistenta bakterier av typ *Stafylococcus aureus*, det gula varets bakterier.

Om man hittar denna stam i sår, med eller utan förekomst av streptokocker, bör behandling ske lokalt genom att

- ev. skorpor tas bort (börja gärna med att först lägga på en blöt kompress innan skorpan skrapas bort)
- tvätta med tvål och vatten, eventuellt följt av klorhexidinlösning (vars desinficerande effekt stannar kvar längre på huden, men är direkt olämpligt för hörselgångar! -använd där Alsol-lösning)
- ev. behandla med väteperoxid (H_2O_2), som finns att köpa receptfritt i form av Microcid-kräm eller LHP-salva. Används 2-3 ggr/dag under 1 vecka.

OBS vikten av GOD hygien, särskilt noggrann rengöring av händer och fingertoppar - både hos den enskilde patienten och vårdgivare - och att man använder egen handduk/pappershandukar. Överhuvudtaget har stafylokocker stor benägenhet att fastna på textilier, även tex. sängkläder. Det är notabelt att utseendet av de här såren inte alltid liknar vanliga svinkoppor, impetigo, om stafylokock-stammen förekommer i renkultur. Vid sk. bullös impetigo bildas inte de vanliga sårskorporna och ofta ses sparsamt med sekretion eller ingen alls. Det börjar istället ofta med en blåsbildning, som snabbt övergår i en såryta.

Det är vanligt att bullös impetigo förväxlas med eksemförändringar, i synnerhet hos de patienter som har en tidigare sjukhistoria med böjveckseksem eller annan atopi.

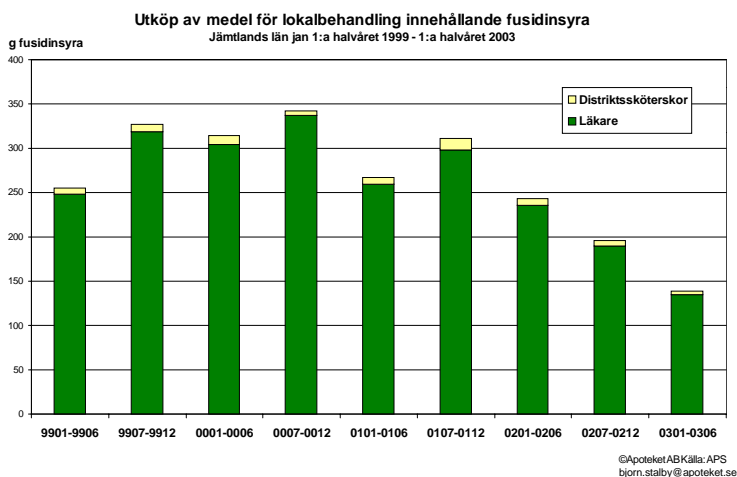
Inom öppenvården har i Z-län under gångna året tagits *S. aureus* isolerats i

524 sårodlingar. Av dessa var 33 % fusidinsyreresistenta. Att i detta läge behandla med Fucidin är naturligtvis inte meningsfullt och all lokalbehandling med antibiotika i alla former (krämer, salvor, kompresser) är direkt olämpligt eftersom detta riskerar att cementera eller t.o.m. ytterligare driva på resistensutvecklingen.

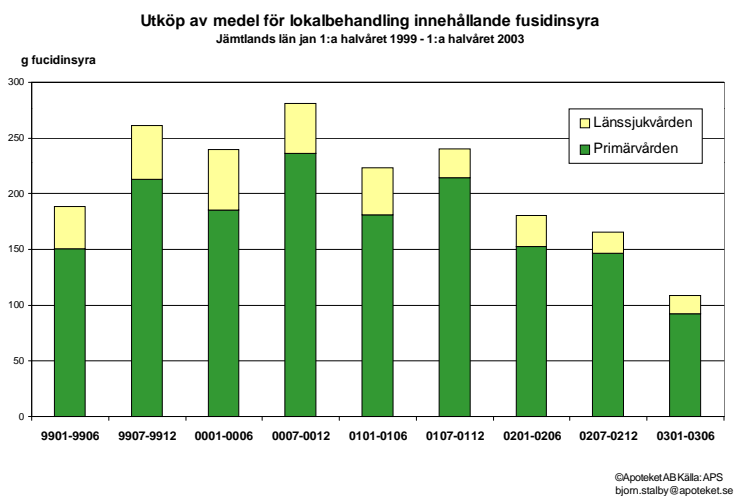
Det finns mycket att vinna på att ta en sårodling redan vid första läkarbesöket

om patienten har atypiska sår, eller man misstänker en dubbelinfektion.

Kvarstår bedömningen att antibiotika behövs ska behandling ges i systemform. Det kan vara aktuellt om patienten får feber, förändringarna är utbredda och har en tendens att sprida sig. Antibiotikavalet står då i första hand mellan flukloxacillin (Heracillin) eller cefalosporinpreparat (Ceafdroxil). I andra hand väljs klindamycin (Dalacin).



Försäljning av preparat för lokalbehandling innehållande fusidinsyra angiven i antal gram fusidinsyra. Förskrivning från läkare resp. distriktsköterskor.



Försäljning av preparat för lokalbehandling innehållande fusidinsyra angiven i antal gram fusidinsyra. Förskrivning från primärvård resp. länssjukvård.

