

Läkemedelskommitténs ledamöter 2002

Klinisk farmakolog:

Rune Dahlqvist, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Läkare länssjukvård:

Bo Friberg, 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:

Monica Holmström, HC Odensala
Gerd Williamsson, Brunflo

Barnmorska:

Ulla Karin Högbom, HC Zätastrand

Tandläkare

Per Ekman, Specialisttandvården, Z-gränd

Sjuksköterska kommunal hälso- och sjukvård:

Karl-Axel Nordin, MAS Bergs kommun

Apotekare:

Carin Egnelius, Apoteket Hammarstrand
Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket,
Eva-Kari Markland, Sjukhusapoteket
Björn Stalby, Sjukhusapoteket, sekr

Läkemedelskommitténs arbetsutskott:

Kerstin Asplund, Jan Håkansson
Ulrica Eriksson Björn Stalby
Bo Friberg Carina Träskvik

Läkemedelskommitténs expertgrupper

Mage-tarm	Magnus Hellblom, med Conny Svensson, kir Mikael Lilja, HC Odensala
Blod	Karin Eriksson, med Eva-Pia Darsbo, HC Torvalla
Vätskor	Caroline Starlander, anesthesi Åsa Sänneberg, IVA Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket
Hjärta-kärl	Thomas Moee, med Bo Friberg, med Per Magnusson HC Järpen
Hud	Arne Pettersson, hud Agneta Leander-Öhman, HCLugnvik
Gyn	Mats Hultman, gyn Eva Samuelsson, HC Krokomb Ulla Karin Högbom, HC Zätastrand
Urologi	Göran Beskow, kir Niels Hedin, HC Odensala
Hormoner	Olof Wälinder, med Per Magnusson HC Järpen
Infektion	Ulf Ryding, inf Gunnar Nilsson, HC Frösön Bengt Svensson, ÖNH
Smärta	Christer Fridman, anesthesi Monica Johannesson, HC Zätastrand Torgny Smedby, med
Nerver	Lars Johan Liedholm, med Hans Beijer, HC Lugnvik
Psyke	Robert Öhman, psyk Sven Sundin, HC Lit
Lungor och allergi	Jaques Löfvenberg, lung Christina Lithner, HC Krokomb Anna Sandin, Barnkliniken
ÖNH	Bengt Svensson, ÖNH Anita Sydbom, HC Funäsdalen
Ögon	Örjan Lundström, ögon Ulla-Carin Gudmundsson, HC Hammerdal
Pediatrik	Anna-Lena Nilsson, Barnkliniken Cecilia Högbom, HC Järpen
Antidoter	Lukas Brunner akutavd. Elizabeth Warding, akutavd Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket

JÄMTmedel

Informationsblad från Jämtlands läns landstings läkemedelskommitté

Internetadress: http://www.jll.se/LF_lakemedelskom.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:

Förändringar i läkemedelsförmånen 1 okt 2002	36
<i>Jan Håkansson, ordf i läkemedelskommittén</i>	
Obligatoriska streckkoder på receptblanketter 1 oktober 2002	37
<i>Gudrun Abrahamsson, landstingets kansli</i>	
Östrogen. Riskerna överväger nyttan vid behandling av symtomfria kvinnor efter menopaus.	38
<i>Distriktsläkarna Per Magnusson Järpens HC, Kerstin Asplund Kvinnohälsan, Jan Håkansson, Krokoms HC</i>	
INFLUENZA 2002-03: Vaccinera riskgrupperna!	39
<i>Inger Andersson v Rosen, smittskyddsläkare, Jämtlands län</i>	
Aktuellt om läkemedel - kommande program i LK:s föreläsningsserie	40
Ny upplaga av egenvårdshandboken	41
<i>Apotekare Börn Stalby</i>	
Vad har man för nytta av statiner? Om blodfettssänkande behandling och hjärt- och kärlsjukdomar.	42
<i>Informationsläkare Kerstin Asplund</i>	
E-dos start!	43
<i>Apotekschef Mia Höglin</i>	

Förändringar i läkemedelsförmånen 1 okt 2002

Riksdagen beslutade 5 april 2002 om förändringar i läkemedelsförmånen:

- Generisk substitution
- Obligatorisk arbetsplatskod
- Obligatorisk förskrivarkod för särskilda läkemedel
- Ny receptblankett
- Läkemedelsförmånsnämnd inrättas

Förändringarna träder i kraft 1 okt 2002, men för några gäller en övergångsperiod till 1 feb 2003.

Generisk substitution

Apoteken blir skyldiga att byta till det billigaste utbytbara läkemedlet, som finns tillgängligt på apoteket. Skyldigheten gäller recept, som skrivits fr o m 1 okt 2002. Läkemedelsverket ska upprätta en förteckning över vilka läkemedel, som är utbytbara.

Utbyteslista

För att minska de praktiska olägenheter som kan uppstå för patienter, sjukvård och apotek hade läkemedelskommittén ambitionen att till 1 okt presentera en lista på lämpligaste byten. Listan är i princip färdig men eftersom Läkemedelsverket i skrivande stund (v 38) ej publicerat sin lista över vad som är utbytbar måste vi presentera den gällande utbyteslistan senare. Denna lista kommer att behöva revideras med jämna mellanrum, men vi avser att välja läkemedel, som vi förväntar oss kommer att hålla lägsta pris över en längre period.

Genomfört utbyte på apoteket

Genomfört utbyte på apoteket ska däri från skriftligt meddelas till förskrivaren. Det är lätt att inse att en omfattande sådan korrespondens, följt av att ändringen ska läggas in i patientjournalen kan komma att (i onödan) ta massor av arbetstid.

Skriv därför "rätt" preparat från början på receptet!

Risken för missförstånd hos patienten minimeras om läkaren skriver det preparat som patienten kommer att få.

Apotekspersonalen behöver inte heller informera och diskutera med patienten om något utbyte utan kan ägna tiden åt viktigare saker.

Förändringar i Z-läkemedel och VANIA:s receptmodul

Med anledning av förändringen tänker vi göra en "teknisk" revision av Z-läkemedel, då en del av de i dag rekommenderade preparaten förmodligen kommer att bli utbytta. I Vanias receptmodul kommer de läkemedel som förordas att markeras med särskild symbol. De som i dag är rekommenderade i Z-medel är försedda med symbolen * och kommer att så förbli.

Undantag från utbyte

Om förskrivaren anser att medicinska skäl föreligger för att förhindra utbyte kan det markeras på receptblanketten genom att skriva "Får ej bytas" på blanketten. Den nya receptblanketten innehåller en särskild ruta för detta ändamål.

Om det är patienten själv som inte vill byta får denne stå för merkostnaden.

Obligatorisk arbetsplatskod

Recepten måste vara försedda med arbetsplatskod för att patienten skall få del av läkemedelsförmånen. Annars får patienten stå för hela kostnaden själv. Även detta gäller endast recept skrivna fr o m 1 okt 2002. I Jämtlands län kommer alla behöriga förskrivare som så önskar

få en arbetsplatskod, även förskrivare som är pensionerade, tjänstlediga eller av annat skäl inte har någon naturlig arbetsplats. Den som inte har någon arbetsplatskod kan vända sig till landstingets kontaktperson (se nedan!) för att få en sådan. Även s k fritidsförskrivning, t ex till anhöriga har en särskild arbetsplatskod gemensam för hela landstinget. Arbetsplatskoden måste kunnas läsas maskinellt på apoteken enligt särskilda specifikationer och landstingets kontaktperson kan ge besked om var man får en sådan tryckt på receptblanketten.

Telefon- och faxrecept i undantagsfall

Vid telefonrecept måste arbetsplatskoden läsas upp för mottagande apoteket. Telefonrecept bör generellt undvikas!

Vid faxade recept måste förskrivaren förvissa sig om att kvaliteten är så god att streckkoden kan läsas av apotekens streckkodsläsare. **All s. k. stödkodning av recept utan arbetsplatskod kommer att upphöra.**

Obligatorisk förskrivarkod för särskilda läkemedel

På receptblanketten för särskilda läkemedel måste förutom arbetsplatskoden även personlig förskrivarkod finnas. Denna regel gäller fr o m 1 februari 2003. Förskrivarkoden kan beställas från Barbro Widin, Socialstyrelsen, tel 08-555 531 61, fax 08-555 533 05, e-post

barbro.widin@sos.se.

Efter påtryckningar har Socialstyrelsen beslutat att göra ett utskick av den personliga förskrivarkoden till alla legitimerade förskrivare. Förskrivare utan legitimation, t ex AT-läkare har en gemensam grupp kod som verksamhetschefer bör beställa från landstingets kontaktperson och trycka upp. Enklaste sättet att hantera de personliga förskrivarkoderna är att använda elektronisk receptöverföring, som håller på att införas i primärvården och på sikt i hela landstinget.

Nya receptblanketter

Nya receptblanketter, som är anpassad till de nya bestämmelserna har utformats och kommer inom kort. De gamla blanketterna kommer att kunna användas under en övergångsperiod till 1 februari 2003.

Läkemedelsförmånsnämnd inrättas

En ny statlig myndighet har inrättats – Läkemedelsförmånsnämnden. Medlemmarna i den har nyligen utsetts. Nämndens uppgift är att besluta om vilka läkemedel, som ska ingå i läkemedels-

förmånen och att ansvara för prisförhandlingar. På lång sikt kan läkemedelsförmånsnämnden få stor betydelse för läkemedelsförmånens utformning, men det kommer att dröja ett tag innan den hittar sina arbetsformer.

Information till allmänheten

Information till allmänheten kommer att lämnas bl a via annonser. Ett särskilt informationsblad kommer att finnas på apoteken. Det kan också beställas till vårdinrättningar från landstingets kontaktperson, se nedan.

Obligatoriska streckkoder på receptblanketter 1 oktober 2002

Guðrun Abrahamsson, landstingets kansli

Arbetsplatskoder

Alla recept som utfärdas från 1 oktober måste ha en arbetsplatskod för att patienten ska kunna få rabatt på sina läkemedel. Utan arbetsplatskod kommer patienten att få betala läkemedlets fulla pris. För recept som utfärdats före 1 oktober gäller samma regler som idag.

Alla som har en arbetsplats och är behöriga att förskriva läkemedel har rätt att få en arbetsplatskod.

Landstingen ansvarar för att utfärda arbetsplatskoder för alla förskrivare oavsett om förskrivaren är anställd av landstinget eller inte. En arbetsplatskod gäller endast så länge förutsättningarna avseende arbetsplats och behörighet är uppfyllda.

Förskrivarkoder

Förskrivarkod tillsammans med arbetsplatskod är obligatorisk på receptblanketter för särskilda läkemedel från 1 februari 2003. Denna regel gäller från 1 februari 2003.

Saknas förskrivarkod då får receptet inte expedieras på apotek.

Telefonrecept i undantagsfall

Telefonrecept ska från och med 2002-10-01 endast användas i undantagsfall. Vid inringning av recept skall arbetsplatskoden - och för särskilda recept även den personliga förskrivarkoden läsas upp.

I de fall tekniken tillåter det kan i stället en fax med fininställning användas, så att apoteket kan scanna koderna. Men

kontrollera alltid att båda dessa faktorer är uppfyllda innan du som föreskrivare sänder faxet.

Intern information

<http://www.insidan.jll.se/Webmaster/813.asp>

Kontaktperson arbetsplatskod
Jämtlands läns landsting
Guðrun Abrahamsson
Tel. 063-14 75 37
e-post: guðrun.abrahamsson@jll.se

Kontaktperson personlig
förskrivarkod
Socialstyrelsen
Barbro Widin
Fax: 08-55 55 33 05
E-post barbro.widin@sos.se
Undantagsfall tel 08-55 55 31 61



Östrogen.

Riskerna överväger nyttan vid behandling av symtomfria kvinnor efter menopaus

Av Per Magnusson Järpens HC, Kerstin Asplund Kvinnohälsan, Jan Håkansson, Krokoms HC
Samtliga är distriktsläkare och medlemmar i Jämtlands läns läkemedelskommitté

Tidigare har det antagits att behandling med östrogen till kvinnor efter menopaus kan skydda mot det ökade insjuknandet i hjärtkärlsjukdomar som inträffar då. I maj kom SBU:s rapport (1) som drog slutsatsen att det inte längre fanns stöd för denna uppfattning. Man hänvisade även till pågående studier som skulle kunna ge ytterligare information.

En av dessa studier (2) har nyligen avslutats i förtid pga påvisad ökning av risken för hjärtkärlsjukdom. Friska kvinnor inbjöds via annonser i USA och 16608 kvinnor i åldrarna 50 till 79 år rekryterades. De randomiserades till behandling med placebo eller en kombinationstablett med 0,625 mg konjugerade östrogener och 2,5 mg medroxyprogesterone acetat (motsvarar närmast Premelle där dock dosen medroxyprogesteron är 5 mg). Studien var avsedd att pågå i 8-9 år men avbröts efter i medeltal 5,2 år och primär endpoint var koronarsjukdom men man gjorde också ett index som vägde total nytta mot total risk.

Om man presenterar resultatet som relativ risk ser det ut så här:

Risken att insjukna i förhållande till placebo (1,00) var i

koronarsjukdom	1,29
bröstcancer	1,41
stroke	1,41
lungemboli	2,13
colorectal cancer	0,63
endometrie cancer	0,83
höftfraktur	0,66

Uttryckt som absolut risk blir det så här: Om 10000 kvinnor behandlas i ett år blir ökningen/minskningen av antalet fall för:

koronarsjukdom	+7
bröstcancer	+8

stroke	+8
lungemboli	+8
colorectal cancer	-6
höftfraktur	-5
Totalt	+19

Man kunde inte påvisa någon skillnad i total dödlighet.

Om det här gäller även för andra hormonkombinationer vet vi ännu inte men när det gäller risken för bröstcancer finns andra studier som bekräftar dessa resultat (3).

Hur gör vi nu i klinisk praxis?

Det mest uppseendeväckande med studien var att risken för koronar sjukdom och stroke ökade. Att risken för bröstcancer och lungemboli ökade och risken för höftfraktur minskade med östrogen-gestagegenbehandling var däremot förväntat.

Man kan också notera att både riskökningar och -minskningar är små i absoluta tal och måste vägas mot den förbättring i livskvalitet, som i de flesta fall är avsikten med hormonbehandling. Många frågor återstår, framförallt beträffande gestagenets roll. Den del av studien, som berör enbart östrogenbehandling utan gestagen – till kvinnor som tagit bort livmodern – fortsätter, eftersom man där ännu inte sett någon påtaglig riskökning.

Bedömningen i SBU-rapporten håller fortfarande även efter WHI-studiens publicering: Behandling av klimakteriesymptom under begränsad tid har säkerställd nytta och är även kostnadseffektivt men det finns inget vetenskapligt underlag för långtidsbehandling av symtomfria kvinnor.

I en medicinsk kommentar i Läkartidningen påpekas att många kvinnor som påbörjat sin behandling pga symtom

ibland slentrianmässigt fortsatt behandlingen i hopp om en allmänt positiv hälsoeffekt (4). Vid förfrågan från patienter om receptförnyelse, liksom vid nyinsättning, bör vi nu ge ny information. Dock är det svårt att få genomslag för ny kunskap som går på tvärs mot tidigare uppfattning (5). Trovärdigheten och tilliten till våra kunskaper riskerar att minska. Detta visar riskerna på att gå ut med information som är bräcklig och inte bygger på patientnära forskning med t.ex. randomiserade studier.

När patienter informeras uppfattas relativa risker som större än absoluta och ju mer information (som kan förstås) desto försiktigare blir patienten att ta behandlingen (6).

Kanske vi oftare bör råda patienter att upphöra med sin hormonbehandling för att se om symtomen som föranledde insättandet kvarstår? Det gäller att väga fördelar och nackdelar mot varandra för just den individuella kvinnan med hänsyn tagen till hereditet, livssituation, eventuell sjukhistoria och syn på livskvalitet i stort.

Referenser

1. Behandling med östrogen. SBU Rapport nr 159 – Maj 2002.
2. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA 2002; 288:321-33.
3. Fletcher SW, Colditz GA. Failure of Estrogen Plus Progestin Therapy for Prevention. Editorial. JAMA 2002; 288:366-8.
4. von Schoultz B. Friska symtomfria kvinnor behöver inte hormonbehandling profylaktiskt. Läkartidningen 2002; 99:3276-8.
5. Calman KC. Communication of risk: choice, consent, and trust. Lancet 2002; 360:166-8.
6. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. BMJ 2002; 324:827-3

INFLUENSA 2002-03:

Vaccinera riskgrupperna!

Inger Andersson v Rosen, smittskyddsläkare, Jämtlands län

Medicinska riskgrupper

Patienter med kronisk hjärt- och/eller lungsjukdom oavsett ålder
 Personer äldre än 65 år
 Patienter med metaboliska sjukdomar som diabetes mellitus
 Patienter med gravt nedsatt immunförsvar

Influensapandemier

Sedan slutet på 1500-talet har fler än 30 influensapandemier dragit fram över världen med en regelbundenhet av 10-30 år. 'Ryska snuvan' gav namn åt den senaste i raden, 1977-78. Den var en riktig körare, men ändå mild i jämförelse med tidigare influensaepidemier, som 'Spanska sjukan' 1918-19, 'Asiaten' 1957-58- eller 'Hongkongflunsan' 1968-69.

Att det nu förlöpt 25 år sedan det senast begav sig, indikerar alltså att det är hög tid att förbereda sig för en ny pandemi.

Smittskyddsinstitutet raopport

Smittskyddsinstitutet (SMI) har just kommit ut med en rapport kring förra årets influensasäsong och skriver att "Ingen vet någonting med någon säkerhet hur en säsong kommer att bli, bara att vi varje säsong får mer eller mindre stora influensautbrott".

Vid en influensaepidemi blir barnen minst sjuka - inte spädbarnen, men småbarnen vilka samtidigt är de som mest sprider vidare smittan. Allra värst drabbas då de som redan har nedsatt förmåga att stå emot infektioner.

Den här minskade motståndskraften inträder förstas inte på 65-årsdagen, men ett flertal studier har visat att befolkningen då passerar en tröskel efter vilken sker en påtaglig ökning av risken för komplikationer till en influensa-infektion.

Händer inget radikalt med influensavaccinationstäckning i landet kan vi därför en normal säsong förvänta oss en överdödlighet under kommande månader om uppåt 3000-4000 människor i

Sverige. Enligt SMI orsakade förra säsongen 2001-02 - vilken må betecknas som ovanligt mild - över 2000 dödsfall i Sverige, samtidigt som influensatoppen inträffade ovanligt sent, med odlingsverifierade influensafall ända fram till v.20 i maj månad.

"The old man's friend"

Lunginflammation är den vanligaste dödsorsaken och sägs vara "the old man's friend". Så är det måhända, men vill man vara cynisk kan man med fog hävda att de flesta faktiskt överlever sin influensa. För människor i de sk. riskgrupperna har dock denna överlevnad inte sällan ett högt pris med ett klart sänkt ADL-status, alltså vad man klarar av på egen hand: klä sig, gå och handla, sköta sin hygien mm. Detta dråpslag mot livskvaliteten sker trots att så många kommer till sjukhus och får vård för sin lunginflammation, sin accentuerade hjärtsvikt, ökade andningsvårigheter eller annat som influensan dragit med sig.

Att få fram vaccin

Att få fram vaccin av rätt sort och i tillräcklig mängd är en kamp mot klockan. Således definierar WHO redan under våren de influensastammar som kan komma att orsaka nästa säsongens epidemier. Kort därefter blir virus tillgängligt för vaccintillverkarna som då har på sig tiden fram till september för att anpassa de olika stammarna av influensavirus till växt i ägg, producera ett renat koncentrerat vaccin, avdöda det, kontrollera dess kvalitet, oskadlighet och styrka, samt ampullera det slutliga vaccinet.

Beredningsplan för länet

Såsom redovisas i den beredningsplan, som är under utarbetande för länet, kan vi - inte minst i Sverige, där vi saknar egen produktion av influensavaccin - under en pandemi förvänta oss en uttalad brist på vaccin. Det beror dels på produktionscykeln enligt ovan, dels på problemets magnitud. Beräkningar nedan utgår från de prognoser som gjorts för den amerikanska befolkningen av Center for Disease Control and Prevention (CDC) i USA. Omräknat till jämtlandska förhållanden kan man vid en influensapandemi förvänta sig följande:

Jämtlands läns befolkning 126,000 (2002)

- Upp till 91,000 personer kommer att bli utsatta för smitta
- Mellan 18,200 (17%) och 46,500 (40%) kommer att bli kliniskt sjuka
- Mellan 8,400 och 21,000 kommer att behöva öppen vård
- Mellan 140 och 370 kommer att behöva sjukhusvård
- Mellan 40 och 140 personer kommer att dö

Dessa beräkningar utgår alltså från antagandet att Z-län i dagsläget har 126,000 invånare, men erfarenhetsmässigt sammanfaller influensasäsongen med fjälens högsäsong då länets befolkning i runda tal fördubblas. Även om turistströmmarna lär falla kraftigt i samband med en influensapandem, finns ändå anledning att förvänta en viss tillströmning av såväl turister som säsongarbetare.

Tack och lov finns (ännu) inga tecken på att vi har en influensapandemi under uppsegling i samband med kommande influensasäsong och det nya vaccin som valts för kommande vaccinationskampanj innehåller två bekanta typ A-stammar (H1N1 och H3N2), men en ny influensa B-stam.

Tidigare influensavaccinerade

För Z-län saknas ännu en översiktlig statistik över hur stor andel av de medicinska riskgrupperna, som blivit influensavaccinerade under tidigare år (bl.a. därför att man så sällan i journalen anger den sk. ICD-koden för influensavaccination: Z25.1). Vad vi vet är hur många doser som säljs, att en del av de som vaccineras inte tillhör de medicinska riskgrupperna – dvs. vaccineras av andra skäl (ofta på initiativ av arbetsgivare) – och att personligt skrivna brev har en mycket högre genomslagskraft än allmänna vaccinationskampanjer via dagspress etc. I ingetdera fallet nås dock en signifikant hög andel av de personer, som finns inom kommunernas särskilda boenden.

Vaccinationserbjudande

Fr o m denna säsong erbjuds människor + 65 år i Z-län influensavaccination till en kostnad av 75 kronor (direktiv för ersättning till vaccinerande enhet är under utarbetande).

Så, nu är influensan på väg och frågan är alltså inte om den kommer, utan när. På förekommen anledning är det därför hög tid att:

- ❖ ta fram siffror för respektive upptagningsområde över antal personer + 65 år jämte alla de med kända risksjukdomar (i första hand följande ICD-koder: I20.9, I25, I50, J42-44)
- ❖ finna vägar att lokalt – och allra helst via personliga brev och/eller lokala annonsblad - meddela 'riskgrupperna' om stundande influensakampanj, vars startdatum för hela landet är annonserat till 10 oktober
- ❖ beställa vaccin för att uppnå åtminstone 50% vaccinationstäckning generellt – och långt högre andel vaccinerade bland seniorer som finns på sjukhem och i motsvarande boende.

Att notera är SOSFS 1999:18 den författning som inkluderar influensavaccinet i det allmänna vaccinationsprogrammet och således öppnar vägen för att generellt uppdra åt distriktsköterskor/sjuksköterskor med vidareutbildning att göra det medicinska ställningstagandet vid vaccinationen av definierade riskgrupper.

Vaccin beställs via SBL Vaccin Distribution: tfn 08-735 12 50 (kortnr. inom landstinget: 1151=SBLs växel), dvs. de vaccin (Vaxigrip resp. Batrevac), vilka upphandlats för Norrlandslänen.

"Aktuellt om läkemedel"

Läkemedelskommitténs föreläsningsserie kommer under hösten att ta upp följande ämnen:

Torsdagen 10 okt.
17.30-19.00
Hörsalen Snäcken,
Östersunds sjukhus

Antibiotikaresistens - konsekvenser och praktiska problem nu och i framtiden

Otto Cars:
ordf. i STRAMA

Tisdag 12 nov

Angiotensin-II-antagonister

Peter Nilsson,
MAS, Malmö

Torsdag 5 dec

Nya läkemedel mot influensa

Ingrid Uhnöo,
Läkemedelsverket

Ny upplaga av egenvårdshandboken

Apotekare Björn Stalby, läkemedelskommitténs egenvårdsgrupp

Nu är den nya upplagan av egenvårdshandboken klar. Den första upplagan av egenvårdshandboken som kom ut i maj 1998 har sedan länge varit slut. Behovet av att revidera innehållet i boken och ge ut en ny upplaga har varit stort. Läkemedelskommittén tillsatte därför en mindre arbetsgrupp som fick i uppdrag att se över innehållet och bl.a. komplettera de avsnitt där nya receptfria läkemedel tillkommit.

Arbetsgruppen har haft följande sammansättning:

Kerstin Asplund,
informationsläkare
Björn Stalby,
informationsapotekare
Gerd Williamsson,
distriktssköterska
Marion Österström,
distriktssköterska

Arbetet med revideringen påbörjades våren 2001 och slutfördes i maj 2002. Några helt nya kapitel har kommit till som *Akut antikonception – dagen efter piller*, *Blödningsrubbningsar*, *Nikotinberoende* och *Svinkoppor*.

Kapitlen *Sur mage och halsbränna* liksom *Allergibesvär* är delvis omarbetade med anledning av nya receptfria preparat som protonpumpshämmare och nasala steroider. Råden har liksom i den tidigare utgåvan faktagranskats

av olika specialister i läkemedelskommitténs expertgrupper.

Syftet med boken är att den skall vara till hjälp för personal både på apotek och inom hälso- och sjukvården vid egenvårdsgivning till allmänheten. Kunder/patienter som utnyttjar olika delar av hälsovården ska få samma råd.

Fler exemplar av boken kan rekvireras via läkemedelskommitténs sekretariat, Sjukhusapoteket Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund, fax: 063-131403, eller e-post: bjorn.stalby@apoteket.se

Liksom tidigare kommer det att bli möjligt för kunder som så önskar att köpa boken på apotek.

Vad har man för nytta av statiner?

Om blodfettssänkande behandling och hjärt- och kärlsjukdomar.

Informationsläkare Kerstin Asplund,

Statiner är en grupp läkemedel vars användning ökat mycket på senare år. 1990 såldes statiner för 32 miljoner kronor i Sverige - elva år senare kostade statinerna 1141 miljoner kronor. Användningen varierar mycket över landet med Norrbotten i topp (59 DDD/1000 inv. och dag) medan Jämtland (36 DDD/1000 inv. och dag) liksom Halland och Gotland ligger i botten.

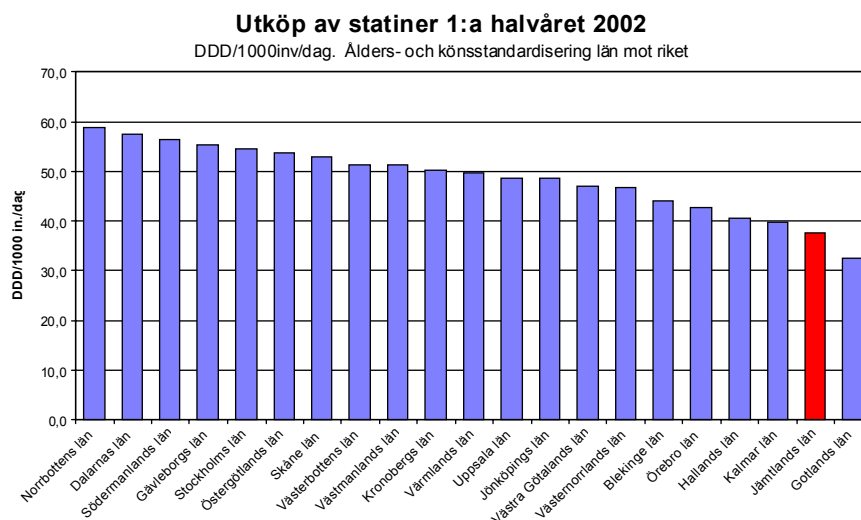
I Jämtland har förskrivningen mer än tredubblats sedan 1998 (10 DDD/1000 inv. och dag) men ändå ligger vi alltså långt under nivån i stora delar av landet.

LDL-kolesterol kan orsaka ateroskleros och ateroskleros i blodkärlen vilket i sin tur leder till hjärt- och kärlsjukdomar som hjärtinfarkt och slaganfall och för tidig död. Med kost, motion och läkemedel strävar man efter att få ner lipidhalten och därigenom förebygga hjärt- och kärlsjukdomar.

Statiner används mot förhöjda lipider i serum. De hämmar syntesen av kolesterol och sänker framför allt total- och LDL-kolesterol men även i viss mån triglyceridnivån. De har också en del andra effekter som kan ha betydelse för blodkärlen, t.ex. antiinflammatoriska och antioxidativa effekter, ökad NO-produktion, stabilisering av aterosklerotiska plaques och minskad blodproppsbildning. I dessa senare effekter kan det finnas skillnad mellan olika statiner, vilket kan ha betydelse för den hjärtskyddande förmågan.

I Sverige finns fyra typer av statiner registrerade: *simvastatin* (Zocord), *pravastatin* (Pravachol), *fluvastatin* (Canef och Lescol) samt *atorvastatin* (Lipitor). En femte statin, *cerivastatin* (Lipobay) drogs in 2001 p.g.a. allvarliga biverkningar.

De båda statinerna pravastatin och simvastatin har i flera välgjorda placebo-kontrollerade randomiserade långtids-



Källa: Apoteket AB

studier visat sig ha positiva effekter på hjärtinfarkt, slaganfall och för tidig död.

Sammanlagt har omkring 50.000 patienter ingått i dessa studier. För pravastatin har både primärpreventiv (WOSCOPS, endast män) och sekundärpreventiv (CARE och LIPID, båda könen) effekt visats. För simvastatin har sekundärpreventiv (4S och HPS) effekt visats och det ända upp till 80 års ålder och för båda könen (HPS). Simvastatin har hjärtinfarktpreventiv effekt även hos diabetiker (HPS) och pravastatin tycks kunna fördröja utvecklingen av diabetes (WOSCOPS).

De övriga statinerna saknar fortfarande dokumentation för långtidspreventiv effekt på morbiditet och mortalitet. Det finns alltså goda skäl att hålla sig till de av läkemedelskommittén rekommenderade preparaten Zocord (simvastatin) och Pravachol (pravastatin).

Studierna har haft lite olika inklusionskriterier och därför olika utfall. Sammantaget kan sägas att ju sjukare personer vid inklusionen desto större vinster med behandlingen.

För att undvika ett dödsfall årligen måste

man behandla 161 hjärtsjuka personer enligt 4S (simvastatin, sekundärpreventiv, kolesterol vid inklusion 5,5 - 8,0 mmol/l) och 196 hjärtsjuka enligt LIPID (pravastatin, sekundärpreventiv, kolesterol 4,0 - 7,0 mmol/l).

Enligt WOSCOPS (pravastatin, primärpreventiv, kolesterol mer än 6,5 mmol/l) måste 556 icke hjärtsjuka män behandlas för att ett dödsfall årligen skall undvikas.

När hjärtpatienter med normala eller låga totalkolesterolnivåer inkluderades (HPS mer än 3,5 mmol/l och CARE mindre än 5,7 mmol/l) måste 333 (HPS) respektive 625 (CARE) behandlas för att undvika ett dödsfall årligen.

Baserat på 4S kan läkemedelskostnaden per vunnet levnadsår vid sekundärpreventiv beräknas till 90 000 kronor för män och 160 000 kronor för kvinnor. Enligt LIPID skulle motsvarande kostnad vara 130 000 kronor.

Baserat på WOSCOPS skulle kostnaden vid primärpreventiv vara 370 000 kronor per vunnet levnadsår. Allt detta enligt nuvarande priser på Zocord respektive Pravachol. Den högsta medicinska och kostnadsmissiga effektiv-

teten av statinerna får man vid sekundärprevention hos personer med initialt höga kolesterolnivåer.

Hur mycket skall man då sänka kolesterolet? Det är oklart vilken kolesterolnivå som är optimal med hänsyn till mortalitet och morbiditet i stort. Det finns flera studier som talar för att mycket låga kolesterolnivåer är förknippade med ökad risk för våldsam död (olyckor, självmord) och beteendestörningar. En hypotes är att kolesterolnivån påverkar hjärnans serotoninnivå och därmed individens förmåga till kontroll av skadliga impulser. Sannolikt skall man därför inte sträva efter att sänka LDL-kolesterolet så mycket som möj-

ligt utan till en bästa nivå som dock ännu återstår att definiera.

De kliniska prövningarna har alltså visat en påtaglig långtidsnytta avseende mortalitet och morbiditet med pravastatin och simvastatin men hittills inte med atorvastatin, fluvastatin eller cerivastatin. Studierna ger dock bara besked om den potentiella patientnyttan under de välkontrollerade förhållanden som gäller för kliniska prövningar.

För att bedöma den reella patientnyttan under ordinära sjukvårdsförhållanden måste man göra epidemiologiska observationer. Under perioden 1987-1999 sjönk mortaliteten i ischemisk hjärtsjukdom påtagligt och

i slaganfall i något mindre grad. Hur mycket detta beror på den ökade användningen av statiner är oklart. Ju högre de olika svenska kommunernas användning av statiner och andra lipidsänkande läkemedel var under 1987-1993 desto lägre var mortaliteten i hjärtinfarkt. Användningen varierade emellertid också med skillnader i socio-ekonomiska resurser och det gör att resultaten blir svårtolkade. Man måste därför göra andra och mer ingående studier för att rätt bedöma statiners medicinska och ekonomiska effekter för befolkningen.

Källa:

Statiner: Effekter - Patientnytta - Användning - Vinster - Kostnader. En rapport från NEPI 2002.

E-dos start!

Apotekschef Mia Höglin, Jämtdos

Nu sätter vi igång med e-dos i liten skala med läkarna på hälsocentralen i Krokoms. Vi öppnar sedan för ansvariga sköterskor i Krokoms kommun.

Vad är e-dos?

E-dos är en webbaserad applikation för att skicka ordinationer från förskrivare till dosapotek. För att ha tillgång till e-dos behövs en pc med Internet Explorer version 5.01 eller högre samt kontakt med dosapoteket via Sjunet eller annat överföringsnät samt behörighet till e-dos.

E-dos kommer att avsevärt förbättra hanteringen eftersom det kommer att finnas bara en version av patientens ordinationskort. Detta kommer att spara mycket tid både för förskrivarna och apotekspersonalen, göra ordinationssändningar enklare samt öka säkerheten. Fritextfält kommer att möjliggöra smidig kommunikation mellan apotek och läkare.

Säkerhet i e-dos

Alla händelser i e-dos loggas. Detta innebär att man kan spåra vad olika användare har gjort i e-dos. Du blir alltså ansvarig för vad som görs i e-dos under den tiden du är påloggad.

Behörigheter i e-dos

Beroende på din roll får du behörighet till olika delar av e-dos. De roller som finns definierade i e-dos är

- förskrivare
- sjuksköterska
- användaradministratör
- apoteksadministratörer

Vad kan du göra i e-dos som förskrivare?

- hantera ordinationer titta på ordinationer
- skriva ut ordinationskort
- bilägga meddelanden till ordinationer
- läsa och besvara meddelanden från apoteket
- ändra patients leveransstatus

Vad kan du göra i e-dos som sjuksköterska?

- titta på ordinationer för patienter på din arbetsplats
- skriva ut ordinationskort
- läsa och besvara meddelanden från apoteket
- ändra patients leveransstatus

Vill du vara med från början?

Skicka in din intresseanmälan så blir du kontaktad av oss på Jämtdos när din arbetsplats kommer på tur.

Vill du veta mer om e-dos?

Vår CD "En introduktion i e-dos" kommer att finnas på landstingets intranät. Där kan du se hur du hanterar ordinationer och bifogar/läser meddelanden till/från apoteket.

Vi från Jämtdos kommer även ut till er på informationsträffar.

