

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
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:
Inga-Lill Lindgren, Apoteket AB, AO Hälsa
Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket,
Eva-Kari Markland, Sjukhusapoteket
Björn Stalby, Sjukhusapoteket, sekr

Läkemedelskommiténs 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 Sännemark, IVA Ulrica Eriksson, Sjukhusapoteket
Hjärta-kärl	Thomas Mooe, med Bo Friberg, med Per Magnusson HC Järpen
Hud	Arne Pettersson, hud Agneta Leander-Öhman, HC Lugnvik
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 Per Magnusson HC Järpen
Infektion	Ulf Ryding, inf Gunnar Nilsson, HC Frösön Bengt Svensson, ÖNH
Smärta	Christer Fridman, anesthesi Monica Johannesson, HC Zätagränd 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 Högberg, HC Brunflo
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:

"Oktoberrevolutionen" ...2 månader senare	46
Jan Håkansson, ordf i Jämtlands läns LK	
Naturläkemedel billigare med recept?	47
Jan Håkansson, ordf i Jämtlands läns LK	
Läkemedelskommitténs utbyteslista för generikapreparat	48
PPI-beroende - en ny sjukdom?	49
Överläkare Greger Lindberg, Gastroenterologiskt centrum, Huddinge sjukhus	
Hormonell antikonception - p-piller och andra hormoner	51
Informationsläkare Kerstin Asplun	
Den nya Läkemedelsförmånsnämnden	52
Informationsapotekare Björn Stalby	
Glukosamin	53
Per Magnusson, Distriktsläkare Järpens hälsocentral	
Öm acetylcholinesterashämmare	54
Håkan Lindholm, överläkare vid geroenheten/sektionen för äldrepsykiatri	
Högst varannan patient följer läkemedelsordinationerna	56
Apotekare Ulrica Eriksson	
Kommande program i LK:s föreläsningsserie: Behandling med östrogen Hur bra är det?	58

"Oktoberrevolutionen" ...2 månader senare

Jan Håkansson, Distriktsläkare/ordf i Jämtlands läns LK

De generiska bytena har medfört ett visst merarbete för apoteks-personalen. De flesta apotekskunder tycks ha accepterat de byten som föreslagits och i en liten andel har läkaren ansett att byte skulle vara olämpligt. Den direkta besparingen genom utbytena har varit oansenlig, men reformen har tvingat fram en betydande prissänkning för många läkemedel.

En del byråkratiskt krångel har förändringarna medfört, men de är förhoppningsvis av övergående natur! Fr o m 1 feb -03 är de gamla receptblanketterna ogiltiga och personlig förskrivarkod obligatorisk på narkotikarecept.

1 oktober infördes reformen, som hade som syfte dels att minska patienternas och landstingens kostnader för läkemedel, dels att möjliggöra en bättre uppföljning av förskrivningen.

Hur har det gått?

Under oktober expedierades knappt 30 000 recept på apoteken i Jämtlands län. Av dessa var 40 procent "ej utbytbara"; preparat som inte har några synonymer eller av andra skäl (t ex antibiotikamixturer med olika smak, hud-

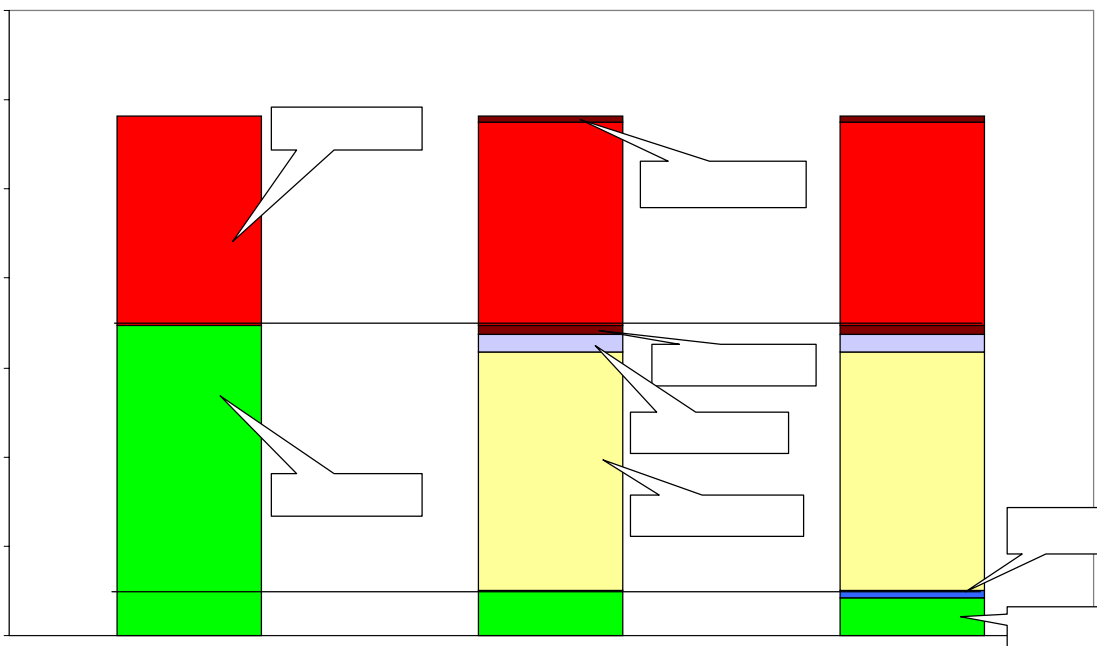
preparat med olika kräm/salvbaser) inte anses utbytbara av Läkemiddelsverket. Av de 60 procent som definierats som utbytbara var billigaste preparat förskrivet i 75 procent av fallen, Av återstoden – totalt c:a 15 % - genomfördes byte till billigare preparat i drygt hälften av fallen, medan läkaren angivit "får ej bytas" för c:a 3 procent av förskrivningarna. Patienten motsatte sig byte och betalade mellanskillnaden själv i ungefär lika stor utsträckning. (Se nedanstående fig!)

Oansenlig besparing, men betydande prissänkning

Totalt sparades 56 000 kr genom generikabyten under oktober i länet. Det motsvarar c:a 2 promille av månadens totala läkemedelskostnader.

Det preparat som bytts flest gånger är Pronaxen (naproxen). Det kan förefalla märkligt då Pronaxen är det naproxenpreparat som läkemedelskommittén och apoteken beslutat sig för att rekommendera. Orsaken är att apoteken hade andra naproxenberedningar i lager, som var någon krona billigare, men som nu börjar ta slut. Apoteken kommer därefter att lagerhålla endast Pronaxen, som nu också sänkt priset till det lägsta på marknaden.

Det enskilda preparat som betytt mest ur besparingssynpunkt är byten från Cipramil till Citalopram NM Pharma, där prisskillnaden är över 300 kr (!) på den vanligaste förpackningen 100 tabletter. Tyvärr har nu tillverkaren Lund-



Källa: ©Apoteket AB

beck AB inlett en patentstrid, så det är för osäkert om generiskt citalopram kommer att finnas tillgängligt om några månader.

Många stora läkemedel har fått sänkt pris av konkurrensskäl, vilket torde ha större ekonomisk betydelse än den direkta besparingen genom utbytena.

Komplikationer vid byten

Enstaka händelser har kommit till läkemedelskommitténs kännedom där generikabyten lett till komplikationer. Det har handlat om allergiska reaktioner på färgämnen som funnits i det ena, men inte det andra preparatet, patienter som dubbelmedicinerat med läkemedel med olika namn, men samma innehåll m m. Sådana komplikationer bör rapporteras till lokalabiverkningsenheten på samma sätt som biverkningar i övrigt, för att det ska bli möjligt att få en uppfattning om problemens omfattning

Ett irritationsmoment

En tidsödande och irrationell bestämmelse vid generikabyten är att apoteken

är skyldiga att meddela förskrivande läkare om bytena. Apoteken lägger ned ett omfattande arbete med den lagstadgade återrapporteringen. Läkaren ska sedan föra in ändringen i journalen. Förmodligen anser de flesta läkare att det finns angelägnare uppgifter att ägna arbetstiden åt och de flesta sådana meddelanden hamnar nog direkt i papperskorgen. Sveriges läkemedelskommittéordföranden har uppvakat Socialstyrelsen med en skrivelse att reglementet måste ändras på något vis för att slippa denna meningslösa pappersexercis.

Koder på recepten

Sedan 1 oktober måste receptblanketterna vara försedda med arbetsplatskoder. Under en övergångsfas har landstinget bekostat s k stöd-kodning på recept som saknar arbetsplatskod, men detta har nu upphört. För recept som saknar arbetsplatskod får nu patienten betala hela kostnaden, eller be förskrivande läkare om nytt recept med arbetsplatskod.

Från 1 februari 2003 kommer de gamla receptblanketterna att vara ogiltiga.

Från 1 feb -03 måste också blanketterna för särskilda läkemedel (s k narkotikarecept) vara försedda med personlig förskrivarkod, annars får läkemedlet inte expedieras. Förhoppningsvis har de nya receptblanketterna och klisterlappar med personlig förskrivarkod nu kommit ut till alla. Om inte – ta kontakt med Gudrun Abrahamsson, landstingets kansli! Nya receptblanketter och klisterlappar med personlig förskrivarkod beställs via Gun Svensson, Emefté serviceförvaltning.

E-recept

E-recept har nu installerats vid alla länets hälsocentraler och underlättar receptskrivningsrutinerna avsevärt. Bland annat slipper man då allt krångel med koder, som påförs automatiskt. De sjukhuskliniker som är intresserade av e-recept kan ta kontakt med Lena Persson, IT-samordnare och systemansvarig för VANIA för information!

Naturläkemedel billigare med recept?

Jan Håkansson, Distriktsläkare/ordf i Jämtlands läns LK

Sedan mitten av 90-talet kan naturläkemedel förskrivas på recept. Inga naturläkemedel ingår dock i läkemedels-subventionen. En uppmärksam naturläkemedelskund har upptäckt att naturläkemedel som är förskrivna på recept skall vara befriade från moms, vilket de inte är då de köps direkt av patienten på apoteket, hälsokost- eller livsmedelsbutiken. Det medför förstås en orättvisa i konkurrenshänseende mellan apote-

ken å ena sidan och andra försäljningsställen å den andra och kan komma att ändras på sikt. Troligen kommer en del kostnadsmedvetna personer att be att få de naturläkemedel de anser sig må bra på förskrivna på recept.

Hur bör då sjukvården bemöta sådana önskemål? Läkemedelskommitténs uppfattning är att naturläkemedel ska förskrivas på recept endast om läkaren

anser det motiverat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet på samma sätt som för andra läkemedel. Förskrivning av naturläkemedel medför naturligtvis samma ansvar som förskrivning av andra läkemedel och bör inte göras enbart av ekonomiska skäl.

Läkemedelskommitténs utbyteslista för generikapreparat

Om du skrivit	Kommer det att bytas ut mot	Om du skrivit	Kommer det att bytas ut mot
Abboticin (mixtur)	Ery-Max (mixtur)	Mindiab	Glipizid Meda
Aldactone, Spirix	Spirolakton NM Pharma	Minifom	Dimetikon NM Pharma
Anafranil	Klomipramin NM Pharma	Minirin (nässpray)	Desmopressin Dumex (nässpray)
Androcur	Cyproteron NM Pharma	Moduretic/Amilofem	Sparkal GEA
Aurorix	Moklobemid NM Pharma	Moduretic mite	Sparkal mite GEA
Bactrim	Eusaprim (mixtur ej utbytbar)	Mogadon, Nitrazepam	Apodorm
Brufen, Ipren	Ibuprofen	Mucomyst	Acetylcystein Tika
Buspar	Buspiron NM Pharma	Naproxen, Naprosyn	Pronaxen
Capoten	Captopril Medartuum	Nobligan, Tradolan	Tiparol
Cefamox	Cefadroxil Biochemie	Nolvadex	Tamoxifen NM Pharma
Cipramil	Citalopram NM Pharma	Otrivin	Nasoferm Nordic
Panocod	Citodon	Ovesterin (tabletter)	Oestriol NM Pharma (tabletter)
Daonil	Glibenklamid NM Pharma	Panodil, Curadon	Alvedon
Ditropan	Oxybutynin NM Pharma	Propine	Propine
Doloxene	Dexofen	Provera (5,10 mg)	Gestapuran (5,10 mg)
Eldepryl	Selegilin NM Pharma	Renitec	Enalapril Biochemie
Eulexin	Flutamid NM Pharma	Renitec Comp	Enalapril Comp Ratiopharm
Farlutal (100-500mg)	Provera (100-500mg)	Rohypnol	Flunitrazepam NM Pharma
Felden	Piroxicam NM Pharma	Saroten	Tryptizol
Fontex	Fluoxetin Ratiopharm	Serostat	Paroxetin GEA
Furix Retard	Lasix Retard	Sobril	Oxascand
Furix, Impugan, Lasix	Furosemid Recip	Sotacor	Sotalol NM Pharma
Glucophage	Metformin GEA	Stesolid klyasma	Diazepam Destin
Halcion	Triazolam NM Pharma	Tenormin	Atenolol Nordic
Idotrim	Trimetoprim Astra	Tikacillin	Kåvepenin
Imacillin	Amimox	Tolvon	Mianserin NM Pharma
Imdur/Isodur, Fem-Mono	Imdur	Vancomycin	Vancocin Lilly (kapsel)
Imodium	Dimor	Viskén	Pindolol NM Pharma
Imovane	Zopiklon NM Pharma	Voltaren	Diklofenak NM Pharma
Imurel	Azatioprin NM Pharma	Voltaren T	Diklofenak T Ratiopharm
Inderal	Propranolol NM Pharma	Xanor	Alprazolam NM Pharma (gäller ej Xanor depot)
Indomee	Confortid	Zantac	Artonil
Isoptin	Verapamil NM Pharma (ej depåtbl.)	Zantac Brus	Ranitidine Recip
Keflex	Cefalexin Scand Pharm	Zyloric/Allopurinol	Zyloric
Laxoberal	Cilaxoral Ferring	Zyrlex	Cetirizin Biochemie
Leponex	Klozapin Alharma		
Lioresal	Baklofen NM Pharma		
Loraga, Duphalac	Laktulos Pharmacia		
Ludiomil	Maprotilin NM Pharma		
Emthexate	Methotrexate Wyeth Lederle		
Midamor	Midamor		

PPI-beroende - en ny sjukdom?

Överläkare Greger Lindberg, Gastroenterologiskt centrum, Huddinge sjukhus

Greger Lindberg är överläkare vid gastroenterologsektionen vid Huddinge sjukhus. Han ingår i Sydvästra läkemedelskommittén i Stockholm i expertgruppen för magtarmsjukdomar och medverkade i SBU:s rapport "Ont i magen" utgiven år 2000. Han har skrivit nedanstående artikel i Stockholms Sydvästra läkemedelskommitténs tidning och gett sitt tillstånd att den publiceras även i Jämt-Medel. Försäljningen av PPI i Jämtlands län kan ses som en illustration till artikeln och då bör man betänka att Jämtlands län har lägre genomsnittlig konsumtion av PPI än hela Sverige.

Mediciner som hämmar saltsyra-sekretionen i magsäcken, provocerar samtidigt ett antal kroppsegna reflexmekanismer för att återställa syrasekretionen till ett jämviktsläge. När en behandling med saltsyrehämmande läkemedel upphör, fortsätter sekretionen av saltsyra att öka under en tid, tills dess att kroppens reflexmekanismer slår av på takten, nedreglerar saltsyraproduktionen, och en ny jämvikt uppnås.

saltsyraproduktionen för att en reflexstimulerad syrasekretion skall bli betydelsefull. Fyra veckors behandling med standarddoser av ranitidin och nizatidin gav en ökning av den basala nattliga syrasekretionen på 57-100%

emellertid ingen säkerställd ökning av symtom hos patienter med refluxbesvär efter 5 dagars behandling med lansoprazol 60 mg/dag. Patienterna som studerades hade emellertid relativt uttalade symtom. Detta tillsammans med den korta behandlingsperioden gjorde att studien kanske inte var lämpligt utformad för att avslöja reflexinducerad hypersekretion av saltsyra och därmed sammanhängande symtom.

Resultaten av studien talar för att reflexinducerad hypersekretion av saltsyra kan framkalla kliniska symtom på syrelaterad sjukdom hos tidigare friska försökspersoner

Det finns alltså en fysiologisk grund till att behandling med syrasekretionshämmande medel kan leda till symtomframkallande överproduktion av saltsyra. Om detta är kliniskt relevant och därmed ett problem för våra patienter återstår att ta reda på.

Saltsyran är viktig för matsmältningen och försvaret mot infektioner i magtarmkanalen, därför finns sådana reflexmekanismer. Den mest kända av dessa reflexmekanismer vid hämning av syrasekretionen är att en minskad produktion av saltsyra leder till en ökad frisättning av det trofiska hormonet gastrin, som i sin tur uppreglerar eller stimulerar tillväxt av de så kallade ECL-cellerna i magsäcken. Dessa ECL-celler producerar mer histamin, som slutligen leder till en ökad produktion av saltsyra i parietal-cellerna. Fenomenet noterades först med histamin- H₂-receptorblockerare och senare med protonpumps-hämmare.

En handfull studier pekar åt samma håll

Det är oklart hur lång tid man behöver behandla med mediciner som hämmar

två dagar efter utsättning av medicinen. Behandling med omeprazol 40 mg/dag under 2 resp. 3 månader gav kraftig stegring av gastrininsöndring och syrasekretion 14 respektive 15 dagar efter avslutad behandling. Gastrinnivåerna tycks gå ned till normala värden efter 10-14 dagar hos de flesta men en del uppvisar fortsatt förhöjda värden. I en studie av Blum och medarbetare gavs endast 5 dagars behandling med lansoprazol men detta var tillräckligt för att erhålla en stegring av gastrin som höll i sig under 10-14 dagar efter avslutad behandling.

Vad upplever försökspersonerna?

Den kliniska betydelsen av reflexinducerad hypersekretion av saltsyra har studerats i några få studier. Smith och medarbetare jämförde ranitidin och placebo hos friska frivilliga utan föregående dyspeptiska besvär. Efter 2 månaders behandling med ranitidin utvecklade 59 % av försökspersonerna dyspeptiska besvär under 10 dagar efter utsättning medan 14% av placebo-behandlade fick dyspepsi ($p < 0,05$). Farup och medarbetare fann

HS-studie visar på dyspeptiska besvär hos friska försökspersoner

Vid Huddinge Universitetssjukhus genomfördes nyligen en studie där 36 friska försökspersoner lottades till behandling med omeprazol eller placebo under 2 veckor. Dyspeptiska besvär registrerades dagligen under behandling samt under 2 veckor efter avslutad behandling med hjälp av Glasgow Dyspepsia Questionnaire, ett validerat instrument för skattning av dyspeptiska besvär. Under behandlingen sågs ingen skillnad mellan omeprazol och placebo, men under första veckan efter behandling noterades en trend och under andra veckan efter behandling en statistiskt säkerställd ökning av dyspeptiska besvär, främst halsbränna och sura uppstötningar, hos dem som hade behandlats med omeprazol. Resultaten av studien talar för att reflexinducerad hypersekretion av saltsyra kan framkalla kliniska symtom på syrelaterad sjukdom hos tidigare friska försökspersoner.

Risk för felaktiga slutsatser vid provobehandling

Mot bakgrund av den utbredda användningen av tidigare histamin-H₂-receptor blockerare och nu protonpumpshämmare, även bland patienter utan säkerställd syre relaterad sjukdom, inställer sig frågan om denna behandling har skapat en ny form av sjukdom: PPI-beroende. Det är framför allt två situationer då jag tror att det kan vara relevant att hålla frågan aktuell i minnet:

- När patienten medicinerats med syrahämmande medel under längre tid och försöker avsluta behandlingen. I dessa fall föreligger stor risk för att reflexinducerad hypersekretion snabbt leder till återkomst av påtagliga symtom och därmed återinsättning av medicinen.
- När vi uppmanar våra patienter att provobehandla med protonpumpshämmare under några veckor vid t.ex. dyspeptiska besvär. Här föreligger uppenbart en risk att så snart medlet sätts ut så kommer den reflexinducerade hypersekretionen att framkalla syre relaterade besvär vilket kan tolkas som att utan medicinen får patienten besvär, alltså skall patienten behandlas med syrahämmande medel.

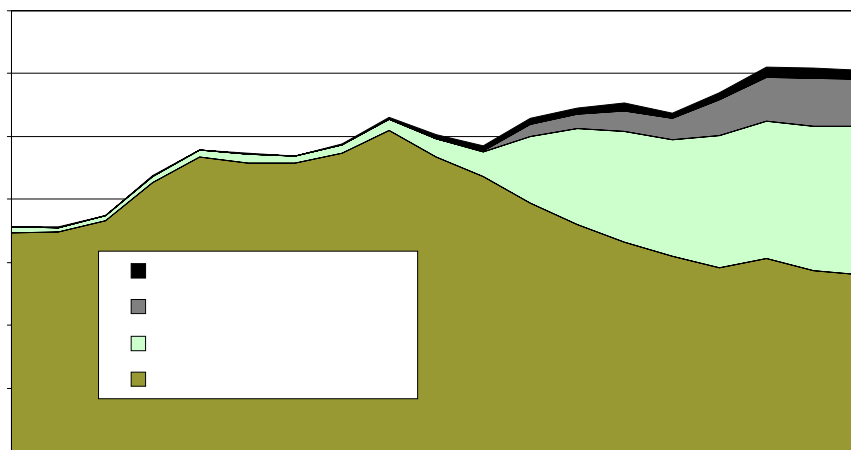
Nedtrappningvärt att pröva

Kan en ond cirkel brytas? Detta går idag inte att ge något enkelt svar på. Sannolikt går den reflexinducerade hypersekretionen över efter några veckor, åtminstone hos de flesta. Nedtrappning av protonpumpshämmare är mycket dåligt studerad. Teoretiska data som dos-respons-kurvans utseende (den är relativt brant) talar för att det är svårt att hitta en dos som skulle ge endast en hypersekretionshämmande effekt utan att fortsatt stimulera gastrinfrisättning. En svag histamin-H₂-blockerande effekt som t.ex. lågdos cimetidin kan teoretiskt vara en lösning. Dos-respons-kurvan för dessa medel är betydligt flackare och skulle tillåta en suboptimal syre sekretionshämning.

Litteratur

1. Sandvik AK, Brenna E, Waldum HL. Review article: the pharmacological inhibition of gastric acid secretion—tolerance and rebound. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:1013-8.
2. Frislid K, Aadland E, Berstad A. Augmented postprandial gastric acid secretion due to exposure to ranitidine in healthy subjects. *Scand J Gastroenterol* 1986;21:119-22.
3. Fullarton GM, McLauchlan G, Macdonald A, Crean GP, McColl KE. Rebound nocturnal hypersecretion after four weeks treatment with an H₂ receptor antagonist. *Gut* 1989;30:449-54.
4. Kohn A, Annibale B, Prantera C, Giglio L, Suriano G, Delle Fave G. Reversible sustained increase of gastrin and gastric acid secretion in a subgroup of duodenal ulcer patients on long-term treatment with H₂ antagonists. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:284-90.

5. Fullarton GM, Macdonald AM, McColl KE. Rebound hypersecretion after H₂-antagonist withdrawal—a comparative study with nizatidine, ranitidine and famotidine. *Aliment Pharmacol Ther* 1991;5:391-8.
6. Waldum HL, Arnestad JS, Brenna E, Eide I, Syversen U, Sandvik AK. Marked increase in gastric acid secretory capacity after omeprazole treatment. *Gut* 1996;39:649-53.
7. Qvigstad G, Arnestad JS, Brenna E, Waldum HL. Treatment with proton pump inhibitors induces tolerance to histamine-2 receptor antagonists in *Helicobacter pylori*-negative patients. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:1244-8.
8. Gillen D, Wirz AA, Ardill JE, McColl KE. Rebound hypersecretion after omeprazole and its relation to on-treatment acid suppression and *Helicobacter pylori* status. *Gastroenterology* 1999;116:239-47.
9. Klinkenberg-Knol EC, Jansen JB, Lamers CB, Nelis F, Meuwissen SG. Temporary cessation of long-term maintenance treatment with omeprazole in patients with H₂-receptor-antagonist-resistant reflux oesophagitis. Effects on symptoms, endoscopy, serum gastrin, and gastric acid output. *Scand J Gastroenterol* 1990;25:1144-50.
10. Blum RA, Hunt RH, Kidd SL, Shi H, Jennings DE, Greski-Rose PA. Dose-response relationship of lansoprazole to gastric acid antisecretory effects. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12:321-7.
11. Smith AD, Gillen D, Cochran KM, El-Omar E, McColl KE. Dyspepsia on withdrawal of ranitidine in previously asymptomatic volunteers. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1209-13.
12. Farup PG, Juul-Hansen PH, Rydning A. Does short-term treatment with proton pump inhibitors cause rebound aggravation of symptoms? *J Clin Gastroenterol* 2001;33:206-9.
13. el-Omar EM, Banerjee S, Wirz A, McColl KE. The Glasgow Dyspepsia Severity Score—a tool for the global measurement of dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996;8:967-71.



Hormonell antikonception - p-piller och andra hormoner.

Informationsläkare Kerstin Asplund

Måndagen den 30 september var det en välbesökt temadag i Snäckan arrangerad av Läkemedelskommittén och centrala mödra- och barnhälsovården. Ämnet för dagen var hormonell antikonception - vad styr vårt val som förskrivare?



Docent Arne Victor, Läkemedelsverket

Venöstromboembolism (VTE)

Docent Arne Victor från Läkemedelsverket talade bl.a. om p-piller och risken för venöstromboembolism.

Venöstromboembolism (VTE) är en sällsynt biverkan av alla kombinerade p-piller. Kända riskfaktorer är tidigare VTE, familjeanamnes på VTE, fetma, postpartum, kirurgi, immobilisering, rökning och ålder. Olika risker adderas. De flesta med familjär koagulationsrubning får inte blodpropp av p-piller men om ytterligare riskfaktorer tillkommer som rökning, högre ålder etc så kan resultatet bli VTE.

Trots att det är östrogen som ger ökad blodproppsrisk så är det gestagensorten och gestagenhalten som gör att de olika p-pillerna skiljer sig åt beträffande blodproppsrisk. Gestagenerna har en varierande grad av antiöstrogenicitet som motverkar östrogenets blodproppsfrämjande verkan.

Des.k. andragenerationens p-piller med noretisteron, levonorgestrel eller lynestrenol har mindre risk för VTE än tredje generationens p-piller med desogestrel (Desolett) eller norgestimät (Mercilon). Det nyare p-pillret Yasmin är liksom Diane (som används mot acne) ännu mer östrogendominant och därmed sannolikt ännu mer riskabelt än Desolett och Mercilon vad beträffar blodpropp.

Förstahandsmedel blir därmed enligt Arne Victor de monofasiska p-pillren Follimin och Neovletta som visat sig ha minst östrogenicitet. Först om dessa ger oacceptabla gestagena eller androgena biverkningar bör man byta till mer östrogendominanta preparat.

Unga kvinnor i Jämtland och venöstromboembolism

Eva Samuelsson, distriktsläkare i Krokom, presenterade sin undersökning av unga kvinnor i Jämtland som haft venöstromboembolism under åren 1991 tom 2000. Av 88 kvinnor under femtio år med VTE hade 43 stått på p-piller, varav 20 hade ytterligare en förvärvad riskfaktor. En del av dessa blodproppar hade troligen kunnat undvikas med bättre anamnes och hänsynstagande till kända kontraindikationer.

Abortstatistik och abortorsaker

Mödrhälsovårdsöverläkare Pia Collberg visade de senaste årens abortstatistik och kurator Karin Jirdén presenterade en undersökning om vilka orsaker de abortsökande anger. Tyvärr ökar aborttalen och Jämtland ligger nu över riksgenomsnittet. Även antalet klamydiainfektioner ökar oroväckande. Med anledning av detta kommer en ny handlingsplan mot STD och oönskade graviditeter att upprättas.

Gestagener i preventivmedel och HRT

På eftermiddagen hade Sven Erik Ohlsson, klinikchef på kvinnokliniken i Danderyd en noggrann genomgång av de olika gestagener som används i preventivmedel och HRT. Gestagener ingår i alla hormonella preventivmedel och måste också tillföras vid östrogenbehandling i klimakteriet om livmodern finns kvar. Dos och sort av gestagen har avgörande betydelse för hur behandlingen fungerar, vilka eventuella biverkningar som uppstår etc.

P-pillers biverkningar

Mycket av dagens program handlade om p-pillers biverkningar. Allmänt sett är dock fördelarna med p-piller klart större än riskerna. Det blir därför viktigt att ånyo understryka att det inte finns någon anledning att sluta med p-piller utan särskilda skäl.

Den nya Läkemedelsförmånsnämnden

Apotekare Björn Stalby

Den 6-7 november var deltagare från läkemedelskommittéerna i Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten samlade till ett regionalt möte i Skellefteå. En av programpunkterna var en presentation av den nya Läkemedelsförmånsnämnden.

Nämndens generaldirektör Ann-Christine Tauberman var inbjuden att informera om den nya myndigheten.

Arbetsuppgifter

I arbetsuppgifterna ingår, bl.a. att besluta om ett läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen eller ej. Nämnden går efter ansökan från den som marknadsför läkemedlet. Subventionen kan villkoras i särskilda fall och den kan omprövas efter en tid. Maxtid för beslut efter ansökan är 180 dagar.

I arbetsuppgifterna ingår även att fastställa priset. Behandlingen av ett ärende går snabbare om den gäller en höjning eller sänkning av priset. Den maximala tiden för beslut efter ansökan är 90 dagar.

Efter förhandling med Apoteket AB räknar man med att kunna snabba upp prissförändringsprocessen.

Genomgång av "gamla" läkemedel kommer att göras med utgångspunkt i terapi-grupper. Beträffande generika har nämnden hittills behandlat 671 prissänkings- och 18 prishöjningsansökningar.

Principer

- Människovärde, respekt för allas värde
- Behov – solidaritet, utifrån den som har störst behov
- Kostnadseffektivitet, rimlig relation nytta – kostnad
- Ändamålsenlighet

- Marginalnytta (Skall tillföra något nytt i jämförelse med befintliga terapier. Om två eller fler medel har samma pris blir de kvar. Om något har högre pris kan det slås ut.)

Beslut kan ske med speciella villkor, t.ex.

- läkemedlet får i början bara förskrivas av specialist
- tidsbegränsad subventionering (kan bero på att liten erfarenhet finns om nyttan och vilka patientgrupper som omfattas)
- ingastudier finns som gäller svenska förhållanden
- undantagsvis kan subventioneringen enbart gälla för vissa diagnoser

Expertmedverkan kan ske, men de har inte rösträtt. Överklaganden görs hos länsrätten i Solna.

Ledamöter (11 st med ersättare)

- 4 från landstingen
- 4 från bl.a. myndigheter
- 2 från patient- och pensionärsföreningar
- 1 ordförande med utslagsröst

Uppföljning

Läkemedelsförmånsnämnden kommer att följa marknadens utveckling och om

fattade beslut fått avsedd effekt.

Sekretessen

Nämnden kommer att vara något mer öppen – måste kunna vara med i samhällsdebatten och argumentera (jfr Läkemedelsverket, Post- och telestyrelsen).

Frågor från publiken

Fråga: Prissförfrågningar i öppen vård?
Svar: Mycket tveksamt – olagligt. Någon sådan möjlighet skall inte införas.

Fråga: Vem gör förarbetet inför prisbeslut?

Svar: Man har tagit över 9 av 11 anställda från Riksförsäkringsverket (mest farmaceuter) som tidigare beslutade.

Glukosamin

Per Magnusson, Distriktsläkare Järpens hälsocentral

Glukosamin är nu registrerat läkemedel under namnet Artrox för symtomlindring vid lätt till måttlig artros. Troligen säkert men större producentoberoende långtidsstudier av effekten saknas.

Bakgrund

Stora mängder av glukosamin har på senare år konsumerats av människor med ledbesvär. Det har hittills sålts som kosttillskott men är nu registrerat läkemedel (1) och får inte längre säljas som kosttillskott.

Kemiskt är det en glukosmolekyl där en hydroxylgrupp ersatts av en aminosgrupp och är en av byggstenarna i ledbrosk. Man har kunnat se i provrör att broskceller kan påverkas av glukosamin men om det når brosket när de intas som tabletter är okänt (2).

Artros (på svenska vanligen "förslitning av ledbrosk") är ett heterogent tillstånd med oklar orsak. Ledbrosket förstörs successivt vilket leder till smärtor av mycket varierande grad. Efter en tid ses förändringar vid röntgenundersökning, t.ex. minskat ledavstånd. Behandlingsrekommendationerna är sjukgymnastik och som förstahandsläkemedel paracetamol (Alvedon m.fl.) (3,4).

Klinisk effekt

Ingen stor producentoberoende studie av glukosaminets effekt har ännu publicerats, men en sådan pågår (5). Det finns ett flertal små kontrollerade studier och några enstaka större studier (6,7).

Flera sammanställningar (metaanalyser) (8) har gjorts men de blir svårvärderade (9) av flera skäl:

1. nästan alla studier är sponsrade på något sätt av producenter
2. studier med negativt resultat tenderar att inte bli publicerade
3. patientgrupperna är inte jämförbara
4. olika effektmått har använts
5. olika preparat och dosering av glukosamin har använts.

Det bedöms ändå att medlet har en viss långsamt (någon månad) insättande smärtlindrande effekt vid artros (1). Två lite längre studier tyder på att effekten kvarstår upp till tre år (6,7). Dessa två studier antyder även en långsammare minskning av ledspringan i knäleden vid knäartros.

Säkerhet

Glukosamin har inte genomgått alla sedvanliga toxikologiska test som andra läkemedel före registreringen. Detta har inte ansetts nödvändigt pga av att det är ett ämne som finns i människan naturligt i små mängder och att det använts lång tid som kosttillskott utan att man sett allvarliga biverkningar (1). Hittills har inga allvarliga biverkningar rapporterats i de publicerade studierna.

Kontraindikationer

Gravida och ammande kvinnor ska inte använda glukosamin eftersom det saknas djurstudier av säkerheten för fostret och det ammande barnet.

Glukosaminet i läkemedlet Artrox har framställts ur skaldjur varför personer som är överkänsliga för skaldjur inte ska ta det.

Recept och pris

Artrox är receptfritt i förpackningsstorleken 60 tabletter och kostar då 289 kr. Det räcker för 30 dagars behandling i den rekommenderade startdosen 2 tabletter per dygn. När symtomlindring uppnåtts, vilket vanligen sker inom 4 veckor, kan dosen sänkas till 1 tablett dagligen.

Med recept kostar 60 tabletter 237 kr eftersom det då är lägre moms.

Den receptbelagda förpackningen 180 tabletter kostar 614,50 kr. Årskostnad

för underhållsbehandling med 1 tablett dagligen blir då 1229 kr. Alvedon forte 1g tre gånger per dygn kostar 660 kr per år.

Sammanfattande värdering

Artros är en vanlig orsak till smärtor hos äldre och glukosamin förefaller vara ett säkert läkemedel med måttlig symtomlindrande effekt. Dock kan det i det enskilda fallet vara svårt att avgöra dess effekt eftersom symtomen även utan behandling ofta varierar mycket.

Innan vi har resultaten av ytterligare långtidsstudier av effekt och säkerhet är det svårt att avgöra vilken plats glukosamin bör ha i terapiarsenalen vid artros.

Referenser

1. Läkemedelsverket Läkemedelsmonografi Artrox (Glukosamin) 2002.
2. Chard J, Dieppe P. Glucosamine for osteoarthritis: magic, hype or confusion? (Editorial) BMJ 2001;322:1439-40.
3. Pendleton et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIST). Ann Rheum Dis 2000;59(12):936-44.
4. Läkemedelsverkets workshop rek: Pharmacological treatment of Osteoarthritis 1989.
5. <http://www.nihgait.org/>
6. Pavelka K et al. Glucosamine Sulfate Use and Delay of Progression of Knee Osteoarthritis: A 3-Year, Randomized, Placebo-Controlled, Double-blind Study. Arch Intern Med 2002 Oct 14; 162(18):2113-23.
7. Reginster JY et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis: a randomised, placebo-controlled trial. Lancet 2001;357:251-6.
8. Towheed TE et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002
9. Dieppe P et al. Osteoarthritis. Clinical Evidence Oct 2002.

Om acetylcholinesterashämmare

Håkan Lindholm, överläkare vid geroenheten/sektionen för äldrepsykiatri

Läkemedelsverket har nyligen publicerat rekommendationer från en workshop om behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom. De finns tillgängliga på www.mpa.se och kommer inom kort i "Information från Läkemedelsverket". Här ger Håkan Lindholm överläkare vid geroenheten/sektionen för äldrepsykiatri synpunkter på denna läkemedelsgrupp.

Aricept

Aricept (donepezil) introducerades 1995 på den svenska marknaden. Detta ledde till att dittillsvarande enda preparatet - Cognex (takrin) - snabbt minskade sin andel av marknaden. Detta berodde till stor del på att Cognex doserades fyra gånger per dag, plus att det krävde att leverproverna monitorerades kontinuerligt. Cognex är numera avregistrerat.

Aricept har den mest omfattande dokumentationen och är enklare att dosera jämfört med övriga läkemedel i gruppen: 5 mg startdos, 10 mg slutdos. Man har efterhand fått stöd för att 10 mg kan vara bättre än 5 mg, varför man strävar mot den högre dosen efter 6-8 veckors behandling. Aricept är volymmässigt ledande på marknaden.

Exelon

Nästa preparat som kom - Exelon (rivastigmin) - är också en acetylcholinesterashämmare. Detta preparat har kortare halveringstid och måste doseras två gånger per dag. Det tar också att dosen upptitreras successivt från startdosen 1,5 mg x 2, efter 6-8 veckor försöker man nå 3 mg x 2 vilket är den lägsta dos som visats ha effekt. Maxdosen är 6 mg x 2, den kan inte alltid nås på grund av biverkningar utan man måste ibland stanna på 9 mg/dag.

Reminyl

Den tredje acetylcholinesterashämmaren på marknaden utgörs av Reminyl (galantamin). Också detta preparat skall titreras upp. Startdos 4 mg x 2 i 4 veckor, därefter underhållsdos 8 mg x 2. I vissa fall kan sedan ökas till 12 mg x 2. Vid geroenheten/sektionen för äldrepsykiatri har vi ännu inte skaffat oss praktisk erfarenhet av detta preparat.

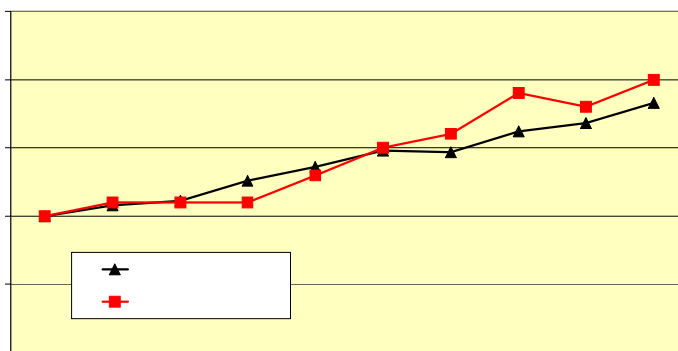
Effektivitet?

Samtliga ovannämnda preparat har indikationen lätt till medelsvår demens av Alzheimertyp. De har oegentligt

kommit att kallas "bromsmediciner". Det finns föga belegg för att de påverkar sjukdomsförloppet, men det är också svårt att mäta i det enskilda fallet. Preparaten utgör exempel på symtomatisk behandling vid demenssjukdom. I samtliga fall har Läkemedelsverket betecknat effekten av samtliga preparat som "blygsam".

MMT - mini mental test - är ett viktigt instrument vid diagnostisering av demenssjukdom. Om möjligt så vore det av intresse att kunna göra denna typ av test på "vida indikationer". Den dagen demensfrågeställning väcks kring en patient kan det vara av värde att ha ett tidigare MMT gjort "som utgångsvärde". Vad man söker efter är en förvärvad nedsättning av kognitiva funktioner.

Acetylcholinesterashämmare har inte sådan effekt att man kan vänta sig att MMT skall förbättras efter insatt behandling. Å andra sidan är utebliven försämring på MMT en stark indikation för att fortsätta behandlingen - demenssjukdomar är progredierande. Det vore för övrigt av intresse att inventera vilka



typer och varianter av MMT som finns i bruk i Jämtland - det borde gå att standardisera vilket test vi använder i länet.

I studier mäts effekten av behandlingen med känsligare metoder än MMT - vanligen ADAS-cog som är en skattningsskala som kan sägas lämpa sig väl för att mäta funktioner vid just demenssjukdom av Alzheimerstyp. Speciellt undersöks språkliga och spatiala funktioner, funktioner som ofta är drabbade vid demens av Alzheimerstyp. Vad man kan avläsa är ofta några steg (av totalt 60 på skalan) av "utebliven försämring" jämfört med placebo. Dessutom behöver man undersöka stora grupper av patienter med varandra för att få fram säkra skillnader mellan grupperna.

I studier har respektive preparat jämförts med placebo. I denna typ av studier ser man vanligen en initial förbättring i både behandlings- och placebo-gruppen. Det finns ännu ingen grund för att anse att något av de tre preparaten har bättre effekt än ett annat. Byte mellan grupperna rekommenderas i första hand om biverkningar är besvärande, således mer tveksamt om utebliven effekt utgör grund för att man skall byta mellan de tre preparaten. Vissa jämförande studier pågår dock mellan preparaten.

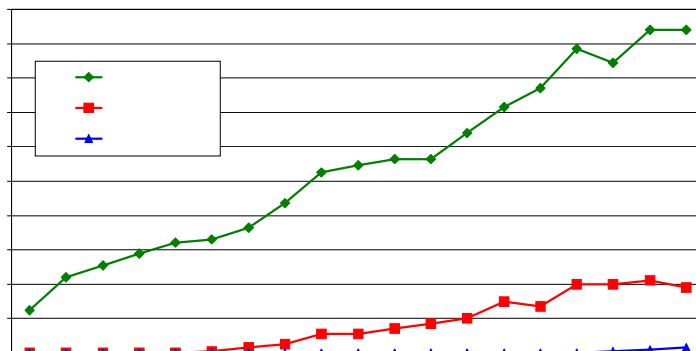
Många faktorer påverkar beslut om behandling

Läkemedelsindustrin

Läkemedelsindustrin lanserar preparaten hårt. Det finns en stor potentiell marknad. Företagen gör studier och eftersträvar att utöka indikationerna med syfte att medlen ska kunna användas även vid avancerad demenssjukdom samt vid beteendestörningar vid demenssjukdom.

Hälsoekonomi?

Läkemedelsindustrin antyder att det kan finnas samhällsekonomiska vinster att göra genom att "behandla personer så att de kan bo hemma längre och därmed spara in vårdplats på institution".



©Apoteket AB Källa: APS
AO Konsult Distrikt Nord
bjorn.stalby@apoteket.se

Detta är inte omöjligt, men har ännu inte säkert påvisats.

Anhöriga

Anhöriga trycker ofta på för att få behandling respektive byta till nyare behandling allteftersom nya preparat lanseras.

Angelägna frågor om acetylcholinesterashämmarna

- När skall man initiera behandling?
- Hur skall den följas upp?
- När skall man avsluta behandlingen?
- Hur skall behandlingen utvärderas?

Dessa frågor blir belysta i Läkemedelsverkets rekommendationer. Inom gerosektionen hoppas vi efterhand kunna komma med rekommendationer kring dessa och relaterade frågor. I avvaktan på detta kan några reflektioner ändå göras:

1. "Behandlingen skall i möjligaste mån inledas, uppföljas och avslutas av en och samma läkare"

Detta är ett citat ur FASS - texten gäller Sobril (oxazepam), Stesolid (diazepam) och vissa andra bensodiazepiner. Detta förhållningssätt kan vara till nytta även vid förskrivning av acetylcholinesterashämmare. Om en person får acetylcholinesterashämmare förskrivet, och det finns på dennes medicinlista, kan nästa läkare som träffar patienten

dra slutsatsen att personen i fråga har demenssjukdom, vilket inte alltid är fallet. Det kan vara fråga om en uppföljningsperiod där man visserligen misstänker sjukdomen, men inte bara vill vänta tills man blir säker. Det är troligt - men inte säkert visat - att tidigt insatt behandling kan vara positivt.

Det är väsentligt att den som påbörjat behandlingen också har metod och strategi för hur uppföljningen skall ske och beredskap att även utsätta behandlingen,

2. Utredning och diagnos?

Vilken utredning har man gjort? Vad är resultatet? Är utredningen slutförd? Även här är det en fördel om samma läkare kan följa respektive patient för att hålla ett grepp om vad man skall eller inte skall göra framöver.

3. Målsättningen med behandlingen?

Vad är det vi behandlar? En tidig, kanske inte ens säker demenssjukdom? Säkerställd demenssjukdom - vilken typ? Alzheimers - med eller utan vaskulära inslag? Lewy Body demens?

Lewy Body demens (LBD) anses numer vara en egen entitet inom demenssjukdomarna, istället för en variant av Alzheimers sjukdom. Det kan vara värt att känna igen denna demensform - just denna undergrupp kan vara särskilt hjälpt av acetylcholinesterashämmande behandling.

I grundkriterierna för LBD brukar anges demenssjukdom, hallucinationer och rigiditet. Hallucinationerna kan leda till att personen behandlas med neuroleptika som riskerar att förvärra situationen - personerna är extra känsliga för neuroleptikabiverkningar.

Stödjande - men inte bevisande - för diagnosen är relativt snabbt kliniskt förlopp som typiskt fluktuerar - "han verkade må så bra i förgår, men idag är det mycket besvärligt". Vidare förekommer frånvarotackor som kan föra tankarna mot epilepsi eller hjärtrymrubbning/syncope. Episoderna är dock snabbt övergående, kanske har personen bara svårt att svara på tilltal en stund, varit frånvarande. Vidare har personen ofta en tendens att ramla upprepade gånger.

Om man - exempelvis på sjukhemsrund - påträffar en patient med demens, hallucinationer och fluktuerande kliniskt förlopp (rigiditeten brukar inte vara särskilt framträdande tidigt, om den finns så är den oftare neuroleptikainducerad) så kan ibland dramatisk förbättring ses om man gör behandlingsförsök med acetylcholinesterashämmare - samt ut-sätter eventuella neuroleptika.

Vid annan demenssjukdom än LBD måste man först värdera situationen - vilket/vilka symptom hoppas vi kunna förbättra? Det är inte realistiskt att i första hand förvänta sig att personens minnesfunktion skall bli bättre. Snarare kan initiativförmåga förbättras, kanske blir det lättare att hålla fokus i samtals-situation. Denna typ av förbättringar är svåra att värdera. Speciellt eftersom den som utvärderar oftast är "part i målet" - det är ju vanligen en anhörig som oftast är mån om att insatt behandling skall fortsätta. Samtidigt uppskattas - i studier - att omkring en av tre behandlade har nytta av insatt behandling.

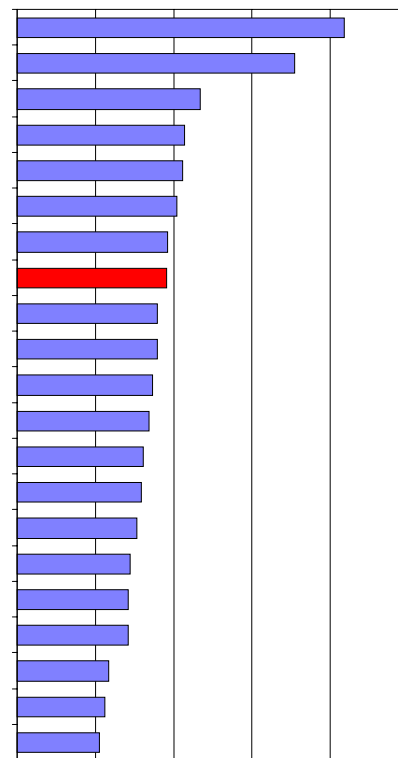
Målsättningen med behandlingen bör diskuteras med patient och anhörig re-

dan då den påbörjas. Man måste vara beredd att utvärdera och ompröva indikationen. Om progress av sjukdomen sker trots insatt behandling - har behandlingen effekt? Eller hade personen varit än svårare sjuk utan behandling?

4. Utvärderings-instrument
Inom gero-sektionen håller vi på att prova fram skattnings-instrument - vanligen i form av skattningsformulär som lämnas till anhörig eller vårdpersonal. Även MMT görs vid uppföljning.

Framtid
Kommer preparaten att få utökade indikationer? Vid beteendestörningar vid känd demenssjuk-dom? Även mot demenssjukdom i avancerat stadium? Mot konfusion? Kan de användas istället för Leponex vid hallucinationer associerade med framskriden Parkinsonsjukdom?

Nyapreparat
Under hösten -02 har ett nytt preparat mot demenssjukdom blivit tillgängligt: Ebixa (memantin). På ett sätt är det mycket intressant - det har ett annor-lunda verknings-sätt än acetylcholin-esterashämmarna - det är istället en (NMDA) receptorantagonist, glutamat-receptorblockad. En hypotes finns att blockad av denna receptor kan mot-verka processer som leder till de pato-logiska förändringar som man kan se i



© Apoteket AB Källa: APS
AO Konsult Distrikt Nord
bjorn.stalby@apoteket.se

hjärnan hos demenssjuka. Det har pro-vats på i första hand personer med avancerad demenssjukdom av Alzheimer-typ. Det återstår att se vilken plats detta preparat kan ha i behandling-sarsenalen framöver. Tills vidare kan man erinra sig Läkemedelsverkets om-döme angående Ebixa: "Preparatet tycks ha blygsam effekt, men verkar vara väl tolererat".

Inom gero-sektionen kommer vi att be-vaka området och ämnar efterhand att leverera förslag på svar på några frågor.

Det går bra att kontakta undertecknad, förslagsvis via landstingets mailfunk-tion, för att komma med synpunkter på hur vi skall arbeta i framtiden.

Högst varannan patient följer läkemedelsordinationerna

Ulrica Eriksson, apotekare och medlem i LK:s arbetsutskott

ABLA (arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning) ordnade den 5 december ett seminarium om följsamhet och samsyn (compliance och concordance) i Stockholm.

Efter en kort introduktion av Thomas Ihre, ordf i Svenska Läkaresällskapet, där han talade om de höga kostnader och stora negativa hälsoeffekter som följer av oföljsamhet, tog J Lars G Nilsson, ordf i Stiftelsen NEPI vid. Bristande följsamhet är inget nytt problem. Läkemedel är bra produkter som är säkra och effektiva, användandet är dock inte alltid säkert och effektivt.

Det är många faktorer som påverkar om patienten tar sina läkemedel eller inte, tex mötet med läkaren, mötet med sjuksköterskan, mötet med farmaceuten, påverkan av vänner, massmedia, ekonomi, tidigare erfarenheter, kunskap, attityd till läkemedel, sjukdom, praktiska problem, värdering av nytta etc.

Om skillnaden är stor mellan patientens och läkarens uppfattning leder detta till oföljsamhet. Man kan skilja på medveten och omedveten oföljsamhet. Medveten oföljsamhet påverkas av bl a egna beslut och rädsla för biverkningar och beroende. Omedveten oföljsamhet är när patienter glömmet eller är oförmögna att ta läkemedlet.

Att förbättra följsamheten.

Thomas Ihre fortsatte med en diskussion kring vad som kan göras för att förbättra följsamheten. Information till patienten måste vara anpassad till patientens syn på och erfarenhet av sjukdomen och dess terapi. Patienten måste känna delaktighet och delansvar för terapin. Bättre dosanpassning, dvs förskrivning av mindre mängd läkemedel och planerat återbesök, mer tid i konsultations-/förskrivningssituationen, ett utvecklat lättillgängligt förskrivarstöd, en samverkan i vårdkedjan av alla inblandade, patientmedverkan samt information om all medicinering som patienten står på (gemensam datorbaserad läkemedelsjournal för både öppen och slutenvård) är åtgärder som måste till för att följsamheten skall kunna förbättras. Gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter finns utarbetade av ABLA II.

Målen i ABLA II är:

Målen i ABLA II är:

1. se patienten som partner – förverkliga varje patients aktiva medverkan och del i behandlingen.
2. Vid ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling – ta reda på patientens erfarenhet av och inställning till sin sjukdom och dess behandling samt säkerställ att patienten vet varför och hur ordinerade läkemedel skall användas.
3. Professionerna som partners – utveckla förståelse för varandras funktioner, samverka och nyttja varandras kompetens kring läkemedel för att stärka patienternas aktiva del i behandlingen.

Se Landstingsförbundets hemsida www.lf.se

Medicine Partnership Program.

Joanne Shaw från London presenterade ett projekt kring oföljsamhet vid National Health Service i Storbritannien – Medicine Partnership Program. Programmet pågår i 2 år och involverar läkare, sjuksköterskor, farmaceuter, läkemedelsindustrin, Department of Health mfl. Månskill bl. a. börja utbilda professionerna så att de bättre kan jobba för en samsyn. De personer som utbildas (30 personer inom varje profession samt 30 patienter) ska sedan sprida kunskapen vidare.

En tanke är att man redan i grundutbildningen ska stöta på samsyn. Redan pågående projekt samt utvecklingen av nya projekt kring samsyn skall stöttas. En bok, "Room for Review. A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers", har tagits fram. Man planerar att ha en återkommande tema vecka "Ask About Medicines Week" som vänder sig till både patienter och läkare, dvs patienten kan fråga om sina läkemedel och läkare kan fråga patienten vad han/hon tycker om sina läkemedel.

Se www.medicines-partnership.org

Före lunch visades också ett utkast till en film för att starta diskussioner kring samsyn. I filmen medverkade de tre professionerna samt patienter.

Gislavedsprojektet

Efter lunch presenterade Owe Lind, ordförande i Jönköpings Läns Läkemedelskommitté, Gislavedsprojektet, ett samarbetsprojekt mellan Apoteket och vården. En apotekare finns på vårdcentralen i Gislaved och jobbar där med att identifiera läkemedelsrelaterade problem (LRP). Apotekaren tar läkemedelsanamnes, har samtal med patienten och ger sedan råd och förslag till förskrivaren. Många fler LRP framkommer på detta sätt än annars och patienterna känner sig också tryggare i sin läkemedelsanvändning.

I Jönköpings Län samarbetar Apoteket och vården även på flera sätt, läkemedelsjournalgenomgångar görs av apotekare på vårdavdelningar, farmaceuter har patientsamtal kring läkemedel, kirurgpatienter får ta eget ansvar för sina läkemedel under sjukhusvistelsen mm.

ABLA:s handlingsprogram.

Sist på dagen presenterades ABLA:s handlingsprogram. Det innefattar bla att samla information om nuläget, att informera professionerna om den låga följsamheten, att starta förändringsprocesser utifrån nuvarande nätverksarbete, att starta nätverksarbete med

samtliga Läke-medelskommittéer samt att initiera forskning och utveckling inom området.

Under slutdiskussionen framkom att det är viktigt att forskning startas i Sverige. Detta för att få reda på mer om följsamhet under svenska förhållanden och få

fram siffror relevanta för Sverige.

ABLA III är ett professionellt samarbetsprojekt mellan Apoteket AB, Apotekarsocieteten, Landstingsförbundet, NEPI, Svenska Kommunförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening.

Läke-medelskommitténs föreläsningsserie:

Aktuellt om läke-medel

Föreläsningsserien tar upp aktuella frågor inom läke-medelsområdet! Det kan gälla nya behandlingsprinciper, men också presentation av Läke-medelsverkets workshops, SBU-rapporter m m. Nästa års första program handlar om:

Behandling med östrogen

Hur bra är det ?

Presentatör: Överläkare Kerstin Nilsson, Universitetssjukhuset, Örebro
Föreläsningssalen Snäckan, Östersunds sjukhus. Måndag 10 februari 2003 kl 17.30

I maj 2002 kom en ny SBU-rapport om östrogenbehandling i klimakteriet. Det var en uppdatering av den tidigare rapporten från 1996. Sedan den skrevs har ytterligare studier av stort intresse publicerats (se Jämtmedel nr 3/02). Kerstin Nilsson är med. dr och överläkare vid Kvinnokliniken i Örebro samt medförfattare till SBU-rapporten om östrogenbehandling.

Redaktionen för JÄMTmedel vill tillönska alla läsare

God Jul och Gott Nytt År

