

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 36 • NR 1 • MARS 2011

UR INNEHÅLLET:

Jämtland har störst försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek 2

NSAID och kardiovaskulär säkerhet 7

Antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer 9

Analys av läkemedelskostnader 16

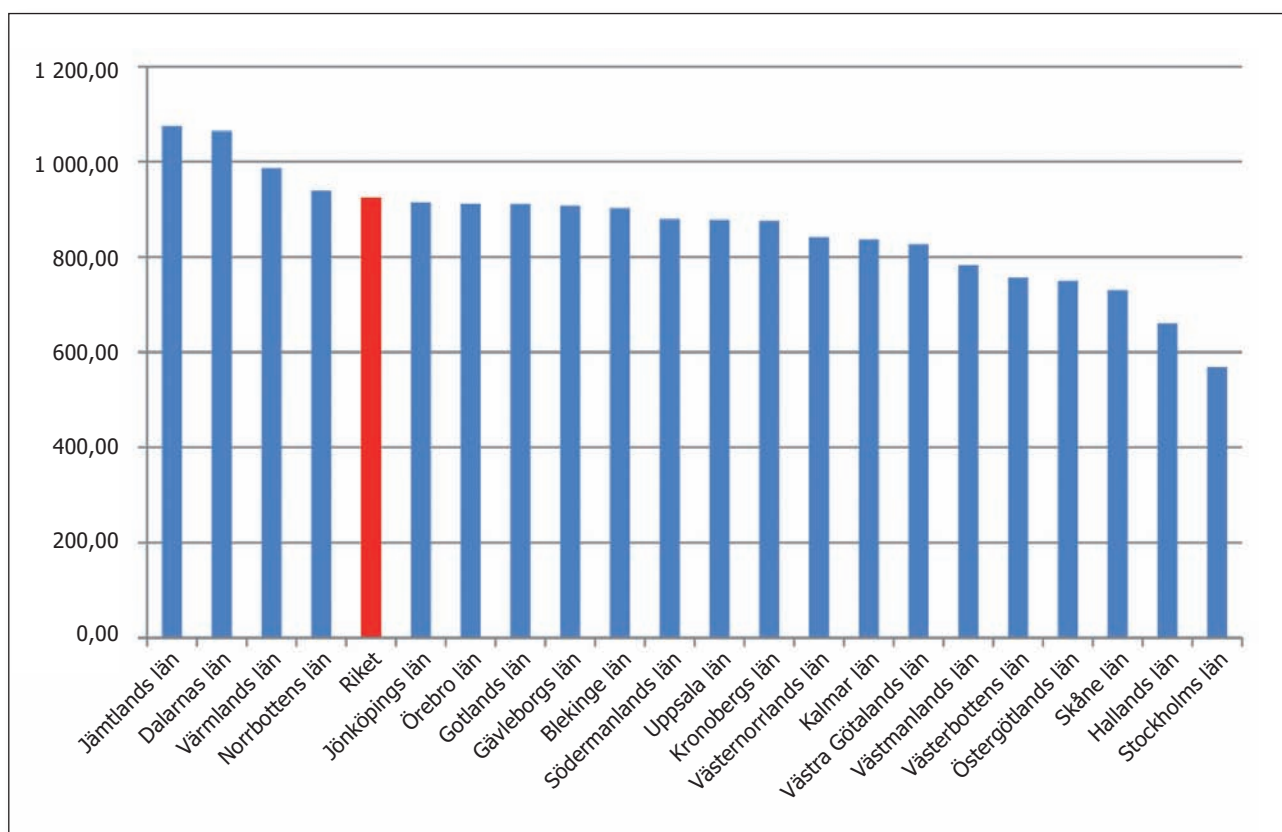
Ordförande har ordet

Jämtland har störst försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Sedan 1 oktober 2009 får vissa¹ receptfria läkemedel säljas även utanför apotek. Under januari – september

2010 var denna försäljning störst i Jämtlands län mätt i antal förpackningar per 1000 invånare²:



OMSLAGSFOTO: GUDRUN JONASSON

JÄMTmedel

Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands läns landsting

www.jll.se/lakemedel

REDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE Per Magnusson

REDAKTION Järpens hälsocentral • Skolvägen 29 • 830 05 Järpen • per.magnusson@jll.se

För ändring av adress eller antal, kontakta Maria Johansson: maria.k.johansson@jll.se

GRAFISK FORM & LAYOUT Jonasson grafisk design

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2011



FOTO: GÖRAN STRAND/BILDARKIVET.SE

En orsak kan vara att vi har en utspridd befolkning och då blir det ofta långt till ett apotek. Det har heller inte öppnat några nya apotek i vårt län efter apoteksomregleringen (om man inte räknar med den filial Apoteket AB öppnade i Kärnan strax före omregleringen). Däremot har några apotek förlängt öppethållandet något.

Totalt i Sverige säljs bara 14 procent av receptfria läkemedel utanför apotek men i vårt län ökade det snabbt till mellan 20 och 30 procent under sommaren 2010. Mest säljs smärtstillande läkemedel, nikotinläkemedel och näsdroppar. Bland smärtstillande dominerar Alvedon, men det säljs även mycket Treo och Ipren.

Det är bra att människor har god tillgång till receptfria läkemedel i hela länet. Det underlättar även för vården under jourtid eftersom vi kan hänvisa till detaljhandeln istället för att vården ska tillhandahålla t.ex. smärtstillande läkemedel.

Men när inköp görs utanför apotek går man miste om möjligheten att få rådgivning och det ökar risken för oönskade effekter av läkemedel. Särskilt COX-hämmare i peroral form medför risker:

- Personer som har hjärtsvikt eller njursvikt kan försämrast.
- Personer som behandlas med warfarin (Waran) eller Trombyl får ökad blödningsrisk.
- Om man är allergisk mot en COX-hämmare är man oftast även allergisk mot alla övriga COX-hämmare, s.k. korsallergi.
- Om ibuprofen ges till personer som behandlas med Trombyl minskar Trombyls effekt att förhindra hjärtinfarkt och slaganfall.
- Alla COX-hämmare ökar risken något att drabbas av hjärt-kärlsjukdom (se sidan 7).

För närvarande säljs följande perorala COX-hämmare utanför apotek:

Substans	Preparatnamn
Ibuprofen	Ibumetin Ipren
Naproxen	Alpoxen Naproxen Pronaxen
Acetylsalicylsyra	Albyl Minor Alka-Seltzer Aspirin Magne cyl Magne cyl-Koffein Bamyl Bamyl Koffein Treo

När tillgängligheten till COX-hämmare ökar är det viktigt att vården informerar patienter om riskerna. Det vore också bra om fler apotek öppnade även i vårt län precis som i övriga landet, så att kunderna kan få farmaceutisk rådgivning när de ska handla receptfria läkemedel.

REFERENSER

1. Läkemedelsverket <http://korta.nu/91oi4>
2. Apotekens Service AB <http://korta.nu/egyaz>

INNEHÅLL

Jämtland har störst försäljning av receptfria läkemedel utanför apotek.....	2
Stick iväg Depo-Medrol!.....	5
Glycopyrronium (Robinul®).....	6
NSAID och kardiovaskulär säkerhet.....	7
Ketoprofengeler receptbeläggs	8
Nya anvisningar för dosdispenserade läkemedel i norra regionen 2011	8
Antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer.....	9
Risk för övervärdering av risken för tromboemboli vid låga poäng i CHA ₂ DS ₂ Vasc	13
Kvalitetsmål för läkemedelsbehandling i primärvård.....	14
Analys av läkemedelskostnader	16
Lokal stramagrupp för Jämtlands län.....	20
Se video från läkemedelsdagarna.....	22
Försäljningen av Nitromex kommer att upphöra	23
Nytt från TLV	23
Automatisk varning i VAS för läkemedelsöverkänslighet upphör	24

Stick iväg Depo-Medrol!

LARS GOTTBORG, ÖVERLÄKARE, ALLERGIMOTTAGNINGEN, SÖDERSJUKHUSET, STOCKHOLM

Inför den kommande pollensäsongen finns det anledning att avråda från förskrivning av Pfizers Depo-Medrol vid hösnuva. För ett år sedan drev bolaget en reklamkampanj för medlet som utpekades som enda terapi vid hösnuva utan några inskränkningar beträffande svårighetsgrad, ålder, kontraindicerande sjukdomar eller biverkningar. I själva verket är Depo-Medrol en otidsenlig och dåligt dokumenterad behandling vid hösnuva och astma, som har besvärande biverkningar och som det direkt avråds från av nationella och internationella auktoriteter.

Det var således mycket anmärkningsvärt att Pfizer inledde denna kampanj bara några veckor efter det att Eva Wikström-Jonsson och Sigurd Vitols¹ hade gjort en mycket grundlig och noggrann genomgång i Läkartidningen, där de påpekade att systemiska steroider bara ska användas när annan terapi inte räcker och i så fall i peroral form.

Nyligen har det också gjorts ett tungt vägande inlägg i Primary Care Respiratory Journal av Jean Bousquet², som är en av de främsta auktoriteterna inom området. Han avråder från användning av depåkortison med hänsyn till besvärande lokala biverkningar, risken för vävnadsatrofi, avaskulär nekros i höfterna, generell påverkan på benmassa och ögon samt rapporterade dödsfall.

Det är också intressant att författaren till den enda jämförande studien av depåkortison och peroralt kortison senare har tagit avstånd från depåkortison och i stället rekommenderat peroralt kortison³.

Det är alltså av stor vikt att vi i vår behandling utgår från moderna evidensbaserade rekommendationer. Det är därför besvärande att Pfizer väljer att bortse från det från WHO utgående dokumentet ARIA⁴ för handläggning av allergisk rinit. Uttryckligen står där

att intramuskulär injektion av glukokortikosteroider inte rekommenderas.

Det är nu tid för alla att reagera. Läkemedelsförmånsnämnden bör med omedelbar verkan dra in rabatteringen av Depo-Medrol. Läkemedelsverket bör ofördröjligen kräva modern dokumentation från Pfizer. Och alla förskrivande läkare bör sluta skriva ut Depo-Medrol. Svåra fall av hösnuva, där sedvanlig behandling inte har hjälpt, har god nytta av allergenspecifik immunterapi (ASIT) (hyposensibilisering)⁵. Om systemisk kortisonbehandling bedöms indicerad ska den ges peroralt, t.ex. med Prednisolon 5 mg tabletter 5 tabletter varje morgon i 4–5 dagar vid svåra besvär, alternativt kan man förskriva en burk Prednisolon 5 mg 25 st med ett uttag och ordinationen 1–2 tabletter som engångsbehandling dagar med svåra besvär.

REFERENSER

1. Wikström-Jonsson E, Vitols S. Systemisk steroidbehandling vid allergisk rinit. Läkartidningen. 2006;103:661.
2. Bousquet J. Primum non nocere. Prim Care Resp J. 2005;14:122-3.
3. Mygind N, Laursen LC, Dahl M. Systemic corticosteroid treatment for seasonal allergic rhinitis: a common but poorly documented therapy. Allergy. 2000;55:11-5.
4. ARIA Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma 2006. Svensk översättning: Handläggning av allergisk rinit och dess inverkan på astma; 2001. www.whiar.org
5. Svenska föreningen för allergologi SFFA. Specifik immunterapi 2000. www.sffa.nu

Glycopyrronium (Robinul®)

– vid symtomatiskt rossel och slemljud i livets absoluta slutskede

MATTHIAS BRIAN, DIPL. LÄKARE I PALLIATIV MEDICIN, MELLANNORRLANDS HOSPICE AB

Nästan alla har vi stått vid dödsbäddar och sett och framförallt hört rossel som förefaller sitta ganska högt upp i luftvägarna. Många känner då ett tilltagande obehag stiga upp inom sig: kommer den sjuke nu att kvävas till döds? Lika ofta kommer också frågan (både från närstående och sjukvårdspersonal) om man inte skall suga upp detta sekret för att underlätta andningen för den döende? Min första reaktion är då att vi måste fråga oss, för vem som symtomet är mest besvärligt: för den döende människan, eller för oss som känner oss hjälplösa stå runt hans/hennes säng? Jag brukar sällan se ett ansträngt eller plågat ansiktsuttryck hos den döende som ju oftast redan är ganska omtöcknad och medvetandesänkt. Jag ser faktiskt sällan detta symptom hos helt vakna och döende patienter.

Olika behandlingsmetoder

Det är välkänt att när rossel väl har uppträtt, är det svårt att bli av med detta sekret. Sugning av sekretet är kontraproduktivt och förvärrar bara sekretionen. Däremot kan ofta en ändring till lätt sidoläge dränera bort sekretet längre ner. Av tradition har dock oftast använts antikolinerga medel för att dämpa sekretet, och då har Morfin-Scopolamin varit det som var mest tillgängligt. Men varför behandla ett symptom med två substanser, varvid den ena substansen (Morfin) kanske inte ens behövs? Jag vill helst behandla varje symptom för sig, om det nu måste behandlas. Även Atropin har använts en del.

En nackdel med Scopolamin och Atropin är, att de kan ge en del mentala/kognitiva biverkningar som sedering eller hallucinationer m.m, eftersom de passerar blod-hjärnbarriären. Dessutom har de en relativt kort effektduration.

Robinul® ger färre biverkningar

Det finns däremot en substans som i stort saknar dessa biverkningar eftersom den till stora delar håller sig utanför hjärnan. Glycopyrronium (Robinul®) som faktiskt har funnits på marknaden sedan många år och som varje anestesiläkare är välbekant med från pre-operativ sekrethämning, är dessutom fyra–fem gånger mera potent vad gäller antisekretion, och effekten kan hålla i upp mot åtta timmar. Robinul® kan enkelt ges i subcutana injektioner om 0,5 till 1 ml åt gången. Jag brukar inte sätta någon övre gräns för doseringen. Robinul® är tillgänglig i styrkan på 0,2 mg/ml och i ampuller om 1 ml. I dagsläget kan det inte skrivas ut inom läkemedelsförmånen.

Sammanfattningsvis

- »Dödsrossel« är mest besvärande för omgivningen.
- När rossel väl har uppträtt, är det svårt att bli av med detta sekret. Lägesändringar!
- Nybildning av slem kan förhindras med antikolinergica.
- Ska vi behandla i det enskilda fallet? Besvär för patienten eller för oss runtomkring?
- De vanligtvis använda antikolinergica (Scopolamin eller Atropin) kan ge en del mentala/kognitiva biverkningar (hallucinationer mm) och har kort effektduration.

Robinul®

- fyra–fem gånger mer potent vad gäller antisekretion
- 1 ml (0,2 mg) sc har effekt upp mot 8 timmar
- är inte sederande
- kan ges i pump sc

NSAID och kardiovaskulär säkerhet

HÅKAN GARLI, DISTRIKTLÄKARE FRÖSÖ HÄLSOCENTRAL,
MEDLEM I LÄKEMEDELSKOMMITTÉNS EXPERTGRUPP SMÄRTA

I BMJ presenterades nyligen en meta-analys (Trelle et al.), vars syfte var att studera vilka evidens som finns för kardiovaskulär säkerhet vid användande av NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs). 31 studier med sammanlagt 116 429 patienter och mer än 115 000 uppföljningsår inkluderades i analysen. De substanser som studerades var naproxen, ibuprofen, diklofenak, celecoxib (Celebra), etoricoxib (Arcoxia), rofecoxib (Vioxx), lumiracoxib (Prexige) samt placebo. Det primära utfallet i analysen var myocardi-infarkt. Sekundärt utfall inkluderade stroke, död till följd av kardiovaskulär sjukdom samt död av annan orsak.

Jämfört med placebo var rofecoxib associerat med den största risken för myocardi-infarkt, följt av lumiracoxib. Båda dessa preparat är som bekant avregistrerade idag. Det saknas evidens för att naproxen, diklofenak och etoricoxib har en ökad risk för myocardi-infarkt.

Ibuprofen var starkast associerat med risken för stroke, följt av diklofenak. Samtliga preparat har dock en ökad risk för stroke.

Etoricoxib och diklofenak var starkast associerat till kardiovaskulär död, men övriga preparat förutom naproxen innebär också en ökad risk.

Naproxen har i ett flertal av studierna visat sig vara minst skadligt, men det finns ingen evidens för att någon

av de studerade preparaten skulle vara helt säkert med avseende på kardiovaskulär risk. Denna risk bör således alltid beaktas när dessa preparat förskrivs.

Det finns några svagheter i meta-analysen, vilket författarna själva kommenterar. De inkluderade studierna har endast studerat långtidsbehandling (mer än ett år), och inte intermittent behandling vilket sannolikt är vanligare i en klinisk vardag. Resultaten kan därför inte med säkerhet appliceras på denna behandlingsregim, men mycket tyder ändå på att riskprofilen är likartad men inte lika uttalad.

Författarna har inte haft full tillgång till opublicerade säkerhetsdata, detta gäller framför allt rofecoxib och etoricoxib.

Sammanfattningsvis kan man således fastslå att naproxen har den gynnsammaste säkerhetsprofilen ur kardiovaskulär synpunkt. Säkerhetsprofilerna för de undersökta preparaten varierar betydligt beroende på utfallsmått.

REFERENS

Trelle S et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ 2011; 342:c7086.
<http://korta.nu/f8q5v>

Ketoprogel receptbeläggs

Alla geler med ketoprofen för utvärtes användning ska receptbeläggas från den 15 februari enligt beslut av den europeiska kommissionen.

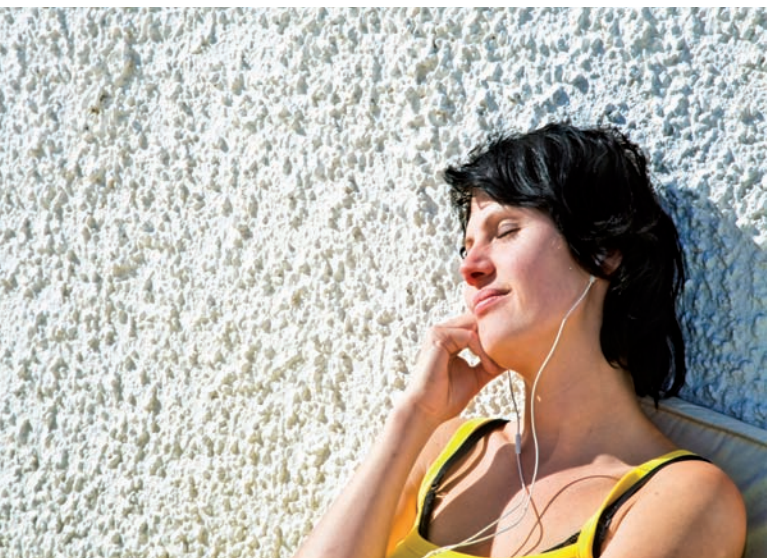


FOTO: STEPHAN BERGLUND/BILDARKIVET

Läkemedelsverket har tidigare meddelat att den europeiska läkemedelsmyndighetens vetenskapliga kommitté (CHMP) rekommenderat receptbeläggande. Bakgrunden var en utredning där nyttan med ketoprofen gel vägts mot risker för fotosensibilisering. Sådana reaktioner har rapporterats.

Hudreaktioner har också beskrivits hos patienter som kombinerat ketoprofenprodukter med produkter som innehåller octocrylene, ett kemiskt solfilter, som finns i flera kosmetiska och hudvårdande produkter. Dessa reaktioner har uppkommit utan exponering för solljus.

Ketoprofen gel är godkänt för behandling av lokala smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet i samband med muskel- och ledsador som exempelvis sportskador. De geler med ketoprofen som finns i Sverige idag är Orudis, Siduro och Zon. Från och med den 1 februari ingår ketoprogelerna inte längre i högstnadsskyddet.

Nya anvisningar för dosdispenserade läkemedel i norra regionen 2011

Riktlinjerna är fastställda av läkemedelskommittéerna i Norra regionen och utarbetade i samråd med Dosapoteket i Umeå.

Maskinell dosdispensering är ett alternativ till den traditionella läkemedelshanteringen för personer med regelbunden och stabil medicinering, som inte kan klara sin läkemedelshantering själv, t ex på grund av fysiska och/eller psykiska hinder

Syfte

- Underlätta och öka säkerheten i läkemedelshanteringen för patient, förskrivare och vårdpersonal
- Minska onödig kassation

Innan insättande ska förskrivaren alltid göra en understödsanalys som utgår från en helhetssyn.

Följande bör bedömas:

- patientens egen förmåga att kunna sköta sin medicinering/dos och styra sitt läkemedelsintag

- anhörigas roll
- den övriga omgivningens stöd, t.ex. under- och sjuksköterskebemannning

Kriterier för lämplig patient

- stabil medicinering förväntas framöver, avseende läkemedlen och dess doseringar
- i normalfallet bör patienten ha minst tre läkemedel för kontinuerlig användning
- i vissa fall – vid kognitiv svikt, risk för felaktig användning eller missbruk – kan det vara motiverat med maskinell dosdispensering för patienter som bara har ett läkemedel

För att läsa anvisningarna i sin helhet, se <http://korta.nu/6rwub>

Antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer

STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉS EXPERTRÅD FÖR HJÄRT- OCH KÄRL SJUKDOMAR
OCH PLASMAPRODUKTER OCH VISSA ANTITROMBOTISKA MEDEL

Texten är ursprungligen publicerad på www.janusinfo.se den 20 januari 2011

Sammanfattning

Den här sammanställningen om antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer (FF) grundar sig på 2010 års riktlinjer från europeiska kardiologföreningen och nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Förekomsten av FF ökar, är vanligare hos män och ofta en progressiv sjukdom.

FF och riskfaktorer ändrar sig över tid, vilket förutsätter regelbunden omprövning av behandlingen minst en gång om året

Valet av antitrombotisk behandling ska styras av riskfaktoranalys för varje enskild patient. I de senaste rekommendationerna har CHADS₂ kompletterats med skattning av ytterligare riskfaktorer för tromboemboli. Dessutom finns nu

ett poängsystem för att bedöma blödningsrisk.

Vid indikation för antitrombotisk behandling förordas warfarin framför ASA, då riskreduktionen för TIA/stroke är väsentligt lägre. Kombinationsbehandling med ASA och/eller klopidoogrel rekommenderas inte annat än under begränsad tid, exempelvis vid instabil kranskärlsjukdom och PTCA/stent.

Mottagningar med väl utredda, välinformerade patienter och väl genomarbetade, skrivna rutiner och riktlinjer för warfarinbehandling har färre komplikationer och PK INR värden som oftare ligger inom önskvärt intervall, trots färre kontroller.

Inledning

Här följer en kortfattad sammanställning av faktorer att beakta angående antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer (FF). Specifika åtgärder för rytm- och frekvensreglering tas inte upp i detta dokument.

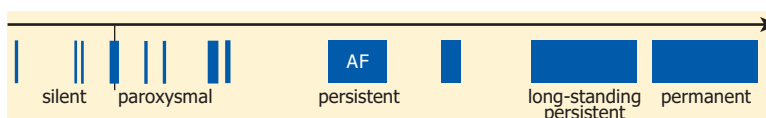
Sammanställningen grundar sig på 2010 års riktlinjer från Europeiska kardiologföreningen¹ samt Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.²

Om förmaksflimmer (FF)

Uppskattningsvis har omkring 100 000 personer i

Sverige permanent FF, 40 000 paroxysmalt FF och därtill finns ett okänt antal asymtomatiska FF-patienter som inte upptäckts av sjukvården. Förekomsten ökar totalt sett och med stigande ålder. FF är vanligare hos män, men kvinnor har 1,5–2 gånger högre tromboembolirisk.

FF är hos många en progressiv sjukdom, då paroxysmalt FF ofta övergår till ett permanent FF (> 25 procent inom 3–5 år) oavsett elkonverteringar och antiarytmisk läkemedelsbehandling. Detta kan illustreras över tid på följande sätt¹:



Etiologiska och predisponerande faktorer för FF
Kardiovaskulär sjukdom som hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtsvikt, kardiomyopati, klaffel och perifer arteriell sjukdom, samt överkonsumtion av alkohol medför ökad risk för flimmerutveckling. Andra tillstånd kopplade till FF är hypertyreos, nedsatt njurfunktion, lungsjukdom, övervikt, sömnapné och lungemboli. FF kan också ha familjär (genetisk) orsak. Därutöver kan FF utlösas av tillfälliga orsaker såsom större kirurgiska ingrepp och allvarliga infektioner. Många gånger kan dock utlösande orsak inte identifieras.

FF innebär:

- Ökad dödlighet, främst relaterad till underliggande sjukdom. Relativ riskökning (RR): 2–3
- Ökad risk för TIA, stroke eller arteriell emboli. RR: 2–7, från <1 procent risk per år vid avsaknad av riskfaktorer till >15 procent årlig risk hos personer med individuella, ytterligare, riskfaktorer (se nedan)
- Ökat behov av sjukhusvård
- Risk för hemodynamisk påverkan, sämre livskvalitet och obehag av arytmin
- Risk för kognitiv dysfunktion på grund av mikroembolism
- Funktionell klassificering
- European Heart Rhythm Association (EHRA) anger följande kategorier vid funktionell klassificering av FF¹
- Klass I: Inga symtom
- Klass II: Milda symtom som inte påverkar daglig aktivitet
- Klass III: Mer uttalade symtom som påverkar daglig aktivitet
- Klass IV: Invalidiserande besvär.

Handläggning

Att välja vårdnivå

- I första hand diagnostiseras, riskklassificeras, utreds, bedöms och behandlas patient med FF i primärvården
- Nyttillkommet FF med duration <24–48 timmar och nyuppträckt FF med symtom (EHRA klass III–IV) hänvisas till sjukhusansluten akutmottagning för ställningstagande till antitrombotisk behandling, frekvensreglering och konvertering till sinusrytm
- Rutinmässiga warfarinkontroller med PK INR bör,

enligt SLL, vanligen ske i primärvården och inte på sjukhusanknuten mottagning

Nyckelfrågor för handläggningen

- Objektiv diagnostik av FF med EKG/rytmregistrering
- Varför har patienten FF
- Klassificering av funktionsklass enligt EHRA
- Klassificering av FF: Återkommande (>1 attack), paroxysmalt (självterminerande), persisterande (ej självterminerande med duration >7 dygn) eller permanent/kroniskt (där man accepterat arytmin)
- Tromboembolirisk (CHADS₂ score och CHA₂DS₂-VASc score, se tabell 1 och 2)
- Blödningsrisk (HAS-BLED score, se tabell 3)

Minska risken för död, tromboemboli och blödning

FF och riskfaktorer ändrar sig över tid. Detta ställer krav på regelbunden, minst årlig omprövning av behandling. Kontrollera blodtryck och sänk vid behov till uppsatta målvärden.

- Utred, och i förekommande fall, behandla annan kardiovaskulär sjukdom, diabetes mellitus och hypertyreos
- Propagera för sund livsstil avseende alkohol, rökning, kost/övervikt och motion
- Utred, och vid behov, åtgärda sömnapné
- Beakta annan medicinering som kan interagera med antitrombotisk behandling

Val av antitrombotisk behandling – och frågan om sådan behandling ska inledas eller avslutas – ska styras av riskfaktoranalys för varje enskild patient med beaktande av patientens egen inställning och av möjligheterna att genomföra en säker behandling. Nya riktlinjer betonar värdet med warfarinbehandling även hos patienter med relativt låg kalkylerad årlig risk (2–4 procent) för tromboemboli, förutsatt att behandlingen kan ske på ett säkert sätt. Skyddet av acetylsalicylsyra (ASA) som profylax mot murala tromber i hjärtats hålrum och därmed risk för kardiella embolier är oklart (se nedan).

I de senaste rekommendationerna¹ har man som komplement till CHADS₂ lagt till skattning av ytterligare riskfaktorer för tromboemboli (CHA₂DS₂-VASc) i syfte att säkrare kunna peka ut patienter med så låg risk att behandling med antikoagulantia eller ASA inte

är indicerad, åtminstone inte för tillfället. Dessutom finns nu ett poängsystem för att bedöma blödningsrisk (HAS-BLED score).

Rekommendationer utifrån riskfaktorer

Risken att drabbas av TIA, stroke eller systememboli vid paroxysmalt återkommande FF eller förmaksfladder betraktas som likvärdig med risken vid persisterande FF.

Med stigande ålder ökar den genomsnittliga, absoluta, årliga risken för TIA/stroke eller perifer emboli snabbt från cirka 1,5 procent vid 50–60 års ålder till >10 procent i åldrar över 80 år.

Risken för tromboemboli är högst hos patienter med mitralklaffstenos, samtidig mekanisk hjärtklaffprotes och hos dem som redan drabbats av tromboembolisk händelse.

Riskfaktorer varierar över tid varför det är angeläget att regelbundet och minst årligen ompröva indikationerna för antitrombotisk behandling

Tabell 1. Tromboembolirisk och behandlingsrekommendation vid FF enligt CHADS₂

Bokstav	Riskfaktor	Poäng
C	Hjärtsvikt (EF < 40 %)	1
H	Hypertoni	1
A	Ålder > 75 år	1
D	Diabetes	1
S	Tidigare stroke/emboli	2

CHADS ₂ -poäng	Uppskattad årlig stroke-risk % (konfid. intervall)	Rek. behandling
0*	1,9 (1,2–3,0)	Ingen behandl. (ev. ASA)
1*	2,8 (2,0–3,8)	Warfarin (ev. ASA)
2	4,0 (3,1–5,1)	Warfarin
3	5,9 (4,6–7,3)	Warfarin
4	8,5 (6,3–11,1)	Warfarin
5	12,5 (8,2–17,5)	Warfarin
6	18,2 (10,5–27,4)	Warfarin

* Vid 0–1 poäng, gå vidare till CHA₂DS₂-VASc

Tabell 2. Tromboembolirisk och behandlingsrekommendation vid FF enligt CHA₂DS₂-VASc

Bokstav	Riskfaktor	Poäng
C	Hjärtsvikt (EF < 40 %)	1
H	Hypertoni	1
A	Ålder > 75 år	2
D	Diabetes	1
S	Tidigare stroke/emboli	2
V	Aterosklerotisk sjukdom	1
A	Ålder 65–74 år	1
S	Kvinnligt kön*	1

* kvinnor under 65 års ålder utan andra riskfaktorer har tveksam nytta av antitrombotisk behandling

CHA ₂ DS ₂ -VASc poäng	Rek. behandling
0	Ingen behandling (ev. ASA)
1	Warfarin (ev. ASA)
≥ 2	Warfarin

Riskfaktorer som innebär viss risk men är svåra att gradera

- Nedsatt njurfunktion. Innebär ökad risk för både tromboembolism och blödning. Mest uttalat vid eGFR < 15 ml/min
- Samtidig aktiv cancersjukdom
- Graviditet
- Lungsjukdom
- Sömnapné

Konvertering (elektrisk/farmakologisk) av FF

Akut konvertering av FF med duration < 48 timmar, CHADS₂ ≥ 2, utan pågående behandling med anti-koagulantia i terapeutisk dos:

- Påbörja behandling med warfarin samt lågmolekylärt heparin (LMH) tills terapeutiskt PK INR
- Remiss till akutkliniken mottagning/motsvarande eller hjärtkliniken, för fortsatt administrering av LMH och warfarinkontroller
- Vid terapeutiskt PK INR utsätts LMH, med fortsatta warfarinkontroller i företrädesvis primärvård

Akut konvertering av FF med duration < 48 timmar, CHADS₂ < 2:

- LMH/warfarin behöver inte ges akut
- Vid CHADS₂ 1 poäng finns indikation för warfarin (ASA). Patienten remitteras till akutkliniken mottagning/motsvarande, primärvård eller sjukhusets hjärtmottagning för diskussion om lämplig antitrombotisk behandling samt fortsatt handläggning av patientens FF

Planerad konvertering av FF med osäker duration eller > 48 timmar:

- Påbörja behandling med warfarin
- Remiss till akutkliniken mottagning/motsvarande, hjärtklinik eller primärvård för kontroll av PK INR
- Konverteringsförsök kan ske tidigast efter tre veckor med terapeutiskt PK INR
- Alternativt kan transesofagealt eko (TEE) göras för att utesluta kardiell tromb. Behandling med LMH och warfarin genomförs då enligt ovan i anslutning till TEE varefter konverteringsförsök kan ske om intrakardiella tromber kunnat uteslutas
- Efter konvertering skall warfarin ges under minst fyra veckor eller längre i enlighet med CHADS₂

Om akut konverteringsförsök är indicerat på grund av livshotande tillstånd utförs detta utan dröjsmål oberoende av FF-duration och föregående antikoagulationsbehandling.

Behandling med warfarin (Waran) respektive acetylsalicylsyra (ASA)

När indikation för antitrombotisk behandling finns förordas warfarin framför ASA.

En väl genomförd behandling med warfarin och PK INR målvärde 2,0–3,0 innebär en genomsnittlig riskreduktion för stroke/TIA/systememboli på cirka 70 procent och en reducerad dödlighet på cirka 25 procent. Motsvarande risk-reduktion (TIA/stroke) för ASA är lägre och mer osäker, i genomförda studier cirka 20 procent (CI 0–30).

Den gynnsamma effekten av ASA är sannolikt relaterad till att trombocythämning ger skydd mot aterotrombos i halskärl och intracerebrala kärl och inte en emboliprofylax från murala tromber. I olika riktlinjer rekommenderas ASA i doseringen 75–320 mg. Den trombocythämmande effekten är likartad vid

doser > 75 mg, medan gastrointestinala blödningar är dosberoende. Därför rekommenderas doseringen 75 mg/dag även vid FF.

Optimal intensitet för warfarin

I normalfallet rekommenderas ett målvärde för PK INR inom intervallet 2,0–3,0. För patienter med svängande PK INR-värden och hög risk för TIA/stroke eller perifer emboli kan det vara av värde att patienten genomgår utbildning för självkontroll av behandlingen.^{2,3}

Kombinationsbehandling med ASA och/eller klopidogetrel

Kombinationsbehandling rekommenderas inte annat än under begränsad tid t ex vid instabil kranskärlssjukdom, PTCA/stent.

Betydelsen av kvalitet vid warfarinbehandling

Mottagningar med väl utredda, motiverade och informerade patienter och som har väl genomarbetade, skrivna rutiner och riktlinjer för warfarinbehandling har färre komplikationer och har oftare PK INR-värden inom önskvärt intervall, trots färre kontroller. En detaljerad manual för warfarinbehandling finns tillgänglig.³

Tabell 3. HAS-BLED score¹ för bedömning av blödningsrisk vid warfarinbehandling

Bokstav	Klinisk orsak	Poäng
H	Hypertoni (> 160 systoliskt)	1
A	- Abnorm leverfunktion (ALAT > x3 normalvärde, PK INR >1,4) och/eller - Abnorm njurfunktion (serumkreatinin > 200 µmol/l)	1 poäng vardera (max 2)
S	Stroke	1
B	Blödning	1
L	Labila PK INR-värden under warfarinbehandling	1
E	Äldre (>65 år)	1
D	- Missbruk (av läkemedel eller alkohol) och/eller - Samtidig behandling med trombocythämmande läkemedel (NSAID)	1 poäng vardera (max 2)
Bedömn.	Tre poäng eller mer kräver speciell varsamhet	Max 9

Faktorer av betydelse för ökad blödningsrisk med ASA

- Ålder >75 år
- Demens, strukturella förändringar i hjärnan (leukoaraiosis/amyloid angiopati)
- Ulcussjukdom och mikroulcerationer i kolon-slemhinnan
- Okontrollerad hypertoni
- Kombinationsbehandling med oselektiva NSAID eller med SSRI-preparat
- Tidigare intrakraniell eller annan allvarlig blödning
- Alkoholism
- Samtidig behandling med antikoagulantia

REFERENSER

1. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010;31,2369. <http://korta.nu/zv0q6>
2. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2008).
3. Hans Johnsson och Lennart Stigendal. Waran och Waranbehandling – En handbok. (2010-10-04) <http://korta.nu/t39st>

KOMMENTAR:

Risk för övervärdering av risken för tromboemboli vid låga poäng i CHA₂DS₂Vasc

JAN HÅKANSSON, DISTR.LÄKARE KROKOMS HÄLSOCENTRAL, MEDLEM I EXPERTGRUPP HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR
PER MAGNUSSON, DISTR.LÄKARE JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

CHA₂DS₂Vasc tycks vara det bästa sättet att uppskatta enskilda flimmerpatienters risk att drabbas av stroke.^{1,2} Men ingen utvärdering har gjorts med prospektiva studier av hela populationer med förmaksflimmer. Den stora registerstudien från Danmark,¹ där över 100 000 patienter ingick, bekräftade tidigare studier som bedömt CHA₂DS₂Vasc som bäst att uppskatta risken vid låga risker. Men denna studie har väsentliga svagheter, bland annat:

- Enbart patienter som remitterats till sjukhus med förmaksflimmer ingick. De kan antas ha allmänt högre risk att drabbas av tromboemboli.
- Patienter med hjärtsvikt, hypertension och diabetes identifierades genom att de fått recept på läkemedel för dessa tillstånd och därmed ingick inte de som behandlades ickefarmakologiskt.

Dessa svagheter i studien medför att vid låga poäng i CHA₂DS₂Vasc övervärderas sannolikt risken för tromboemboli. Och patienter med låg poäng riskerar därmed att överbehandlas med antitrombotiska läkemedel.

Om riskvärdering görs med CHA₂DS₂Vasc i stället för det hittills mest använda CHA₂DS₂ medför det att många fler med relativt låg risk för stroke kommer att rekommenderas behandling med antikoagulantia. Alla kvinnor med förmaksflimmer kommer t ex att ha indikation för antikoagulantia om man använder CHA₂DS₂Vasc och den enda grupp där man kan avstå från antikoagulantia är egentligen män under 65 år utan någon ytterligare riskfaktor för stroke. Detta ifrågasätts i en ledarkommentar till den danska registerstudien.³

REFERENSER

1. Olesen JB et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. BMJ 2011; 2011; 342:d124 <http://korta.nu/y8vxq>
2. Poli D et al. Stroke risk stratification in a "real-world" elderly anticoagulated atrial fibrillation population. J Cardiovasc Electrophysiol. 2011 Jan;22(1):25-30 <http://korta.nu/3e1d8>
3. Fang MC. Anticoagulation in people with atrial fibrillation. Risk prediction tools help, but treatment must be tailored individually. BMJ 2011; 2011; 342:d530 <http://korta.nu/v4c7p>

Kvalitetsmål för läkemedelsbehandling i primärvård

MARIA JOHANSSON, LÄKEMEDELSSTRATEG

När läkemedelsbudgeten lades ut till enskild hälsocentral blev det viktigt att markera att medicinskt viktig behandling inte ska inskränkas av ekonomiska skäl. Samtidigt finns det områden där läkemedel sannolikt bör användas mer restriktivt. Läkemedelskommittén har därför försökt identifiera både områden där förskrivningen av rent medicinska skäl bör öka och där den bör minska.

Tio behandlingsmål har formulerats, där fem kan betraktas som »golv«, och fem som »tak« dvs. man bör sträva att ligga över respektive under en viss nivå. Var den optimala nivån ligger är omöjligt att säga exakt, men som norm för golven och taken har satts föregående års genomsnittliga förskrivning i Jämtlands län. Förskrivningen mäts i antal DDD per tusen listade patienter på varje hälsocentral. I måtten ingår således all förskrivning till enhetens listade patienter; även förskrivning från andra enheter. Utfallet redovisas och diskuteras med förskrivarna varje år och målen kommer att omvärderas fortlöpande. Behandlingsmålen har inte någon ekonomisk betydelse och är inte kopplade till hälsocentralernas läkemedelsbudget, utan skall betraktas som uppföljningsinstrument med syfte att motverka underanvändning av kostnadseffektiva läkemedel resp överanvändning av läkemedel, som kan medföra problem.

De fem »golven« är:

- HYPERTONILÄKEMEDEL (ÖVER 40 ÅR)

Syftet är att stimulera bättre antihypertensiv behandling. Behandlingen måste individualiseras varför alla de fem väldokumenterade grupperna (tiazider, ACE-hämmare, kalciumflödeshämmare, betablockerare och ARB) ingår i behandlingsmålet. Detta är i samklang både med SBU:s rapport och med behandlingsriktlinjer från Läkemedelsverket.

- STATINER (40–79 ÅR)

Användningen av statiner framförallt som sekundärprofylax och som primärprofylax vid hög risk, t.ex. vid diabetes har fått starkt stöd senaste åren.

- ANTIDEPRESSIVA (ÖVER 20 ÅR)

Behandlingen får starkt stöd i SBU-rapporter om depression och ångest. Ökad användning av antidepressiva läkemedel bedöms av många som en orsak till att suicidtalerna minskat under de senaste decennierna.

- METFORMIN (ÖVER 50 ÅR)

Metformin bör vara förstahandsbehandling vid typ-2-diabetes, särskilt vid samtidig övervikt, där dokumentation finns att komplikationer minskar.

- INHALATIONSSTEROIDER (INKL. KOMBINATIONS PREPARAT)

Inhalationssteroider minskar behovet av sjukhusvård och förbättrar livskvalitet för astmatiker.

De fem »taken« är:

- PPI (PROTONPUMPSHÄMMARE)

Protonpumpshämmare är överanvända i dag på odokumenterade indikationer enligt SBU-rapport.

- ANTIBIOTIKA

Angeläget med restriktiv antibiotikaanvändning för att begränsa resistensproblematik.

- KINOLONER

Användning av kinoloner bör begränsas till indikationer där de har överlägsen effekt, t.ex. pyeliter och vid samtidigt prostataengagemang, för att motverka resistensproblematik.

• **ANTI-KOLINERGA LÄKEMEDEL TILL PATIENTER ÖVER 70 ÅR**

En av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för läkemedel till äldre. Användningen av dessa läkemedel kan ge mycket biverkningar hos äldre och bör begränsas.

• **BEROENDEFRAMKALLANDE LÄKEMEDEL (UNDER 50 ÅR)**

Grupperna N02A (Opioider, ex morfin, dextropropoxifen, tramadol), N05BA (Benzodiazepinderivat, ex oxazepam, alprazolam), N05CD (Sömnmedel,

bensodiazepinderivat, ex nitrazepam, flunitrazepam), N05CF (Sömnmedel, benzodiazepinbesläktade medel, ex zopiklon, zolpidem). Detta är läkemedel med stor risk för beroendeproblematik som bör användas på strikta indikationer och under kort tid till yngre och medelålders.

För golven generellt sett kan sägas att förskrivningen ligger kvar på samma nivå som tidigare år, förutom för blodtrycksmedel som minskar. Även för taken utvecklas förskrivningen i önskvärd riktning. Målet är genomsnittlig förskrivning under föregående år.

Resultat för behandlingsmålen i JLL. DDD per tusen invånare och dag. 2007–2010

Läkemedelsgrupp golv	Utfall 2007	Utfall 2008	Utfall 2009	Utfall 2010	Trend 10-09
Blodtryckssänkare, patienter över 40 år >>	555	587	604	585	Minskar
Statiner, patienter 40 - 79 år >>	80,3	91,2	107,0	108,6	Stabilt
Antidepressiva, patienter över 20 år >>	84,9	87,8	84,9	83,6	Stabilt
Metformin, patienter över 50 år >>	35,5	38,6	41,1	39,4	Stabilt
Inhalationssteroider >>	27,3	27,5	28,1	26,1	Stabilt
Läkemedelsgrupp tak					
Protonpumpshämmare <<	33,1	36,9	43,1	40,8	Minskar
Antibiotika <<	12,9	12,8	11,1	10,0	Minskar
Kinoloner <<	0,81	0,77	0,78	0,69	Minskar
Antikolinerga läkemedel, pat. över 70 år <<	30,2	30,4	30,0	28,9	Minskar
Beroendeframkallande läkemedel, pat. under 50 år <<	22,9	22,9	22,4	19,8	Minskar

Analys av läkemedelskostnader

MARIA JOHANSSON, LÄKEMEDELSTRATEG

Detta är ett utdrag ur årsrapport läkemedel. Den fullständiga rapporten finns att läsa på läkemedelskommitténs sida: www.jll.se/lakemedel

Tabell 1. Läkemedels andel av totala Hälso- och Sjukvårdskostnader i Jämtlands läns landsting

År	Läkemedelskostnad (kr)	Total HoS-kostnad (kr)	Läkemedels andel av total HoS-kostnad
2006	297 345	2 523 732	11,8 %
2007	310 565	2 604 294	11,9 %
2008	323 556	2 730 410	11,9 %
2009	347 293	2 832 883	12,3 %
2010	356 790	3 019 527	11,8 %

Läkemedel innebär i detta exempel kostnader för för-
månsläkemedel, rekvisitionsläkemedel, sjukhusapo-
tekstjänst, vacciner, Apodos, Läkemedelskommitté
och andra centrala läkemedelskostnader. I HoS totala
kostnader ingår kostnader för den specialiserade

vården, primärvård, tandvård, privata vårdgivare och
centrala läkemedelskostnader. Läkemedels andel av
den totala HoS-kostnaderna är stor, men var under
2010 nere på samma nivå som den var 2006.

Totalt- förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel

**Tabell 12. Kostnad (kr) för läkemedel 2010 jämfört med tidigare år. Inkl. läkemedel och
hjälpmedel inom förmånen. Rabatter (9 mkr) och vacciner (11 mkr) ej inkluderade.**

	2007	2008		2009		2010	
	Utfall (kr)	Utfall (kr)	Diff %	Utfall (kr)	Diff %	Utfall (kr)	Diff %
Recept	260 441 724	259 864 078	-0,22	260 779 006	0,35	255 773 908	-1,92
Rekvisition	51 567 020	64 623 683	0,25	75 181 433	16,33	80 774 720	7,44
TOTALT	312 008 744	324 487 761	0,04	335 960 439	0,04	336 548 628	0,002

*Totalkostnaden för läkemedel och hjälpmedel (förmån
och rekvisition) ökar med endast 588 tkr (0,002 procent)
under 2010 jämfört med 2009, se tabell 13. Ökningen*

*ses inom slutenvården, men kompenseras av en lika stor
minskning inom öppenvården.*

Förmånsläkemedel

Under 2010 var statsbidraget för läkemedel 323,9 mkr. 260,4 mkr användes till läkemedel och hjälpmedel inom förmånen.

Kostnaden för förmånsläkemedel i Jämtland 2010 var 228 649 tkr, en minskning med 5 462 tkr (2,3 procent) jämfört med 2009. Snittet i riket ligger på -0,4 procent.

Att jämtar får relativt små volymer läkemedel samtidigt som förskrivningen är nästan billigast i landet

räknat i förmånskostnad per DDD resulterar i att kostnaden per invånare är låg, relativt sett. 1805 kr per invånare i Jämtlands läns landsting jämfört med 2009 kr i riket och 2 295 kr per invånare i Norrbotten. Endast Östergötland ligger lite lägre med 1 772 kr per invånare.

Den genomsnittliga kostnaden per DDD har sjunkit för nästan alla län, i Jämtlands läns landsting har den sjunkit från 3,5 kr till 3,3 kr mellan 2009 och 2010.

Tabell 4. Förskrivna volym och förmånskostnad per invånare samt förmånskostnad per DDD för Jämtlands kommuner under de tre senaste åren. *Sorterad på förmånskostnad per invånare 2010.

	DDD/Inv.			Förmån/Inv. (kr)			Förmån/DDD (kr)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010*	2008	2009	2010
Bräcke	628	652	693	2 175	2 253	2 352	3,5	3,5	3,4
Ragunda	665	669	698	2 228	2 462	2 243	3,4	3,7	3,2
Berg	572	600	610	1 925	2 047	2 149	3,4	3,4	3,5
Strömsund	670	684	712	2 285	2 211	2 132	3,4	3,2	3,0
Härjedalen	566	582	612	1 972	2 003	1 928	3,5	3,4	3,2
Jämtland	522	532	543	1 838	1 845	1 805	3,5	3,5	3,3
Östersund	476	484	491	1 759	1 723	1 668	3,7	3,6	3,4
Krokom	450	456	455	1 532	1 605	1 602	3,4	3,5	3,5
Åre	468	469	459	1 497	1 502	1 508	3,2	3,2	3,3

Skillnaden i läkemedelsförskrivning till patienter i länets olika kommuner är mycket stor, invånare i Bräcke får läkemedel för nästan tusen kronor mer per person under 2010 jämfört med patienter i Åre, beroende på både större volymer och något dyrare läkemedel enligt tabell 4. Jämtarna får i snitt mer men billigare läkemedel under året jfr året innan.

Volymmässigt ligger Krokom lägst och Strömsund högst med 455 resp. 712 DDD per invånare. Volymen ökar under perioden i alla kommuner utom Åre och Krokom. Den största ökningen ses i Bräcke, där i snitt varje invånare får 39 fler DDD under 2010 jämfört med 2009. De billigaste läkemedlen förskrivs i Strömsund och de dyraste i Berg och Krokom.

Siffrorna är inte ålders- eller könsstandardiserade, och orsaken till de stora skillnaderna är oklar och borde utredas närmare.

Landstingets dyraste grupp inom förmånen är teststickor vid diabetes, tätt följt av Symbicort, Enbrel, Humira och NovoMix.

Prognos

Enligt Socialstyrelsens prognosrapport väntas den genomsnittliga kostnadsökningstakten vara mycket låg under de kommande två åren. 1 procent per år under åren 2010–2012, vilket historiskt sett är mycket lågt. Åren 2013 och 2014 närmar sig kostnadsökningstakten förmodligen mer normala nivåer på mellan 2,5 och 4 procent per år.

Rekvisitionsläkemedel

I Jämtlands län beställdes rekvisitionsläkemedel för 81 000 tkr under 2010, en ökning med 5 600 tkr (7,4 procent) jämfört med 2009. Rabatter som betalats tillbaka från läkemedelsföretagen beroende på att produkterna är upphandlade uppgår för Jämtlands läns landsting till cirka 9 mkr, men är inte inräknade

ovan på grund av att statistiken för detta inte finns på nationell nivå. Statistiken går heller inte att följa på individnivå, vilket gör att vi inte vet vilka patienter som fått dessa läkemedel. Regionsjukhusen står ju för vissa rekvisitionsläkemedel, för vilka kostnaderna regleras i riks- och regionvårdsavtalen.

Tabell 11. De 30 dyraste rekvisitionssubstanserna i Jämtlands läns landsting under 2010, jämfört med 2009. Exkl. rabatter.

Substans	Utfall (kr)	Föreg. år (kr)	Diff. (kr)	Diff. %
L01XC03 – trastuzumab (Herceptin)	6 980 009	6 839 025	140 984	2
L04AB02 – infliximab (Remicade)	6 706 800	5 767 200	939 600	16
J06BA02 – humant, normalt immunglobulin (Octagam)	6 115 570	6 399 615	-284 045	-4
L01XC02 – rituximab (MabThera)	4 537 410	4 001 015	536 395	13
L01CD02 – docetaxel (Taxotere)	3 261 532	3 842 057	-580 524	-15
L04AA24 – abatacept (Orencia)	2 701 080	269 370	2 431 710	903
L04AA23 – natalizumab (Tysabri)	2 694 216	2 043 888	650 328	32
V08AB10 – jomeprol (Iomeron)	2 046 852	1 310 550	736 302	56
L01XX32 – bortezomib (Velcade)	2 018 100	569 954	1 448 146	254
S01LA04 – ranibizumab (Lucentis)	1 608 618	1 241 434	367 185	30
L01XC07 – bevacizumab (Avastin)	1 337 700	788 883	548 817	70
B03XA01 – erythropoietin	1 295 038	1 478 321	-183 283	-12
B01AB04 – dalteparin (Fragmin)	1 151 260	1 184 452	-33 192	-3
M03AX01 – botulinum toxin	1 132 969	1 002 571	130 399	13
M05BA08 – zoledronsyra (Aclasta, Zometa)	1 075 400	661 860	413 540	62
B05BA10 – lösningar för parenteral nutri	1 072 368	1 137 061	-64 693	-6
B05BB01 – elektrolyter (NaCl, Ringer-Acetat)	1 038 490	1 036 519	1 970	0
L04AC07 – tocilizumab (RoActemra)	1 026 351	284 927	741 424	260
B01AD11 – tenekteplas (Metalyse)	905 040	794 424	110 616	14
L01BA04 – pemetrexed (Alimta)	897 549	731 224	166 325	23
V07ABÖÖ – vehiklar (NaCl)	888 907	866 404	22 503	3
B05AA01 – albumin	769 663	914 188	-144 525	-16
J01DH02 – meropenem (Meronem)	760 044	831 683	-71 639	-9
L02BA03 – fulvestrant (Faslodex)	686 035	372 596	313 439	84
N01AB08 – sevofluran	646 555	701 974	-55 419	-8
J01CR05 – piperacillin och enzymhämmare	639 280	951 183	-311 903	-33
N01BB09 – ropivakain (Narop)	611 787	607 841	3 947	1
L01XC06 – cetuximab (Erbix)	593 940	352 750	241 190	68
J01DD01 – cefotaxim	552 665	328 097	224 568	68
B02BD01 – koagulationsfaktor ix, ii, vii (Confidex, Ocplex)	458 500	227 500	231 000	102

Tabell 12. De 10 rekvisitionssubstanserna i JLL som ökat mest i kostnad under 2010 jämfört med 2009. Exkl. rabatter.

	2010			
	Utfall (kr)	Föreg. år (kr)	Diff. (kr)	Diff %
L04AA24 – abatacept (Orencia)	2 701 080	269 370	2 431 710	902,7
L01XX32 – bortezomib (Velcade)	2 018 100	569 954	1 448 146	254,1
L04AB02 – infliximab (Remicade)	6 706 800	5 767 200	939 600	16,3
L04AC07 – tocilizumab (RoActemra)	1 026 351	284 927	741 424	260,2
V08AB10 – jomeprol (Imeron)	2 046 852	1 310 550	736 302	56,2
L04AA23 – natalizumab (Tysabri)	2 694 216	2 043 888	650 328	31,8
L01XC07 – bevacizumab (Avastin)	1 337 700	788 883	548 817	69,6
L01XC02 – rituximab (MabThera)	4 537 410	4 001 015	536 395	13,4
M05BA08 – zoledronsyra (Zometa)	1 075 400	661 860	413 540	62,5
B02BD08 – koagulationsfaktor viia (NovoSeven)	373 728		373 728	

I stort sett hela ökningen ses inom ATC-kod L, läkemedel mot tumörer och störningar i immunförsvaret. Inom gruppen är det främst biologiska läkemedel mot reumatoid artrit (Remicade, Mabthera, Orencia och RoActemra) läkemedel som används vid olika typer av cancer (Velcade, Avastin och Zometa) samt Tysabri mot Multipel Skleros. Andra typer av läkemedel som ökar kraftigt är röntgenkontrastmedlet Imeron samt NovoSeven som används för att behandla blödarsjuka.

Prognos

Introduktionen av nya, dyra specialläkemedel samt nya och utvidgade indikationer för befintliga läkemedel kommer sannolikt att leda till att kostnadsökningstakten stabiliseras kring 5 procent. Prognosen för år 2010 är 6 procent och för 2011 är den 5 procent eller något däröver. En kraftig besparing på rekvisitions-läkemedel pga. TLV:s korrigeringar av brister i den tidigare prissättningen skulle dock kunna innebära en ytterligare dämpning av kostnadsökningen.



Lokal stramagrupp för Jämtlands län

GUNNAR NILSSON, DISTRIKTLÄKARE MYRVIKENS HÄLSOCENTRAL,
FÖR LOKALA STRAMAGRUPPEN I JÄMTLANDS LÄN

En lokal stramagrupp för Jämtlands län har nu bildats (Strama = Strategigrupp för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens, www.strama.se).

Bildande av stramagrupper på länsnivå ingår som ett av målen i patientsäkerhetssatsningen, enligt ett avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) som pågår till 2014.

Lägst antibiotikaförskrivning i Jämtlands län

Under 2010 var den totala antibiotikaförsäljningen i Sverige 390 recept per tusen invånare. I de flesta län har antibiotikaförsäljningen minskat något under 2010.

Försäljningen under 2010 varierade från 419 till 311 recept per tusen invånare mellan det högsta (Stockholm) och lägsta länet (Jämtland).

Variationen i antibiotikaförskrivning i primärvården bedöms inte ha någon förklaring i medicinska förhållanden. Målvärdet för antalet recept per tusen invånare har satts till 250, baserat på en analys av diagnoskopplade besök för luftvägsinfektioner i primärvården i Kalmar län. Analysen utgår från nationella behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket och Strama.

Luftvägsinfektioner i primärvården

Behandlingsrekommendationer för de vanliga infektionerna i öppenvård är framtagna av Strama och har spridits via Stramas hemsida samt i en broschyr med rekommendationerna i sammandrag.

Ett angeläget område för oss i öppenvården är luftvägsinfektionerna, indelade i akut bronkit, utan indikation för antibiotikaförskrivning, samt pneumoni där PcV vanligen är aktuellt. Förutom dessa traditionella kategorier tillkommer s.k. oklara nedre luftvägsinfektioner, med en mindre tydlig klinisk bild.

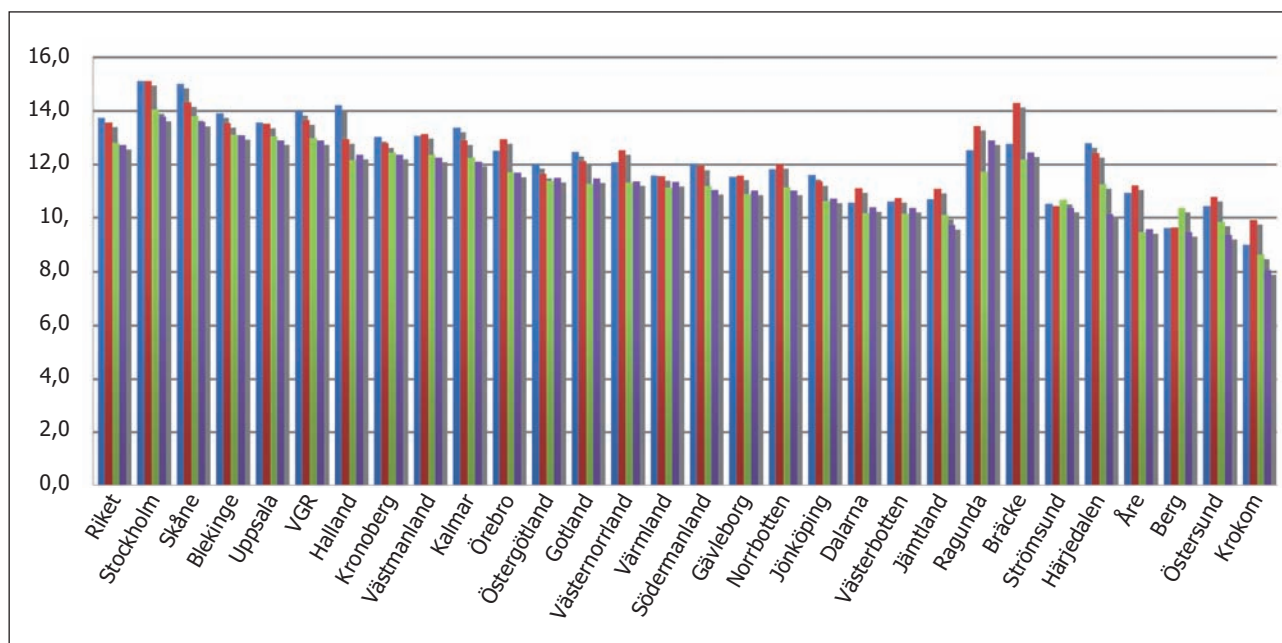
Här kan symtom överstigande en vecka i kombination med CRP >50 tala för pneumoni.

I öppenvården är pneumoni en klinisk diagnos, där varken röntgen eller CRP-analys är obligatoriska för diagnos, om symtom och statusfynd är typiska. Vid diagnostiserad pneumoni ingår dock alltid en allvarlighetsbedömning (påverkat allmäntillstånd, snabb andningsfrekvens) före beslut om lämpligaste vårdnivå. Titta gärna i riktlinjerna beträffande detaljer. För barn anges att CRP <10 efter >24 timmar talar mot pneumoni, med hög sannolikhet.

Självskrivet är det inte alltid lätta beslut att förskriva antibiotika eller ej och riktlinjerna täcker inte allt.

Målsättningen på 250 antibiotikarecept på tusen invånare och år bör dock vara möjlig att uppnå, inte minst i Jämtlands län.

Antibiotika J01 exkl. Hiprex DDD per tusen invånare och dag

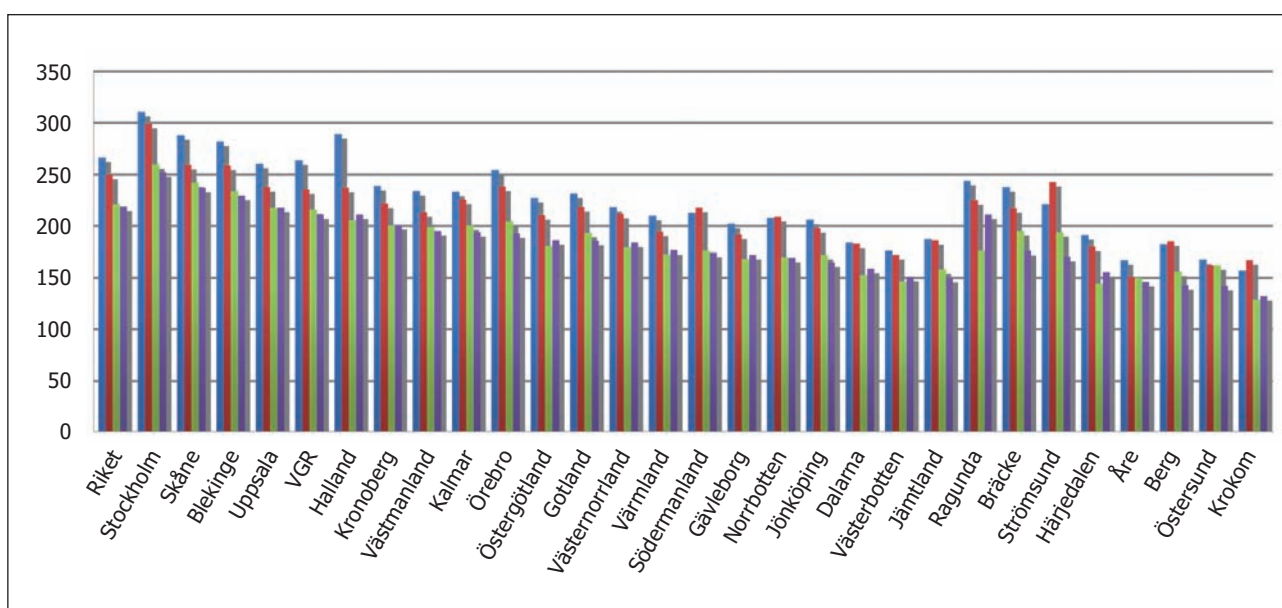


»Luftvägsantibiotika«

PcV, amoxicillin, erytromycin, doxycyklin, cefalosporiner, amoxicillin + klavulansyra

Antal recept per tusen invånare och dag

2007
2008
2009
2010



Se video från läkemedelsdagarna

Här <http://korta.nu/npdm2> kan du se video från Norrländska läkemedelsdagarna i Umeå 25 och 26 januari 2011.

Skapar vården ohälsa?

Seminarium om sjukförklaring och hypokondri.
Moderator Robert Svartholm, infoläkare Norrbotten
Professor Ingvar Wilhelmsson, Institutet för indremedicin, Universitetet i Bergen

Antitrombosbehandling vid förmaksflimmer

- Användning av antitrombotiska läkemedel efter stroke.
Signild Åsberg doktorand och ST-läkare inom stroke Akademiiska sjukhuset
- Nya antitrombotiska läkemedel.
Professor Paul Hjemdahl klinisk farmakologi Karolinska Institutet
- Egenkontroll av Waranbehandling.
Professor Tomas Lindahl, klinisk kemi, Linköpings Universitet

Hur kan vi förbättra äldres läkemedelsbehandling?

- Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.
Johan Fastbom, docent, Aging Research Center (ARC), Karolinska Institutet samt utredare på Socialstyrelsen

- Utsättande av kardiovaskulär primär- och sekundärprevention.
Andreas Terént professor i stroke medicin och överläkare inom akutsjukvården, Akademiska sjukhuset
- Ev. underbehandling av smärta hos äldre.
Hans Johansson, överläkare, Palliativa enheten, Södertälje sjukhus

Varför gör vi som vi gör? Och varför gör inte patienterna som vi säger?

Hur ser beslutsprocessen i patientmötet ut? Har vi koll på prediktivt värde och likelihood ratio? Hur gör vi patienterna delaktiga i processen och hur kommunicerar vi evidens om nytta och risk?

Roger Karlsson, professor i allmänmedicin, Umeå
Åke Schwahn, allmänläkare Uppsala vice ordförande i läkemedelskommittén

Klinisk farmakologi i rampljuset

Föreläsningar kring aktuella teman och utdelning av biverkningspris.

»Pillret«

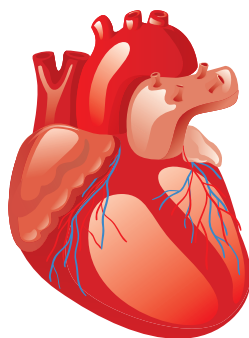
- En journalistisk betraktelse över spelet kring de antidepressiva läkemedlen.
Ingrid Carlberg, journalist och författare



FOTO: CALLE BREDBERG/BILDARKIVET.SE

Försäljningen av Nitromex kommer att upphöra

Tillverkningen av Nitromex sublingualtabletter har upphört. De lager som finns kvar beräknas ta slut under våren. Nitromex sublingualtabletter innehåller glyceryltrinitrat och används som anfallskuperande behandling vid angina pectoris. I Jämtlands läns landsting rekommenderas sedan tidigare, förutom Nitromex, även sublingualsprayerna Glytrin och Nitrolingual vid denna indikation. Glytrin och Nitrolingual innehåller också glyceryltrinitrat.



Det finns inga andra snabbverkande sublingualtabletter innehållande glyceryltrinitrat. När Nitromex nu försvinner från marknaden kommer fortsatt endast sprayerna Glytrin och Nitrolingual rekommenderas som anfallskuperande behandling. Suscard, buckaltabletter innehållande glyceryltrinitrat, rekommenderas som anfallsförebyggande behandling vid angina pectoris.

NYTT FRÅN TLV

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket



Nexium 40 mg 100 tabletter kvar i högkostnadsskyddet efter prissänkning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har ändrat sitt tidigare beslut och låter nu Nexium (esomeprazol) finnas kvar i högkostnadsskyddet. Det sedan priset halverats.

I oktober 2010 beslutade TLV att Nexium enterotabletter inte längre skulle ingå i högkostnadsskyddet, eftersom det var sex gånger dyrare än likvärdiga läkemedel. Beslutet skulle ha börjat gälla från och med den 15 januari 2011.

Men den 1 januari 2011 kom generiskt esomeprazol in i högkostnadsskyddet och den generiska konkurrensen ledde till att tillverkaren av Nexium sänkte priset till hälften. TLV har därför beslutat att återigen

ta in Nexium enterotabletter, dock endast i styrkan 40 mg och 100 tabletter, i högkostnadsskyddet. I dagsläget finns endast två generiska alternativ på marknaden, och ingen prispress har skett hittills, generiskt esomeprazol kostar lika mycket som Nexium.

För styrkan 20 mg och andra förpackningsstorlekar än 100 st. måste förskrivaren aktivt göra ett byte till generiskt esomeprazol, det byts inte automatiskt på apoteken eftersom de alternativen av Nexium inte ingår i förmånen.

Läkemedelskommittén i Jämtlands län rekommenderar fortsatt endast omeprazol, precis som tidigare.

Automatisk varning i VAS för läkemedelsöverkänslighet upphör

Registrering av överkänslighet sker i funktion PA12 Varning.

När en Varning finns registrerad kommer Varningsknappen att aktiveras och bli röd i samtliga patientknutna formulär på den aktuella patienten.

OBS! Det är mycket viktigt att det finns hänvisning med datum till den klinik eller hälsocentral där **journalanteckning** finns, med noggrann notering på sökordet **Överkänsl/Allergi** om vad som hänt.

SOSFS 2008:14, kapitel 3, § 6: Rutinerna ska vidare säkerställa att patientjournalen innehåller en markering som ger en *varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för patientens liv eller hälsa*. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma.

Koppling till ATC-kod ska inte göras p.g.a. att många läkemedelssubstanser har fler än en ATC-kod. Det gör det i praktiken omöjligt att få en heltäckande automatisk varning för läkemedelsöverkänslighet och systemet riskerar att invägga i falsk säkerhet. Exempel på detta är ASA-läkemedel, eller läkemedel med verksam substans metotrexat, och det är inte alltid som det observeras att flera kopplingar måste göras. Detta innebär att den automatiska varningen vid förskrivning av läkemedel som patienten är överkänslig mot försvinner och all inmatning sker med fritext.

Tidigare inlagda varningar kopplat till ATC-kod gäller inte längre då det inte alltid går att lita på dem, p.g.a. att den aktuella varningen inte alltid kopplats till alla ingående ATC-koder. Det är alltså mycket viktigt att vid läkemedelsordination alltid klicka på Varningsknappen då denna är aktiverad, för att läsa den information som finns.

Gör så här för att registrera varning:

Öppna funktionen PA12 Varning. Välj radmenyval **Läggupp**.

I fönstret som presenteras läggs information in i dessa fält:

- I fältet Varning anges patientens reaktion och den substans eller det födoämne som patienten reagerat på.
- Fälten Läkemedel, Beredningsform och Substans lämnas blanka. Dessa fält ska inte användas.
- I fältet Hänvisning anges datum och klinik/hälsocentral där journalanteckning finns dokumenterad angående överkänsligheten, som i exemplet nedan 110213 kirklin. Detta är ett obligatoriskt fält.
- I fältet Ansv in anges ansvarig läkares användarsignatur.

Om läkaren själv gör registreringen ges möjlighet att direkt signera varningen. Om en sekreterare gör registreringen hamnar varningen i läkares Att göra-lista (JO12) och signeras därifrån.

När en Varning finns registrerad kommer Varningsknappen att aktiveras i samtliga patientknutna formulär på patienten.

En varning kan inte tas bort, däremot **Signeras ut**. Detta görs via menyval **signUt**.

När en varning avregistreras (via menyval **signUt**), och det inte finns någon mer aktuell varning, kommer Varningsknappen att inaktiveras. Klicka på radioknappen **Ej Aktiv (utsatta)** för att se varningar som avregistrerats.

Förklaring av fält till varje varning:

- **Ansv in** = Ansvarig vårdgivare för införande av varning
- **Sign in** = Signerat av vårdgivare
- **Anv.id In** = Användare som registrerat varning
- **Ansv ut** = Ansvarig vårdgivare för avregistrering av varning
- **Sign ut** = Signerat av vårdgivare
- **Anv.id Ut** = Användare som avregistrerat varning
- **Dat Ut** = Datum för avregistrering
- **Hänvisning** = T.ex. klinik, anteckningsdatum