

# JÄMTmedel



*Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län*

ÅRGÅNG 38 • NR 4 • DECEMBER 2013



## UR INNEHÅLLET:

Jan Håkansson hedersdoktor 11

Nya överenskommelser med industrin om samverkansregler 3

God munhälsa bästa endokarditprofylaxen 4

Antibiotikaförskrivning öppenvård i Jämtlands län 6

# INNEHÅLL

Ny överenskommelse med industrin om samverkansregler.....	3
God munhälsa bästa endokarditprofylaxen.....	4
Antibiotikaförskrivning öppenvård i Jämtlands län t.o.m. oktober 2013 .....	6
Nyheter från TLV .....	8
Saltinnehåll i brustabletter .....	10
Jan Håkansson hedersdoktor .....	11

OMSLAGSFOTO: GUDRUN ROS

## JÄMTmedel

*Informationsblad från Läke-medelskommittén i Jämtlands läns landsting*

[www.jll.se/lakemedel](http://www.jll.se/lakemedel)

REDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE Per Magnusson

REDAKTION Järpens hälsocentral • Skolvägen 29 • 830 05 Järpen • [per.magnusson@jll.se](mailto:per.magnusson@jll.se)

GRAFISK FORM Gudrun Ros grafisk form

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2013

*Ordförande har ordet*

# Ny överenskommelse med industrin om samverkansregler

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

*Från 2015 får industrin inte längre bekosta deltagaravgift och hälften av resa och uppehälle vid kongresser.<sup>1</sup> Den nya överenskommelsen är lite mer allmänt hållen än tidigare överenskommelse från 2010 och läkemedelsindustrin behåller inflytande över vårdens fortbildning om läkemedel.*

Överenskommelsen gäller även företag inom medicinteknik och laboratorieteknik och träder i kraft första januari 2014. Men »femtioprocent-regeln« som gör det möjligt för företag att bekosta delar av vårdpersonals deltagande i kongresser och liknande börjar gälla ett år senare för att vården ska få tid att planera för ökade utbildningskostnader.

Företagens skyldighet att inhämta verksamhetschefens godkännande för vårdpersonalens deltagande i sammankomster m.m. har flyttats över till den enskilda deltagaren själv. I övrigt är överenskommelsen i sak ganska oförändrad.

En nyhet är en uppräknig av grundläggande principer om t.ex. transparens och dokumentation. Men de här principerna konkretiseras inte tillräckligt och blir föga förpliktande.

När det gäller ersättning och kostnadstäckning från industrin anges att »Relevant dokumentation

som avtalet, relaterade rapporter, fakturor m.m. måste bevaras«. Eftersom detta inte registreras centralt eller finns lätt tillgängligt blir det svårt att granska läkares relationer till industrin och eventuella jävssituationer. För patienter kan det i samband med vårdval vara väsentligt att ha tillgång till den här informationen.

Andra länder har större krav på öppenhet. I USA kräver den nya lagen Physician Payment Sunshine Act att alla utbetalningar över tio dollar till läkare och medicinska lärosäten registreras i ett centralt register sökbart på internet.<sup>2,3</sup>

I Danmark ska läkares kontakter med läkemedelsföretag registreras och godkännas av Sundhedsstyrelsen<sup>4</sup>, annars tillåts man inte ordinera läkemedel eller ha inflytande över vad andra läkare ordinerar. Listan över läkare med tillstånd att ha kontakt med läkemedelsindustrin är publicerad på webben.<sup>5</sup>

## REFERENSER

1. Överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin <http://korta.nu/01twv>
2. <http://korta.nu/2mf9m>
3. <http://korta.nu/g1nqo>
4. <http://korta.nu/f0zmw>
5. <http://korta.nu/7cbz1>

# God munhälsa bästa endokarditprofylaxen

LARS-ERIK OLOFSSON, ÖVERLÄKARE INFEKTIONSKLINIKEN ÖSTERSUNDS SJUKHUS,  
ORDFÖRANDE STRAMA JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING  
GUNNAR NILSSON, DISTRIKTLÄKARE MYRVIKENS HÄLSOCENTRAL,  
MEDLEM I STRAMA JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

Ända sedan AHA (American Heart Association) 1955 först rekommenderade antibiotikaproylax vid tandingrepp har frågan om dess berättigande diskuterats.

Upprepade studier visar att antibiotika före tandingrepp inte minskar förekomsten av endokardit eller förhindrar insjuknanden i endokardit. Rekommendationerna har visat sig mer haft ett ursprung i tradition än i vetenskap, och antibiotika har används som en »säkerhets skull-strategi«.

Att nyttan av antibiotikaproylax före tandingrepp ifrågasätts beror på studier som visar att bakteriemiepisoder förekommer vid dagliga aktiviteter som tandborstning, användande av tandtråd samt tuggning i lika stor utsträckning som vid ett tandingrepp.

Endokarditinsjuknande har heller inte visat sig ha någon koppling till tandingrepp som man tidigare trodde utan mer till ett dåligt munhålestatus.

Rekommendationerna har därför på de senare år starkt ifrågasatts och reviderats i många länder till ett minimum att enbart gälla ett fåtal utvalda indikationer och riskgrupper. Längst har man gått i England och Wales där man i stort sett helt avskaffade endokarditprofylax 2008.<sup>1</sup> Uppföljande studier har nu efter tre år inte visat på någon ökad frekvens eller mortalitet i endokardit.<sup>2</sup>



Med grundval av ovanstående fick Smittskyddsinstitutet och Läkemedelsverket ett regeringsuppdrag att åter titta över de svenska rekommendationerna för antibiotikaproylax i tandvården. Ett expertmöte anordnades i maj 2012 och i oktober samma år presenterades en ny rekommendation.<sup>3</sup>

**I stort gäller att ingen endokarditprofylax skall ges, men undantag finns.** Man betonar god munhälsa och helhetsbedömningar på individnivå mellan tandläkare och ansvarig läkare inom slutenvården och/eller infektionsläkare.

## Huvudbudskapet i detta konsensus lyder:

1. Gott munhålestatus är av avgörande betydelse för att minska risken för lokala och hematogent spridda infektioner hos riskpatienter.
2. Infektionsförebyggande tandvård ska utföras inför medicinska ingrepp och behandlingar som medför kraftigt ökad risk för infektioner.
3. Den sammanlagda bedömningen av patientens samtliga riskfaktorer är avgörande för om antibiotikaproylax är nödvändig eller inte.
4. Antibiotikaproylax inom tandvården bör inskränkas till ett fåtal definierade riskpatienter och vissa odontologiska ingrepp.

Riskpatienter där antibiotikaproylax **rekommenderas**

1. Gravt nedsatt immunförsvar
  - a. Neutrofiler < 1,0
  - b. Defekt granulocytutfunktion t.ex. myelodysplastiskt syndrom
  - c. Pågående tung immunosuppression
2. Högdosstrålat käkben
3. Cancerpatienter som behandlats i.v. med bisfosfonater i högdos

Riskpatienter där antibiotikaproylax **kan övervägas** vid tandutdragning, omfattande tandstensskrapningar och dentoalveolär kirurgi.

1. Patienter som fått ledprotes < 3 månader och har flera riskfaktorer

Exempel på riskfaktorer för ledprotesopererande

- a. BMI > 35–40
- b. Rökning
- c. Immunbrist
- d. Anemi
- e. Hög ålder
- f. Dålig munhälsa
- g. Försämrat allmäntillstånd
- h. Förväntat långt odontologiskt ingrepp

Odontologiska ingrepp där antibiotikaproylax rekommenderas till **alla**

1. Anomalikirurgi
2. Frakturkirurgi
3. Bentransplantation

Antibiotikaproylax kan övervägas vid implantatkirurgi.

## Antibiotika

Engångsdos ges 60 minuter före ingreppet.

Förstahandsval

1. Vuxna: Amoxicillin 2g p.o.
2. Barn: Amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt p.o.

Vid dokumenterad pc-allergi

1. Vuxna: Klindamycin 600 mg p.o.
2. Barn: Klindamycin 15 mg/kg kroppsvikt p.o.

Parenteral administrering, ges under högst ett dygn

Förstahandsval

1. Bensylpenicillin ( 3g x 1–3) i.v.

Vid dokumenterad pc-allergi

1. Klindamycin (600 mg x 1–3) i.v.

## REFERENSER

1. NICE Short Clinical Guidelines technical team: Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. London National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 <http://korta.nu/rc4vf>
2. Thornhill MH et al Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. BMJ 2011 May 3, 342 <http://korta.nu/bmj8b>
3. Antibiotikaproylax i tandvården. Läke-medelsverket 2012 <http://korta.nu/rg8va>

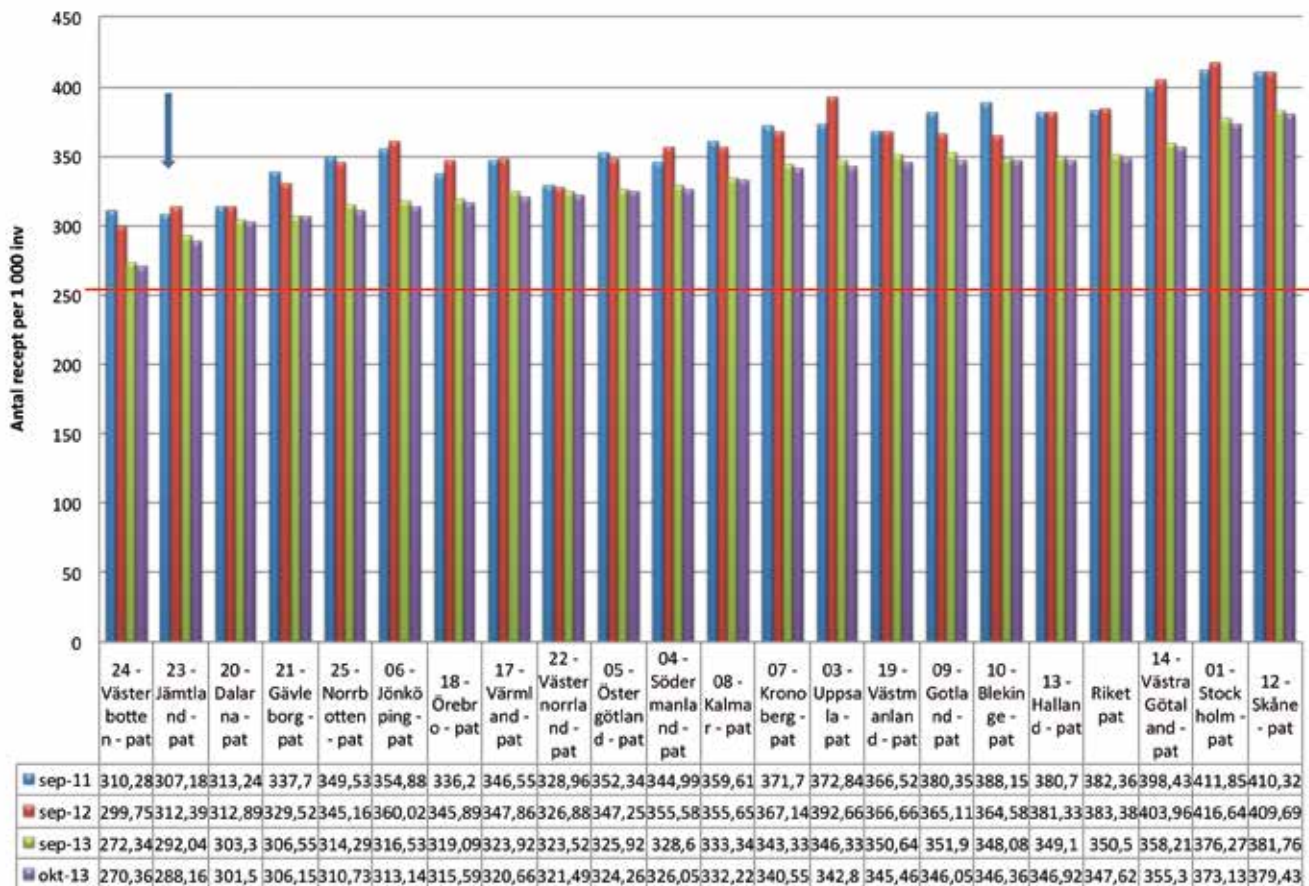
# Antibiotikaförskrivning öppenvård i Jämtlands t.o.m. oktober 2013

LARS-ERIK OLOFSSON, ÖVERLÄKARE INFEKTIONSKLINIKEN ÖSTERSUNDS SJUKHUS,  
 ORDFÖRANDE STRAMA JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING

Liksom i övriga landet har förskrivningen av antibiotika minskat i Jämtland. Minskningen är sex procent sista året till 292 recept/tusen invånare/år (september

2012–september 2013). Sista oktober en ytterligare minskning till 288 recept/tusen invånare/år.

**Antibiotika J01 exkl Metenamin  
 rullande 12 mån**





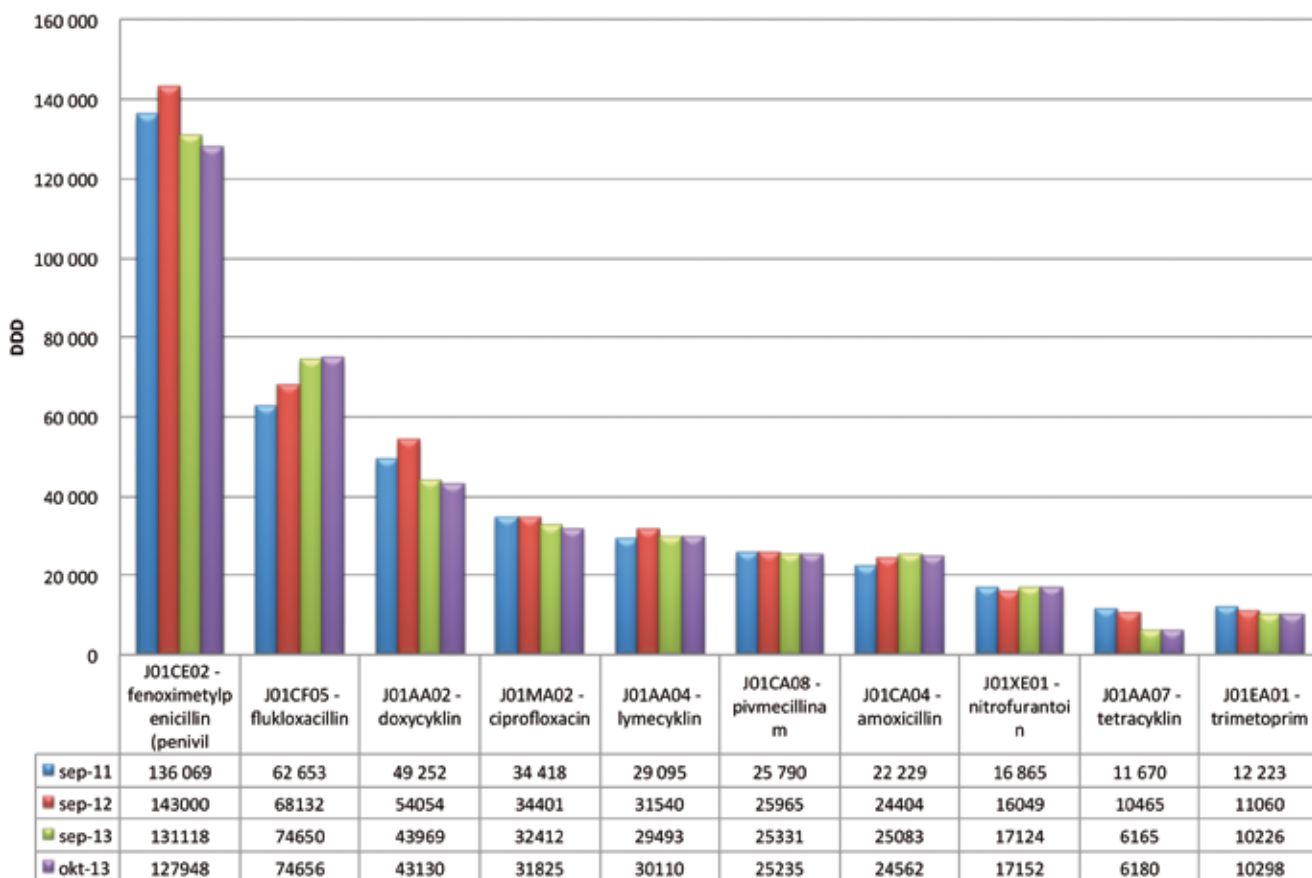
Största minskningen står hälsocentralen i Hallen för med minus 26 procent, medan Fjällhälsan i Hede ökat sin förskrivning med 21 procent.

De tre mest förskrivna preparaten är PcV, flukloxacillin och tetracykliner där vi bland annat ser att doxycyklinförskrivningen minskat med 18 procent, medan flukloxacillin ökat 9,5 procent.

Mer statistik för riket och i Jämtland hittar du i Dive Port på Insidan under rubrikerna

- Läkemedel
  - Öppenvård
  - Jämförelse med andra landsting
  - Antibiotika
- Uppdatering sker månatligen.

### 10 mest förskrivna preparat inom J01 rullande 12 mån



# Nyheter från TLV

## (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket)

ULRICA JONSSON, LANDSTINGSAPOTEKARE

### Förslag i budgetpropositionen 2014

En utvecklad prissättningsmodell införs i två steg

- Överenskommelse mellan regeringen och LIF om att läkemedel ska prissänkas när de blir äldre än 15 år, träder i kraft januari 2014 (15-årsregeln).
- Införande av en ny takprisregel 2015.

Dessutom ska åtgärder för att ytterligare stärka forskningen och förbättra innovationsklimatet vidtas.

TLV ges en mer aktiv roll i att utveckla den värdebaserade prissättningen för ökad kostnadseffektivitet

och ska löpande följa prisutvecklingen och göra jämförelser med andra länder. TLV ska också kontinuerligt arbeta med att effektivisera handläggningen

Samarbetet med landstingen ska utvecklas mer, i syfte att säkerställa att Sverige har en så kostnadseffektiv läkemedelsanvändning som möjligt. TLV vill till exempel undersöka möjligheterna att inom befintligt system pröva att samordna pris-volym genom att landstingen förhandlar med bolaget i samband med att TLV utreder och beslutar pris i subventionssystemet.

### Medicinteknikprojektet

TLV fick i april 2012 i uppdrag av regeringen att genomföra hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter.

De hälsoekonomiska bedömningarna förväntas bidra till:

- Bättre underlag för kliniska beslut och upphandling av medicintekniska produkter
- Större transparens kring medicintekniska produkters kostnadseffektivitet och priser
- Bättre utnyttjande av existerande resurser för kunskapsvärdering genom att bedömningarna görs av en nationell myndighet och inte av alla huvudmän
- En mer kunskapsstyrd och likvärdig användning av medicintekniska produkter i hela landet

I projektet ingick att göra hälsoekonomiska bedömningar av minst två medicintekniska produktgrupper. En slutsats är att medicinteknik bör utvärderas och att TLV bör göra det. Uppdraget har genomförts i samråd med Socialdepartementet, sjukvårdshuvudmännen, berörda organisationer och myndigheter.

Fyra kunskapsunderlag finns publicerade på TLV:s hemsida:

- Insulinpumpar med och utan CGM-mätning
- Implanterbar defibrillator (ICD) och/eller biventrikulär pacemaker (CRT)
- Luftdusch för astmatiker
- Hembloodtrycksmätning

Slutrapporten publicerades på TLV:s hemsida 4 november.



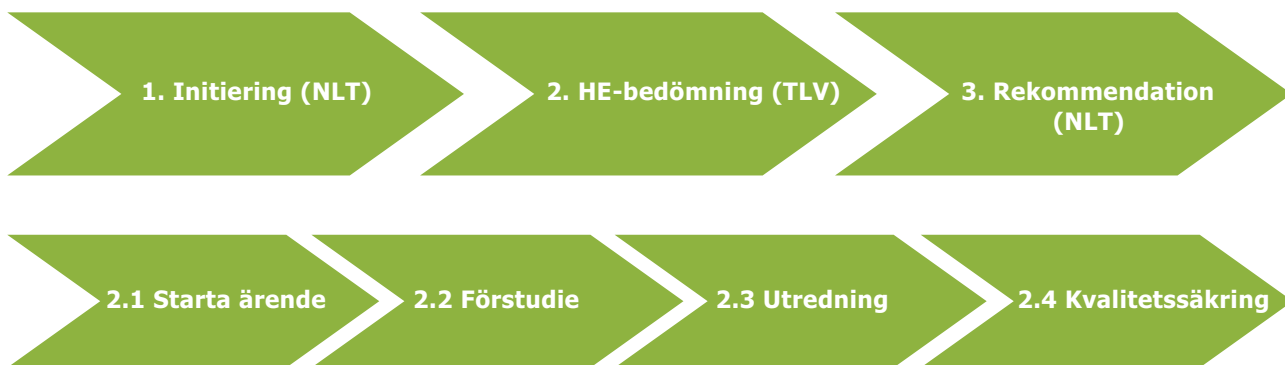
## Klinikläkemedelsprojektet

Sedan något år pågår ett klinikläkemedelsprojekt där NLT-gruppen (Nya Läkemedelsterapier) initierar vilka läkemedel som ska utvärderas och TLV tar fram hälsoekonomiska kunskapsunderlag för dessa. NLT-gruppen värderar nya läkemedelsterapier och ger rekommendationer i läkemedelsfrågor till landstingen. (Läkemedelsrådets Arbetsutskott för Regionalt Införande av nya Läkemedel (ARIL) är det regionala forum som sedan ska ta ställning till nya läkemedelsbehandlingar och föreslå landstingen i norra sjukvårdsregionen hur introduktion och uppföljning ska gå till.)

Syftet med hälsoekonomiska bedömningarna är att bidra till:

- bättre underlag för kliniska beslut och upphandling av läkemedel
- större transparens kring läkemedels kostnadseffektivitet och priser
- bättre utnyttjande av existerande resurser för kunskapsvärdering genom att bedömningarna görs av en nationell myndighet och inte av alla huvudmännen
- en likvärdig och kunskapsstyrd läkemedelsanvändning i hela landet
- långsiktiga kulturförändringar kring synen på hälsoekonomisk information och samt öppna jämförelser av terapival

År 2012 hade TLV avslutat sex st hälsoekonomiska bedömningar och år 2013 tio st.



## Begränsat uttag inom förmånen

Läkemedelsförmåner får inte avse större mängd läkemedel eller andra varor än som motsvarar det beräknade behovet för 90 dagar eller, om lämplig förpackningsstorlek för 90 dagar saknas, närmast större förpackning (förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.). För att varorna ska omfattas av läkemedelsförmåner får förskrivningen expedieras på nytt först då minst två tredjedelar av den tid förflutit som den tidigare expedierade mängden läkemedel eller andra varor är avsedd att tillgodose.

Olika tolkningar och en konkurrensutsatt marknad för apoteken har visat på behov av att reglerna förtydligas och ett allmänt råd för detta kommer inom kort.

TLV:s tolkning är att ett enda uttag max får omfatta förbrukning för 90 dagar.

Om förskrivaren anger 30 dagars förbrukning för ett uttag omfattas endast ett sådant uttag av förmånen. Kunden får sedan vänta 20 dagar innan nästa uttag inom förmånen kan hämtas ut.

Ett läkemedel eller en annan vara som har förskrivits får inte förskrivas på nytt så länge förskrivningen fortfarande är giltig, om syftet enbart är att få läkemedlet eller varan utlämnat på förmånligare villkor.

Pappersrecept gör det svårt att kontrollera att reglerna följs och det blir också problem med flera giltiga recept för samma behov dvs. flera giltiga recept som avser samma läkemedel i samma dosering för samma förskrivningsorsak.

Apoteken har dock möjlighet att ta hänsyn till särskilda skäl till exempel längre resa eller om patienten har rest ifrån sitt läkemedel.

# Saltinnehåll i brustabletter

ULRICA JONSSON, LANDSTINGSAPOTEKARE



Livsmedelsverket rekommenderar en övre gräns för dagligt intag av salt (NaCl) på 5–6 gram men det genomsnittliga saltintaget för svenskar ligger på 10–12 gram per dag. Den största mängden salt får vi i oss genom det vi äter och dricker. Ett högt saltintag ökar risken för högt blodtryck, vilket i sin tur ökar risken för att man ska drabbas av hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och skador på njurarna.

Att brustabletter innehåller salt har på senare tid uppmärksammats i media.

För att en brustablett ska lösas upp i vatten och »brusa« krävs saltet natriumbikarbonat där bikarbonat reagerar med vattnet och bildar koldioxidbubblor. Natriumjonen har vätskeretinerande effekter och kan t.ex. försämra tillståndet hos patienter med hjärtsvikt eller njursjukdom.

Natriumhalten i brustabletter varierar. Treo Meda 500 mg innehåller cirka 15 mmol natrium per brustablett (fass.se), vilket ger drygt 300 mg natrium ( $23,0 \text{ g/mol} \times 15 \text{ mmol}$ ). En dosering på 500 mg tre gånger dagligen ger  $3 \times 300 \text{ mg} = 900 \text{ mg}$  natrium per dag, vilket ungefär motsvarar 2 g salt (NaCl). För patienter som tar flera olika läkemedel i form av brustabletter kan saltintaget bli för högt och de bör informeras om att undvika att köpa receptfria analgetika i brustablettform.

## Jan Håkansson hedersdoktor

Läkemedelskommitténs tidigare ordförande har utnämnts till hedersdoktor vid medicinska fakulteten, Umeå Universitet. Han har under många år varit en framträdande debattör och skribent i läkemedelsfrågor.

Jan är distriktsläkare på Krokoms hälsocentral och även engagerad i läkarutbildningen i Jämtlands läns landsting. Nationellt har han gjort viktiga insatser. I många år har han varit SFAM.L (Svensk förening för allmänmedicin; Läkemedelsrådet) och han var med i bildandet av LOK – nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer. Han har skrivit flera artiklar i Läkartidningen. Hans medicinska kommentar »Stärkt stöd för statinbehandling som sekundärprevention. Tveksam evidens för behandling mot allt lägre kolesterolvärden« utsågs till årets artikel av tidningen.

Han har deltagit i flera av Läkemedelsverkets workshops och är medlem i Läkemedelsverkets nämnd sedan 2003.

Vi i läkemedelskommittén framför våra varma lyckönskningar till hedersdoktoratet och är glada att Jan fortfarande deltar i vårt arbete som medlem i expertgruppen för hjärtkärlsjukdomar.

