

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 39 • NR 4 • DECEMBER 2014

UR INNEHÅLLET:

Protonpumpshämmare – viktigt att trappa ut behandlingen

Läkemedel utan förmån kan bli dyrt för patienten!

Hur mycket ska potensen kosta?

Ju fler psykofarmaka, desto större fallrisk

INNEHÅLL

Läkemedelskommittén 40 år!	3
Protonpumpshämmare – viktigt att trappa ut behandlingen	4
Läkemedel utan förmån kan bli dyrt för patienten!	6
Hur mycket ska potensen kosta?	7
Ju fler psykofarmaka, desto större fallrisk	7
Ansvar för patientens ordinerade läkemedel – läkemedelslista	8
Norrländska läkemedelsdagar	10
Nyheter i läkemedelsboken	12

OMSLAGSFOTO: GUDRUN ROS

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

GRAFISK FORM Gudrun Ros grafisk form

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2014

Ordförande har ordet

Läkemedelskommittén 40 år!

KRISTINA SELING, DISTRIKTLÄKARE FÖLLINGE HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

I september tog jag över det hedersamma uppdraget som ordförande i läkemedelskommittén i Jämtlands läns landsting. Att axla den mantel som mina företrädare burit är en utmaning.

Läkemedelskommittén i Jämtlands läns landsting har en lång historia. Den bildades redan 1974 och var den andra läkemedelskommitté som bildades i Sverige. Syftet var att sträva efter en ändamålsenlig och adekvat läkemedelsförskrivning. 1976 gavs för första gången rekommendationslistan Z-läkemedel ut och lite senare samma år gavs tidningen Jämtmedel ut som supplement till Z-läkemedel. Ingmar Bergström, dåvarande chef på medicinkliniken var dess förste ordförande, följd av Hans-Olof Nylén, distriktsläkare Frösö hälsocentral, Göran Boethius, överläkare på Lungkliniken,

Jan Håkansson, distriktsläkare Krokoms hälsocentral och fram till i år Per Magnusson, distriktsläkare Järpens hälsocentral.

Z-läkemedel har sedan start kommit ut vartannat år, under de första decennierna kom man överens om rekommendationslistan under de så kallade Kalldagarna, ett internat i Kall som samlade ett trettiotal läkare från sluten och öppen vård. Läkemedelskommittén ordnade också tidigt dubblade fortbildningsdagar för distriktsläkare, privatpraktiserande läkare och företagsläkare. Något år senare började fortbildningsdagar även för sköterskor ute på distrikt. Dessa dagar sköttes sedermera av Distriktsläkarföreningen och sedan av SFAM:s fortbildningsgrupp (SFAM=Svensk Förening för Allmänmedicin). Hans-Olof Nylén och Göran Boethius såg tidigt ett behov av att lära ut egenvård till befolkningen och under läkemedelskommitténs försorg gavs det regelbundet ut ett terapikompendium i egenvård, det så kallade egenvårdshäftet. Samtidigt byggde Hans-Olof Nylén upp sjukvårdsupplysningen, som till en början servade befolkningen endast under helger.

Den 1 januari 1997 trädde Läkemedelsreformen i kraft. Då övertog landstingen kostnaden för förskrivna läkemedel, en kostnad som tidigare legat på staten. Det blev då också lagstadgat att varje landsting skulle ha minst en läkemedelskommitté, något Jämtland alltså hade haft i drygt tjugo år redan. Som ett litet kuriosum kan det nämnas att det först 1997 blev helt tvunget att föra in hela patientens personnummer på receptet, 1996 saknade 20 procent av recepten de sista fyra siffrorna.

Nästa stora ekonomiska förändring vad gäller läkemedel i Jämtlands läns landsting skedde 1 januari 2005 då läkemedelsbudgeten decentraliserades. Jan Håkansson, med god hjälp av bland andra Magnus Gibson, överläkare på medicinkliniken, delade då upp kostnadsansvaret för läkemedel mellan olika kliniker och primärvården. Samtidigt, för att bibehålla en ändamålsenligt läkemedelsförskrivning, togs de olika »golven och taken« fram. Det vill säga läkemedelsgrupper där varje hälsocentral bör sträva efter en högre, respektive lägre, förskrivning.

2007 kopplades de sista klinikerna in i VAS och Jämtlands läns landsting kunde stoltsera med att vara ett av de första landstingen i Sverige med gemensam läkemedelslista. I arbetet med läkemedelsmodulen i VAS har Per Magnusson gjort ett enormt arbete. Han var också tidigt ute med att försöka koppla läkemedelsmodulen till Sfinx interaktionsdatabas och andra hjälpredor, men detta gick tyvärr i stå på grund av ekonomiska faktorer.

Vad gäller läkemedel har vi i Jämtland-Härjedalen mycket att vara stolta över. Vår förskrivning hör till de mer ändamålsenliga i landet och mycket av detta har vi eldsjälar vid namn Hans-Olof Nylén, Ingmar Bergström, Göran Boethius, Jan Håkansson och Per Magnusson att tacka för.

Protonpumpshämmare – viktigt att trappa ut behandlingen

BERTIL EKSTEDT, ORDFÖRANDE LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I VÄSTERNORRLANDS LÄNS LANDSTING
MAGDALENA PETTERSSON, APOTEKARE, LÄKEMEDELSCENTRUM UMEÅ

Protonpumpshämmare (PPI) är mycket effektiva läkemedel för att minska produktionen av saltsyra och därigenom uppnås en mycket effektiv läkning av både ulcus och esofagit, vilket väsentligt förenklat och förbättrat behandlingen jämfört med tidigare.

Vid hög risk för gastrointestinal blödning finns indikation för förebyggande behandling. Om man inleder behandling med NSAID bör risken för gastrointestinal blödning bedömas, särskilt för patienter >75 år. Man bör beakta den ökade risken vid kombination med ASA, SSRI och kortikosteroider och om patienten tidigare haft gastrointestinal blödning.

Ständigt ökande förskrivning

Försäljningen av PPI visar en ständigt stigande kurva både när det gäller förskrivning på recept och receptfri försäljning. Denna ökning kan inte förklaras av ovanstående indikationer. Även den receptfria försäljningen har ökat i motsvarande grad. PPI tillhör de receptfria läkemedel som endast får säljas på apotek. Det finns en omfattande överförskrivning och överförbrukning inom området dyspepsi.

Svårigheter att sluta med PPI

Vid behandling med PPI ökar gastrinproduktionen, som i sin tur stimulerar till ökad saltsyreproduktion. Om man därför slutar med PPI särskilt efter en längre tids användning får man en högre saltsyreproduktion än man hade före behandlingen, vilket leder till att de ursprungliga besvären återkommer. Det kan då ligga nära till hands att man fortsätter med PPI, vilket leder till ytterligare svårigheter att avsluta behandlingen. Av denna anledning är det av stor vikt att man endast påbörjar behandling med PPI när det finns en klar indikation och att man sätter ut läkemedlet så snart som möjligt. Efter en längre tids användning kan man behöva trappa ut PPI långsamt (se nedan).

PPI tolereras ofta väl och anses som säkra. Som vanliga biverkningar (1–10 procent) uppges i FASS huvud-

värk, magsmärtor, förstoppning, diarré, gasbildning och illamående/kräkning. Det finns dock en del mer ovanliga biverkningar som man bör vara observant på.

Ökad risk för bakteriella infektioner

På grund av att PPI minskar den dagliga produktionen av saltsyra minskar aciditeten i ventrikeln. Vid pH under 4 har magsyran en kraftigt baktericid effekt och dödar bakterier inom 15 minuter. Risken för gastrointestinala infektioner ökar och *Clostridium difficile* har i stora epidemiologiska studier visats vara två–tre gånger vanligare hos patienter behandlade med PPI. Även en högre risk för framför allt nosokomiala pneumonier har noterats.

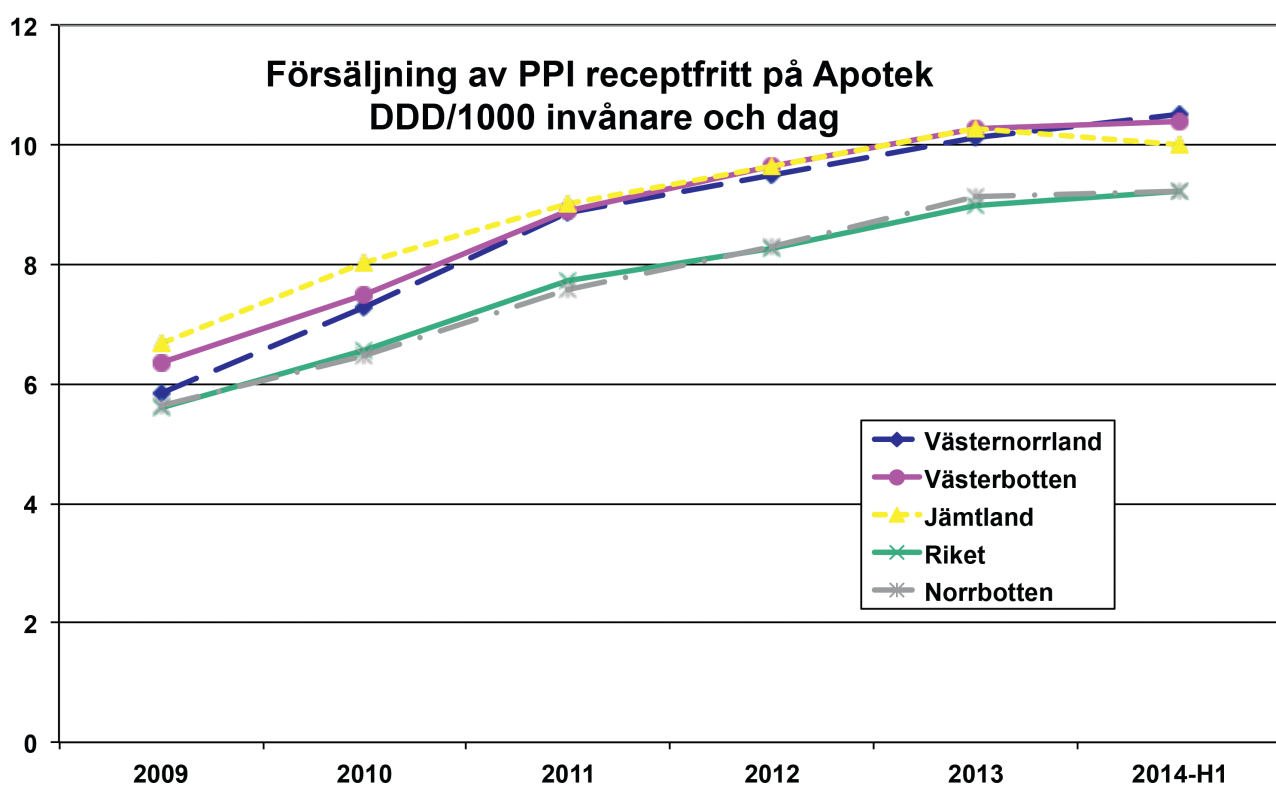
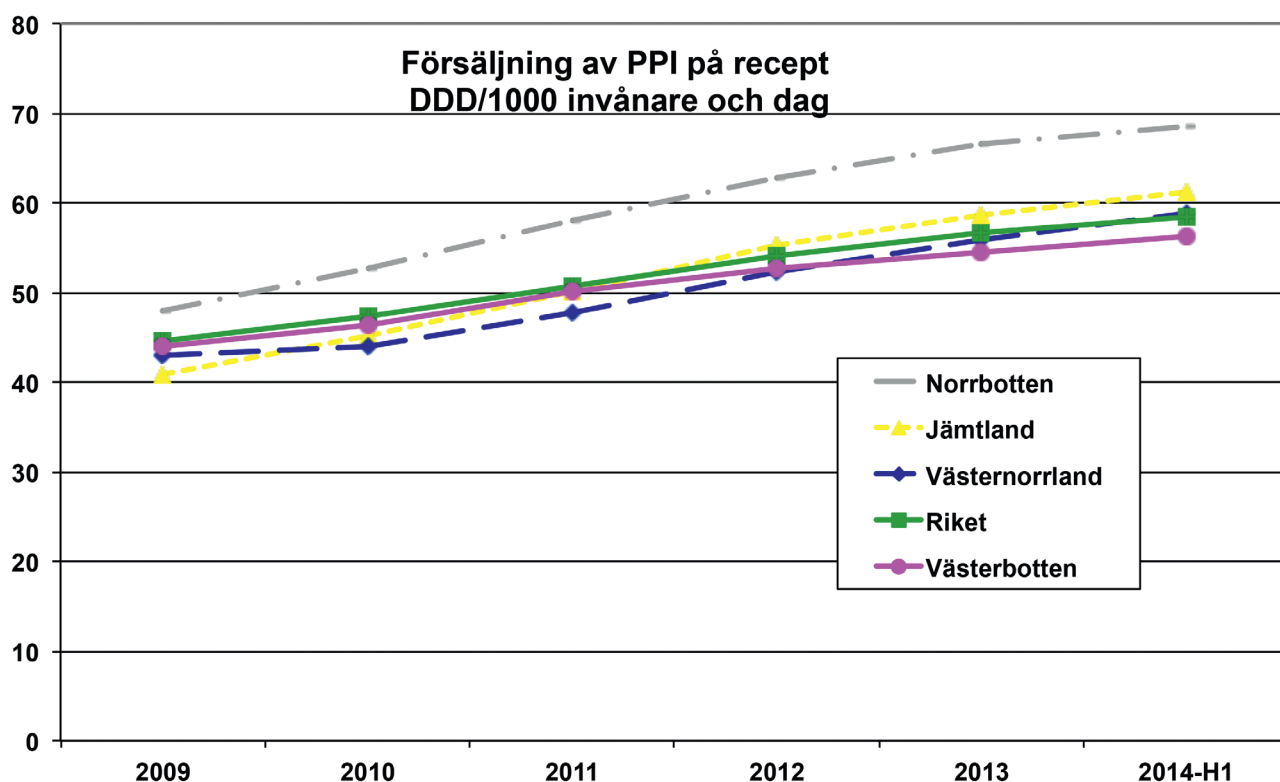
Frakturrisk

En metaanalys från 2011 visar att risken för fraktur är ökad hos patienter som medicinerat med PPI i minst ett år. Risken ökar med behandlingstiden. Den ökade risken kan bero på en minskad resorption av kalcium och en ökad insöndring av paratyroideahormon.

Utsättningsproblem – rebound

Efter kontinuerlig behandling i två månader eller mer rekommenderas att utsättningen sker stegvis.

Steg	Läkemedel	Dosering	Tidsperiod
1	Protonpumpshämmare	Halv grunddos x 1 alt. hel grunddos varannan dag	4 veckor
2	Protonpumpshämmare	Halv grunddos varannan dag eller hel grunddos var fjärde dag	4 veckor
3	Protonpumpshämmare	Halv grunddos var fjärde dag	4 veckor
4	Antacida	Vid behov	4 veckor



Läkemedel utan förmån kan bli dyrt för patienten!

Tänk på att allt fler receptbelagda läkemedel inte ingår i läkemedelsförmånen, och därmed inte omfattas av högkostnadsskyddet. Läkemedel utan förmån ingår inte heller i generikautbytet på apoteken. Det kan bli ganska dyrt för patienterna. Läs mer i rapport från TLV (<http://korta.nu/Fi2>).

Det finns flera olika skäl till att läkemedel inte ingår i förmånssystemet:

TLV har inte beviljat subvention

- På grund av alltför högt pris i relation till visad nytta (= låg kostnadseffektivitet), t.ex. Tyverb (lapatinib) mot bröstcancer och Zytiga (abirateron) mot prostatacancer.
- Avslag baserat på behovs- och solidaritetsprincipen, t.ex. Viagra (sildenafil).
- Ansökan om subvention för icke godkänd indikation, t.ex. Robinul injektionsvätska.
- Företaget aldrig har ansökt om subvention, eller har dragit tillbaka sin ansökan hos TLV (t.ex. Sativex spray).

Läkemedlet har uteslutits ur förmånen efter omvärdering av kostnadseffektiviteten

- Det saknas evidens för att läkemedlet gör någon nytta, t.ex. hostmediciner.
- Läkemedlet används för lindriga tillstånd, och för svårare tillstånd finns andra, mer kostnadseffektiva läkemedel, t.ex. ranitidin och andra H₂-blockare.
- För högt pris i relation till andra medel för samma indikation, t.ex. Losec MUPS (omeprazol), Nexium (esomeprazol) och Vagifem (estradiol).
- Nya studier visar att effekten inte är så god som man först antog, och därmed är priset för högt i förhållande till visad nytta, t.ex. Zostavax (vaccin mot herpes zoster).

Läkemedlet har dragits ut ur förmånen på begäran av företaget

- För att slippa priskonkurrensen genom generikautbyte, t.ex. Atacand (candesartan), exempelvis p-pillren Neovletta, Yasmin och Yaz, samt flera styrkor och förpackningar av Amimox, Heracillin, Spektramox och Doxyferm.
- Företaget räknar med att läkemedlet enbart används i sluten vård och inte förskrivs på recept, t.ex. Midazolam injektionsvätska.

Läkemedel som kan köpas receptfritt

Många receptfria styrkor och förpackningar ingår inte i läkemedelsförmånen.

Problem med läkemedel utan förmån

1. Priset anges inte i FASS, inte heller i VAS eller COSMICS läkemedelsmoduler.

2. Priset för samma läkemedel kan variera mellan olika apotek. Priserna bör finnas på apotekskedjornas hemsidor, men alla apotek har ännu inte denna service.

3. Svårt att jämföra priser mellan olika apotek. Det finns ingen central prisdatabas.

4. Priserna tenderar att öka: företagen kan sätta vilket pris de vill, och apoteken beslutar själva om sin handelsmarginal för läkemedel utan förmån.

Exempel: Sedan Doxyferm togs ut ur förmånen har priset för förpackning med 10 tabletter ökat med i genomsnitt 73 procent. Sedan Vagifem uteslöts ur förmånen 2013 har priset på Vagifem Novo Nordisk 10 µg, 24 styck, ökat med i genomsnitt 30 procent. Sedan 2009 har priset på Mollipect 500 ml ökat med 59 procent.

5. Läkemedel utan förmån får enligt lagen inte bytas mot billigare generika! Farmaceuten kan inte alltid se i sin dator om det finns utbytbara billigare produkter. Om det finns sådana så måste förskrivaren tillfrågas om byte. Uppmana patienten att fråga efter likvärdigt läkemedel med bättre pris!

Vad kan en förskrivare göra?

- Undvik att skriva recept på läkemedel med EF i läkemedelsmodulen!
- Då recept på läkemedel som saknar förmån behöver skrivas, t.ex. ranitidin eller sildenafil, skriv då recept på generika och ange att det får bytas ut.
- Ange »får bytas« på receptet, så kanske det underlättar för farmaceuten på apoteket.
- Informera patienten!

Originalartikel från Ellen Vinge, Läkemedelskommittén Kalmar, omarbetad för jämtländska förhållanden av Kristina Seling, Ordförande Läkemedelskommittén samt distriktsläkare i Föllinge.

Hur mycket ska potensen kosta?

KRISTINA SELING, DISTRIKTLÄKARE FÖLLINGE HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Av de preparat mot erektil dysfunktion som finns är endast Bondil och Caverject förmånsberättigade. Övriga läkemedel saknar förmån.

I midsommartid 2013 gick patentet för Viagra (sildenafil) ut, sedan dess har flera olika sildenafil-preparat registrerats, de allra flesta betydligt billigare än Viagra. Att få ett exakt pris på något av preparaten är inte möjligt då det är upp till tillverkaren och apoteket att sätta vilket pris som helst. På några apotekskedjors hemsidor kan man dock få fram vilket pris de säljer olika preparat för. På Apoteket.se kan man exempelvis se (vid sökning i mitten av november 2014) att priset för Sildenafil Orion 50 mg, 12 st, är 260



kronor medan Viagra 50 mg, 12 st, kostar 1227 kronor. Skriver vi Viagra på receptet så kan det inte bytas mot något generika, men skriver vi däremot recept på något av Sildenafil-preparaten så kan de bytas mot varandra. Fortfarande skriver vi läkare i Jämtlands läns landsting framför allt ut Viagra, vilket då kommer bli minst dubbelt så dyrt per tablett som det dyraste generikat och fyrdubbelt så dyrt som det billigaste. Cialis (tadalafil) förlorar sitt patent tidigast i juli 2017 och Levitra (vardanafil) förlorar sitt tidigast i oktober 2018.

Ju fler psykofarmaka, desto större fallrisk

KRISTINA SELING, DISTRIKTLÄKARE FÖLLINGE HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Att falla och bryta lårbenshalsen påverkar livskvaliteten negativt i alla bemärkelser och är en potentiellt livshotande händelse där 20–25 procent av de med genomgången höftfraktur avlider inom ett år efter händelsen. Störst risk att ramla har äldre kvinnor, risken ökar hos de som bor på SÄBO och risken ökar ytterligare vid medicinering med anxiolytika och/eller antidepressiva.

Ju fler psykofarmaka man står på, desto högre är fallriskrisken, enligt en ny avhandling från Lund^{1, 2}. Däremot såg man inte någon ökad fallrisk vid ökat antal läkemedel som kan orsaka ortostatiska reaktioner (se tabell). Detta styrks dessutom i HYVET, den största blodtrycksstudie som gjorts på patientgruppen 80 år och äldre. I denna studie såg man färre frakturer hos dem som behandlades med tiazid och ACE-hämmare till målblodtryck under 150/80 än hos de vars blodtryck hölls högre.³

Fallrisk-ökande läkemedel	Läkemedel som kan ge ortostatism
Opioider	Kärlvidgande läkemedel, exempelvis nitroglycerin
Neuroleptika	Blodtryckssänkande läkemedel
Anxiolytika	Diuretika
Sömnmedel och lugnande läkemedel	Antidepressiva läkemedel
Antidepressiva	Dopaminerga läkemedel
	Neuroleptika

REFERENSER

1. Milos V et al. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. BMC Geriatrics 2014, 14:40 doi:10.1186/1471-2318-14-40 <http://korta.nu/FE2>
2. Milos Nymberg V. Drug therapy – a challenge in primary care. Assessment of different methods that influence GPs' adherence to guidelines. Doctoral dissertation. Lund 2014. <http://korta.nu/gE2>
3. Peters R et al. The effect of treatment based on a diuretic +/- ACE inhibitor on fractures in the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET). Age Ageing (2010) 39 (5): 609-616. <http://korta.nu/QF2>

Ansvar för patientens ordinerade läkemedel – läkemedelslista

KRISTINA SELING, DISTR.SLÄKARE FÖLLINGE HÄLSOCENTRAL, ORDF. I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN
PER MAGNUSSON, DISTR.LÄKARE JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, INFORMATIONSLÄKARE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Läkarförbundet har, i nära samarbete med LOK (nätverk för Sveriges läkemedelskommittéer), tagit fram en modell för hur ansvaret för läkemedelsordinationer och för patientens samlade läkemedelsbehandling bäst hanteras i olika situationer.

För Jämtlands läns landsting finns rutin för hanteringen av den gemensamma läkemedelslistan: Den

gemensamma läkemedelslistan – gemensamt ansvar.

<http://korta.nu/sT>. Den kommer omarbetas i och med införandet av COSMIC men även för att harmoniera med modellen från Läkarförbundet och LOK.

Jämtlands läns landsting var ett av de första landstingen i Sverige som införde gemensam läkemedelslista över hela länet. Att en gemensam läkemedelslista är

Ansvar för patientens ordinerade läkemedel (läkemedelslista)

Det är vanligt att patienter har flera olika sjukdomar samtidigt som utreds och behandlas av olika personer vid skilda mottagningar eller avdelningar. Ansvaret för patientens behandling måste då delas mellan den som möter patienten för stunden och övriga som behandlar patienten.

Patientperspektivet

Patienten förväntar sig att den läkare som ordinerar en ny behandling tar ansvar för att behandlingen är lämplig samt att den följs upp. Vidare förväntar sig patienten att när han/hon lämnar sin läkare så har denne sett till att även de redan pågående behandlingarna ordinerade av andra läkare fortfarande är lämpliga för patienten, det vill säga tagit hänsyn till eventuella förändringar i patientens hälsotillstånd som skulle kunna påverka dessa. Skälet till denna förväntan är mycket enkel, de andra läkarna var inte närvarande i mötet och kunde alltså inte känna till och handla utifrån förändringar i patientens hälsa.

Läkarperspektivet

En legitimerad läkare är den enda yrkesutövaren inom hälso- och sjukvård som har mandat att under eget ansvar ompröva i princip samtliga pågående behandlingar och utredningar som en patient genomgår oavsett vem som fattat tidigare beslut, även om det är annan läkare. En legitimerad läkare förutsätts kunna ta ställning till patientens samlade sjukdomstillstånd, inklusive olika behandlingar, samt bedöma om tillgänglig information samt den egna kompetensen, är tillräcklig för att själv kunna agera.

De avgörande skälen till varför läkare, men inte andra yrkesutövare inom vården eller apotek, får ordinaera i prin-

cip alla läkemedel är alltså inte enbart kunskap om läkemedel utan även kompetensen att bedöma alla läkemedel mot varandra, mot alla andra behandlingsformer samt göra denna bedömning utifrån patientens samtliga sjukdomstillstånd. Ingen annan yrkesgrupp kan (eller får) ta det ansvaret.

Läkemedel är en vanlig behandlingsform för många olika tillstånd. Det innebär att olika läkare hos en patient kan ha ansvar för skilda läkemedel eller att vilken läkare som har ansvar för ett läkemedel kan variera över tid. I grunden skiljer sig inte ansvarsfrågorna i denna situation från ansvarsfrågorna för samtliga utredningar och behandlingar.

Frågan om hur ansvar ska fördelas är en fråga som till exempel IT inte kan lösa. Frågan om ansvar måste vara löst för att lämpliga arbetssätt ska kunna utvecklas och i förlängningen för att rätt krav ska ställas på utveckling av IT-system inom läkemedelsområdet. Däremot kan ett väl utformat IT-system stödja lämpliga arbetssätt.

Den som ordinerar en viss behandling har det fulla ansvaret för att behandlingen är lämplig för patienten men också för att behandlingen följs upp. Lämplig innebär att behandlingen av den aktuella sjukdomen är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, men också att hänsyn tagits till patientens sjukdomstillstånd i övrigt samt att andra samtidiga behandlingar inte påverkas negativt.

För varje behandling måste den som ansvarar för den göra en bedömning av patientens hälsotillstånd. Om patientens hälsotillstånd förändrat sig så att någon redan pågående behandling behöver omprövas, till exempel genom försämrad njurfunktion, är det den läkare som möter patienten som antingen själv måste ta ansvar för denna omprövning eller se till att annan läkare gör detta.

enbart av godo, framför allt för patienterna, men också tidsbesparande för vården, är inte kontroversiellt över huvud taget.

Vid övergång från VAS patientdatasystem till COSMIC kommer ingen information om tidigare läkemedel att överföras automatiskt. Vid införandet ska därför alla läkemedel manuellt föras över till läkemedelsmodulen i COSMIC. Läkemedelslistan ska överföras i sin helhet, det

får alltså inte förekomma någon ofullständig läkemedelslista i COSMIC.

Överföring kan även starta innan första kontakt. COSMIC läkemedelsgrupp rekommenderar att överföring av läkemedel startar gällande utvalda patienter någon månad innan breddinförandet. Vilka patienter som är aktuella för denna överföring avgörs i respektive verksamhet.

Modell för hur ansvaret för läkemedelsordinationer och för patientens samlade läkemedelsbehandling bäst hanteras i olika situationer.

Socialstyrelsens definition av ordination: ”beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd.”

Sveriges läkarförbund och LOK anser att:

1. Ordination som avser läkemedelsbehandling – **läkemedelsordination** – innebär förutom beslutet om läkemedelsbehandlingen också ansvar för plan för uppföljning och avslutning av behandlingen.
2. Samtliga ändringar av **pågående läkemedelsordinationer** innebär att ett nytt beslut om behandling fattas och innebär alltså en ny läkemedelsordination. Detta gäller till exempel beslut om ändrad dosering eller administrationssätt, ändrad behandlingstid inklusive förnyelse av recept, avslutande av behandling och/eller beslut om en förändrad uppföljning av behandlingen.
3. Varje läkare som ordinerar ett läkemedel har ansvar för att denna ordination är **lämplig** både utifrån patientens hälsotillstånd och övriga läkemedel samt annan pågående behandling eller utredning.
4. Varje läkare som ordinerar ett läkemedel har ansvar för **behandling och uppföljning** av detta läkemedel, om ej annat överenskommit med kollega.
5. Läkaren ska uppmärksamma **patientens hälsotillstånd**. Om hälsotillståndet leder till att en pågående läkemedelsbehandling behöver omvärderas, har läkaren ett ansvar för att hantera detta oavsett vem som ordinerat behandlingen. Detta kan hanteras antingen genom en egen ordination eller genom att säkerställa att annan läkare tar detta ansvar.
6. Under förutsättning att **inget särskilt framkommit** kring patientens hälsotillstånd (se föregående punkt) så tar den läkare som möter patienten inte över ansvar för läkemedelsbehandlingar som är ordinerade sedan tidigare av andra läkare och ej behöver förändras.
7. En **bekräftande läkemedelsordination** innebär dokumentation av oförändrad behandling, behandlingstid och uppföljning av behandling med läkemedel för vilken annan läkare har ansvar för. En bekräftande läkemedelsordination innebär inte att **behandlingsansvaret** tas över men att läkaren, enligt punkt 5, har uppmärksammat patientens hälsotillstånd och bedömt att läkemedelsbehandlingen ej behöver förändras utifrån det som är känt.
8. Att en läkare gör en **bekräftande läkemedelsordination** innebär inte att läkaren tar över ansvaret för uppföljning av behandlingen, om inte särskilda skäl talar för det eller att läkaren själv väljer att göra det.



DE FYRA NORDLIGA LÄKEMEDELSKOMMITTÉERNA INBJUDER TILL

Norrländska läkemedelsdagar

10–11 februari 2015 på Umeå Folkets Hus

TISDAG 10 FEBRUARI

10.00–11.45 Hudinfektioner – när behövs antibiotika och när kan vi avstå?

Moderator: Per Magnusson, informationsläkare, läkemedelskommittén i Jämtland

☛ Bensår

Rut F Öien, docent, distriktsläkare Sårcentrum i Blekinge

☛ Vanliga hudinfektioner i primärvård

Mårten Svensson, distriktsläkare Sundsvall

☛ Infektioner vid stick och bett

Henrik Eliasson, överläkare infektionskliniken i Örebro

11.45–13.00 Lunch

13.00–13.05 Elinor – från offline till online

– evidensbaserad läkemedelsinformation i norr

13.05–14.45 Är det något sjukt med läkemedelsbehandlingen av äldre?

Moderator: Bo Sundqvist, informationsläkare, läkemedelskommittén i Västerbotten

☛ Läkemedelsbehandlingen av de mest sjuka äldre

Gunnar Dahlberg, Informationsläkare, landstinget i Västmanland

☛ Läkemedelsgenomgångar på sjukhuset

Bettina Pfister, apotekare, Västerbottens läns landsting

Jeanette Jonsson, apotekare, Västerbottens läns landsting

14.45–15.15 Kaffe

15.15–17.00 Att följa läkemedel

Moderator: Sven Hagnerud, ordf. i läkemedelskommittén i Norrbotten

☛ Från dokumentation till uppföljning – hur får vi det att hänga ihop?

Helena Palm, utredare inom läkemedelsområdet på SKL, språkkonsult i svenska och molekylärbiolog

Sven Hagnerud, distriktsläkare Norrfjärdens hälsocentral

☛ Det finns evidens för hur förbättring bäst stimuleras – något för ditt läkemedelsarbete?

Sven Engström, distriktsläkare, med dr., Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping

☛ Lokalt läkemedelsarbete på en hälsocentral

Magnus Tufvesson, distriktsläkare och verksamhetschef Hortlax hälsocentral

19.00 Gemensam middag – Äpplet



ONSDAG 11 FEBRUARI

08.15–09.45 Läkemedelsbehandling vid ADHD – vad säger nya nationella riktlinjerna?

Moderator: Maria Lindström, ordf. i läkemedelskommittén i Västernorrland

- Läkemedelsbehandling vid ADHD hos barn
Kerstin Malmberg, överläkare, med. dr, BUP Skärholmen
- Läkemedelsbehandling vid ADHD hos vuxna
Bo Söderpalm, professor i psykiatri vid Sahlgrenska akademien, överläkare vid Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset

9.45–10.15 Fika

10.15–12.00 Det kliar, doktorn! Om hudreaktioner

Moderator: Bertil Ekstedt, ordf. i läkemedelskommittén i Västerbotten

- Eksem
Berndt Stenberg, professor, överläkare, Hud- och STD-kliniken, Umeå universitetssjukhus
- Urtikaria och anafylaxi
Richard Lindström, överläkare, Hud- och STD-kliniken, Umeå

12.00–13.00 Lunch

13.15–14.45 Evidence based medicine: a movement in crisis?

Trisha Greenhalgh, Professor of Primary Health Care and Dean for Research Impact, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London, UK

Trisha Greenhalgh is the author of the best-selling introduction to evidence based medicine "How to read a paper". The book is based on her famous series of articles from 1997 in the BMJ. Her most recent contribution in this field is one of the most read papers in the BMJ this year: Evidence based medicine: a movement in crisis? (<http://korta.nu/ft1>). This is also the topic of her lecture.

Anmälan till Norrländska läkemedelsdagar

För snabb och säker anmälan använd formulär på:

www.lvn.se/anmalan_lakemedelsdagar **Anmälan senast 20 januari 2015.**

Har ni frågor ställer ni dem enklast till: anmalan.kompetenscentrum@lvn.se

Deltagaravgift: 1200 kronor.

Hotellrum, bokas senast 9 januari

Du själv bokar ditt hotellrum. Reserverade hotellrum finns tillgängliga på Hotell Winn fram till den 9 januari. Därefter kan vi inte garantera att rum finns på hotellet. När du reserverar ditt hotellrum, uppge namn, telefonnummer, datum för övernattnig, faktureringsadress, kostnadsställe/ref.kod samt hotellets bokningskod 75260.

Maila din hotellbokning till: kim.orre@choice.se eller co.umea@choice.se

<http://www.choice.se>

Nyheter i läkemedelsboken

Läkemedelsbokens (LB 2014) webbversion, www.lakemedelsboken.se har s.k. responsiv design vilket gör att den anpassar sig för läsning även i surfplattor och mobiltelefoner.

Här följer några nyheter som tillkommit i läkemedelsbokens webbversion:

APL:s extemporeläkemedel med rikslicens kan nu nås och sökas via LB.

LB 2014 visar numera upp produktresuméer för APL:s extemporeläkemedel med rikslicens, t.ex. Metylcellulosa APL, Ögondroppar, lösning 0,5 %; Karbamid i Essex B kräm APL, Kräm 2 %; och Kolkicin APL, Kapsel, hård 0,25 mg. När ett extemporeläkemedel omnämns i texten är dessa klickbara till APL:s produktresuméer på motsvarande sätt som registrerade specialiteters substanser är klickbara till Fass-texter. Därtill kan man söka upp ett extemporeläkemedels produktresumé via LB:s sökfunktion. För hela listan med extemporeläkemedel med rikslicens se <http://korta.nu/RF2>.

Nyheter från Läkemedelsverket och andra myndigheter bevakas och publiceras i LB

Med den nya webbversionen är ambitionen att den ska vara uppdaterad med nyheter, framför allt sådana som kommer ut från Läkemedelsverket och andra myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. Nu har kapitlet Leversjukdomar uppdaterats med Läkemedelsverkets kunskapsunderlag om läkemedelsbehandling av hepatit C-virusinfektion, kapitlet Sjukdomar och läke-

medel under graviditet och amning har fått en fotnot om LV:s nyhet om att en europeisk utredning ger stöd för att paracetamol kan användas under graviditet, för kapitlet Farmakologisk behandling av maligna tumörer har vi bytt ut en referens som avsåg preliminära riktlinjer till slutliga riktlinjer (Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014) samt för kapitlet Narkotikaberoende har LV:s nyhet om att PRAC rekommenderar tillfällig indragning och omformulering av orala metadonlösningar som innehåller povidon med hög molekylvikt lagts in som en fotnot. Se vidare <http://korta.nu/Sp2>.

Uppdaterad text kan visas i rött med en ny funktion

I och med att kapitel uppdateras med ny information har vi tagit fram en ny funktion i webbversionen. Den innebär att man nu kan välja om uppdaterad text ska visas med röd färg, se vidare <http://korta.nu/Tp2>.

Håkan Odeberg

Ordförande i redaktionskommittén för LB

hakan@odeberg.com

Tel: 0455-576 82

Helena Ramström

Redaktör för LB

helena.ramstrom@mpa.se

Tel: 018-16 77 32