

MIX
MiX

LÄKEMEDELSFORUM

ONLINE 4 FEBRUARI 2021

Kongressen genomförs på grund av rådande pandemirestriktioner endast online via Zoom.

Anmälan: regionorebrolan.se/lakemedelsforum

JULTÄVLING

på sista sidan



» Rekommendationer i backspegeln, del 3 av 3. Sid 6–7.



Josefine Flintberg och Eva Sving

Säker läkemedelsordination

-ett arbetssätt för ökad patientsäkerhet och förbättrad arbetsmiljö

Hösten 2017 gick det ut en enkät till läkarna i slutenvården om enkel läkemedelsgenomgång och hur följsamheten till rutinen kan förbättras. Det blev startskottet för ett nära samarbete mellan chefsjuksköterska och kliniska apotekare för att arbeta med implementering av rutinen för läkemedelsgenomgångar med fokus på enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse. Arbetet kallas säker läkemedelsordination.

Enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse är två begrepp som Socialstyrelsen har skapat för att kunna öka tillgången till en aktuell och uppdaterad läkemedelslista för patienten och vården samt att kommunikationen mellan slutenvård och primärvård ska bli bättre.

Eva Sving, chefsjuksköterska, och Josefine Flintberg, klinisk apotekare, har varit involverade i arbetet sedan start tillsammans med chefläkare, läkemedelskommittén och medicinsk rådgivare.

– Vi kom fram till att vår roll ska vara rådgivande och att det är verksamheterna som ska driva arbetet. Vår utgångspunkt är alltså att vi låter verksamheterna jobba med sina egna styrkor och hinder istället för att komma med en färdig lösning som ska appliceras på varje enhet, säger Eva.

Det är Eva Sving som är implementeringsledare och resonerar kring hur man strategiskt och systematiskt kan jobba med implementering av rutinen i verksamheterna. Apotekarna är med för att kunna diskutera hur man praktiskt kan arbeta med rutinen och svara på detaljfrågor kring rutinen. Det är Josefine och Mari Furucrona (föräldradedig för tillfället) som jobbar med detta som kliniska apotekare.

Arbetet är regionövergripande och i verksamhetsplanen för 2021 är målet att 50 procent av läkarbesöken i Region Gävleborg ska ha en enkel läkemedelsgenomgång. För att kunna mäta detta följs åtgärdskod för enkel läkemedelsgenomgång. För att följa kvaliteten på de enkla läkemedelsgenomgångarna och läkemedelsberättelserna gör vi journalgranskningar.

FORTS. PÅ SID 2

LÄS MER

- Antibiotika: Förändrade definitioner i resistensbeskeden... 3
- Fråga apotekaren..... 3
- Uppföljning av förskrivningsmål i Region Gävleborg 2020.....4–5

Eva Sving och Josefine Flintberg jobbar med det regionövergripande arbetet med säker läkemedelsordination. Mari Furucrona saknas på bilden på grund av föräldradedighet.

– Då tar vi stickprov från journalen för att se hur man hanterar läkemedelsordinationer, exempelvis att man uppdaterar aktuella ordinationer, skriver läkemedelsberättelse till patient och till nästa vårdgivare. Det finns även enstaka frågor i den nationella patientenkäten som handlar om vårt arbete som vi tar del av och följer, berättar Josefine

– Vi gör ju det här för patientens skull. Patienten har alltid rätt att få en uppdaterad läkemedelslista med sig där det inte står gamla antibiotikarecept eller infusioner kvar, fyller Eva i.

I tabellerna här intill kan man se att åtgärdskodningen har förbättrats från föregående år, även om det är en bit kvar till målet på regionövergripande nivå på 50 procent. Primärvården väntar på en rutin som håller på att sammanställas för att göra det möjligt att fler yrkeskategorier ska kunna vara behjälpliga i arbetet med enkel läkemedelsgenomgång. Därefter kommer även slutenvårdsrutinen uppdateras med detta.

– Det har blivit mycket fokus på åtgärdskodningen av enkel läkemedelsgenomgång. Det viktiga är ju att man gör jobbet, åtgärdskodningen är bara ett sätt att mäta att vi gör det, berättar Josefine.

Inom några år kommer även ett gemensamt journalsystem som vi hoppas kommer underlätta arbetet eftersom det då bara är ett system som man behöver lära sig att hitta i.

Jobbet med enkel läkemedelsgenomgång kommer ändå att behöva göras – ordinationerna måste ju hållas uppdaterade. Det kommer dock att vara mycket lättare att hitta vilka läkemedel som kan vara aktuella för patienten. Bättre anpassade system kommer alltså att underlätta arbetet.

Enheter som har arbetat med det här en längre tid har sagt att de inte bara ser fördelar ur ett patientsäkerhetsperspektiv utan också att de ser förbättringar i arbetsmiljön, med exempelvis mer tid för patienten. Både arbetsmiljön och patientsäkerheten bli bättre om de aktuella ordinationerna är korrekta. Om alla arbetar likartat så patienten går från läkarbesök med en korrekt läkemedelslista underlättas även arbetet vid nästa besök i hälso- och sjukvården.

Josefine Flintberg klinisk apotekare
Eva Sving chefsjuksköterska

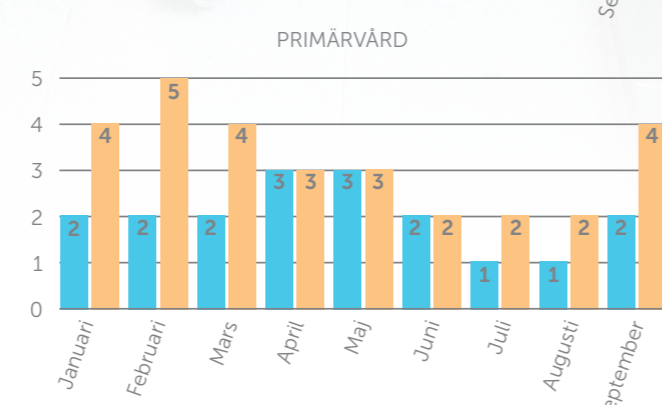
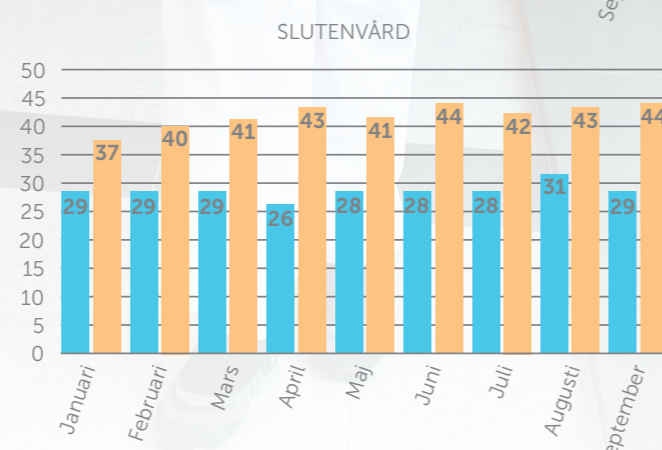
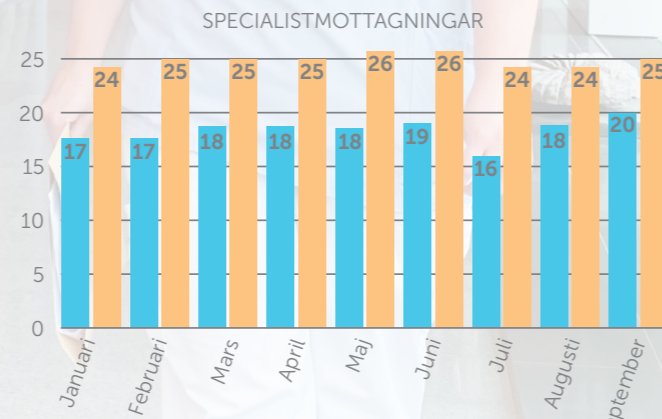
FAKTARUTA

Enkel läkemedelsgenomgång:

Syftar till att patienten och vårdgivaren ska ha en aktuell och uppdaterad läkemedelslista och att läkemedelsbehandlingen ska vara ändamålsenlig och säker.

Läkemedelsberättelse:

För att förbättra kommunikationen mellan slutenvård och primärvård finns läkemedelsberättelse. Läkemedelsberättelse skrivs från slutenvård till primärvård.



Tabellerna visar andelen åtgärdskodade enkla läkemedelsgenomgångar av alla läkarbesök 2020 (orange stapel) jämfört med 2019 (blå stapel) i primärvården, slutenvård och specialistmottagningar inom Region Gävleborg. Bollnäs sjukhus ej inräknat.

Antibiotika: Förändrade definitioner i resistensbeskeden

Definitionerna i resistensbeskeden har förändrats. Bakteriers känslighet för olika antibiotika svaras ut med bokstäverna S, I och R. De flesta vet nog hur S och R ska läsas ut, men vad betyder egentligen I?

Enligt de nya definitioner som gäller sedan årsskiftet 2019-2020, ska I utläsas som "känslig vid hög exponering" (engelska: "susceptible, increased exposure").

– Det här betyder att bakterien är känslig för preparatet, men det behövs en hög exponering. Det gör man vanligtvis genom en ökad dosering av preparatet, säger Robin Razmi, specialläkare, infektion i Gävle och verksam i Strama Gävleborg, Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Resistensbestämning för Pseudomonas aeruginosa

Förändringen kan illustreras genom en resistensbestämning för Pseudomonas aeruginosa enligt den gamla och den nya terminologin.

FAKTA

Vid frågor och funderingar kan du alltid konsultera en infektionsläkare. Kontakt infektionskonsult: Sökare 111.

Nyfiken på frågor om strama?

Resistenta (motståndskraftiga) bakterier ökar oroande snabbt, vanliga infektioner blir svårare att bota. Världshälsoorganisationen (WHO) menar att antibiotikaresistenta bakteriestammar är ett av våra största globala folkhälsoproblem.

LÄS MER:

regiongavleborg.se/strama/

Pseudomonas aeruginosa är naturligt antibiotikaresistent, och för att få effekt mot denna bakterie krävs en högre dos av de flesta preparat.

– Enligt de nya definitionerna kommer flera preparat alltså svaras som I mot Pseudomonas aeruginosa, vilket inte ska tolkas som att dessa preparat är olämpliga, förklarar Robin Razmi.

Kan påverka resistensutvecklingen

Att definitionerna i resistensbeskeden har förändrats är viktigt av flera anledningar.

– Om du, till exempel som förskrivande läkare, inte har kännedom om det här finns en risk för att du undviker de preparat som besvarats I, till förmån för ekologiskt mer ogynnsamma alternativ. Risken är då att det ges för bred antibiotika och på fel indikationer.

I förlängningen driver det här utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier, konstaterar Robin Razmi.

2019	2020	
> 100 000 cfu/mL Pseudomonas aeruginosa	> 100 000 cfu/mL Pseudomonas aeruginosa	
Ceftazidim	S Ceftazidim	I
Ciprofloxacin	S Ciprofloxacin	I
Gentamicin	S Gentamicin	S
Imipenem	S Imipenem	I
Meropenem	S Meropenem	S
Piperacillin/tazobaktam	S Piperacillin/tazobaktam	I
	I – Känslig vid ökad exponering. Observera att definitionerna i SIR-systemet uppdaterats!	

Exempel på hur en resistensbestämning för pseudomonas aeruginosa av så kallad vildtyp (det vill säga utan förvärvade resistensmekanismer) ser ut enligt de gamla och nya SIR-definitionerna. Observera att bakteriens känslighet inte ändrats mellan 2019 och 2020, men att definitionerna – och därmed svaret – har förändrats.



FRÅGA APOTEKAREN

FRÅGA: Patient med hypertoni. Hen har en måttligt försämrad njurfunktion, behöver jag dosjustera angiotensinreceptorblockerare (ARB) likväl som ACE-hämmare?

SVAR: De flesta ACE-hämmare har en betydande renal elimination varför dosen behöver sänkas vid nedsatt njurfunktion. Majoriteten av ARB har däremot en metabol elimination och dosreduktion behövs inte vid nedsatt njurfunktion. Losartan behöver inte dosjusteras. En ARB har dock betydande

renal elimination, kandesartan, som bör undvikas vid mycket gravt nedsatt njurfunktion eller njurinsufficiens, det vill säga vid eGFR <15 ml/min. För valsartan och telmisartan finns mycket begränsad data vid kraftigt nedsatt njurfunktion.

Uppföljning av förskrivningsmål i Region Gävleborg 2020

Förskrivningsmålens syfte är att vara en vägledning till att göra kloka preparatval, kvalitetsmässigt för att individen ska få en säker och effektiv behandling, såväl som ekonomiskt för att tillgängliga resurser ska användas till största möjliga nytta.

Narkotikaförskrivningen fortsätter att minska inom Region Gävleborg, både i antal behandlade individer och i uthämtad mängd per år. År 2016 hämtade 52 552 personer i Gävleborg ut narkotikaklassade läkemedel på apotek och under de följande åren 50 499 (2017), 47 476 (2018) respektive 43 653 personer (2019). Hittills 2020, perioden januari – september, är antalet 34 867 personer. Minskningen här utgörs i huvudsak av förskrivning av preparat med morfin, kodein, tramadol och zopiklon. Oxikodon exklusive kombinationer samt buprenorfin ökar fortfarande svagt både i primärvård och i slutenvård.

Härtill ökar även den genomsnittliga mängden narkotikaklassade läkemedel varje patient hämtar ut, från 169 dygnsdoser år 2016 till 185 dygnsdoser 2019. Patienter som hämtar ut narkotika på recept från slutenvården tenderar att erhålla större mängder än de som enbart har recept från primärvård.

19 hälsocentraler når läkemedelskommitténs nuvarande förskrivningsmål för narkotika, det vill säga högst 1000 dygnsdoser per 1000 listningspoäng, och genomsnittet för alla hälsocentraler är bara strax över målet. 2015 var det endast fyra hälsocentraler som låg under den nivån. I slutenvården kan mål och jämförelser mellan enheter inte definieras och utföras på samma sätt, eftersom nämnaren i kvoten är mer komplex.

Samtliga regioners förskrivning av narkotika minskar, men takten är något högre i övriga riket än i Gävleborg.

Förskrivningen av hostmedicin med etylmorfin är idag en tredjedel av vad den var 2016, men den största minskning-

en har skett de senaste 24 månaderna. Nästan all förskrivning härrör från primärvård, men en tydlig minskning på 40 procent ses även i slutenvård. För närvarande hämtar Gävleborgs patienter ut 5,1 ml per person per år, medan genomsnittet i landet är 9,4 ml, i januari 2016 var volymen 16,6 respektive 16,8 ml. Antalet patienter som hämtar ut hostmedicin med etylmorfin är idag cirka 3200 för den senaste tolv månadersperioden, motsvarande en tredjedel av antalet 2017. Alla regioner uppvisar samma trend och inga larmrapporter om underbehandling av hosta har framkommit.

Pregabalin

Pregabalin rekommenderas av Läkemedelsverket jämte gabapentin, TCA och SNRI-preparat vid behandling av neuropatisk smärta. Men substansen är narkotikaklassad och beroendeframkallande så användningen är inte problemfri. Kostnaden för pregabalin uthämtat på recept har minskat med 24 procent sedan september 2018, medan mängden (definierade dygnsdoser, DDD) ökat 2 procent samma period. Primärvården står för hela ökningen. På grund av indikation för epilepsi får inte preparat med pregabalin bytas ut på apotek, så kostnaden har varit hög då originalpreparatet har ett pris som är dubbelt så högt som genomsnittsgenerika. Andelen generika ökar alltjämt och är nu över 50 procent i regionen som helhet, vilket lett till en besparing på 1,8 miljoner kronor det senaste året, jämfört med om all förskrivning hade avsett originalpreparat.

Äldre

Läkemedelsförbrukningen ökar med stigande ålder och 40 procent av alla receptexpeditioner på apotek avser läkemedel till personer som är 75 år och äldre. Förskrivningsmålet för Äldre inbegriper läkemedel med stor risk för biverkningar i gruppen patienter 75 år och äldre. Behandlingen med dessa läkemedel bör följas upp och omprövas ofta. Socialstyrelsen anger att högst 65 DDD per tusen invånare 75

år och äldre och dygn utgör ett riktmärke, och för hälsocentralerna har läkemedelskommittén anpassat målet till 40 DDD per tusen listade i patientgruppen. I en nationell jämförelse är Gävleborg en av nio regioner som under den senaste tolv månadersperioden ligger under riktmärket och har en minskande trend – 10 procent jämfört med föregående tolv månadersperiod. Av hälsocentralerna är det 15 som har en lägre förskrivning än läkemedelskommitténs mål under senaste året och genomsnittet ligger på 42,1 DDD. Spridningen är 23,7 – 87,8 DDD per 100 listade patienter 75 år och äldre.

Diabetes typ 2

Antalet patienter som hämtar ut insulin på recept från primärvården har minskat från 5200 år 2016 till 4800 individer under 2019, och till 4500 individer hittills under januari – september 2020. Snabbverkande insuliner, medellångverkande NPH-insuliner och mixinsuliner har stått för minskningen medan de långverkande ökat med ett tjugotal individer varje år. I medeltal 87 procent av alla som hämtar ut insulin använder medel- eller långverkande, och i valet mellan dessa finns stora pengar att spara. Priset per dygn kan skilja så mycket som 8 gånger mellan billigaste NPH-insulin och dyraste långverkande produkten. I det fall alla med långverkande insulin hade använt NPH-insulin skulle den totala kostnaden minska med 5,8 miljoner kronor per år, men en rimlig nivå är att 20 procent har medicinskt behov av långverkande. Därför är läkemedelskommitténs mål att 80 procent av den uthämtade mängden ska utgöras av medellångverkande insulin. Men endast fem av hälsocentralerna når detta mål, och tyvärr går utvecklingen åt motsatt håll, om än svagt.

Primärvårdens kostnader för insulin har minskat något på senare tid, till 19,9 miljoner kronor per år, efter att ha legat stabilt över 20 miljoner kr i flera år. Minskningen började i april 2018 och i takt med att nya preparat blir tillgängliga och rekommendationer på nationell och regional nivå anpassas dröjer det längre innan patienter med diabetes typ 2 behöver använda insulin.

Samtidigt som minskningen av insulin inleddes under våren 2018, passerade primärvårdens kostnader för andra

blodglukossänkande läkemedel kostnaden för insulin, och är två och ett halvt år senare dubbelt så hög – 39 miljoner kronor per år.

Astma/KOL

I gruppen inhalationsläkemedel med kortikosteroider i kombination med långverkande β_2 -agonister finns ett stort urval av preparat. Av dessa rekommenderas två, Bufomix Easyhailer och Innovair. Läkemedelskommitténs mål är att minst 70 procent av primärvårdens förskrivning ska utgöras av dessa preparat. Sett till den uthämtade mängden rekommenderade preparat perioden januari – september 2020 har 10 hälsocentraler 70 procent eller mer. Genomsnittet för hela primärvården ligger på 59 procent.

Antalet patienter har varit ganska oförändrat sedan några år, omkring 6 400–6 500 individer, men andelen som använder rekommenderade preparat har ökat från 38 procent år 2016 till 64 procent under januari – september 2020.

Miljö

Från att ha varit den region med sjätte högst förskrivning av diklofenak så sent som 2018, är Gävleborgspatienterna nu de som hämtar ut näst minst diklofenak i landet, efter Västernorrland. Den uthämtade mängden peroralt diklofenak har minskat med 57 procent på 24 månader. Den receptfria försäljningen var som störst 2016 och utgjorde då 27 procent av den totala försålda mängden.

Efter en studie om risk för hjärtkärlbiverkningar publicerad 2018 blev perorala beredningar med diklofenak åter receptbelagda i juni 2020. Diklofenakinnehållande geler är fortsatt receptfria trots att de är en större miljörisk, vilket varit känt sedan millennieskiftet, och eftersom de inte medför några hjärtkärlbiverkningar. Gelerna säljs nästan enbart utan recept på apotek och i livsmedelsaffärer, där möjligheten att påverka konsumtionen är begränsad. Antalet sålda förpackningar med geler har ändå mer än halverats sedan toppåret 2016, vilket förhoppningsvis tyder på att befolkningen sakteligen tar till sig informationen gällande negativ miljöpåverkan.

Tobias Westin
apotekare

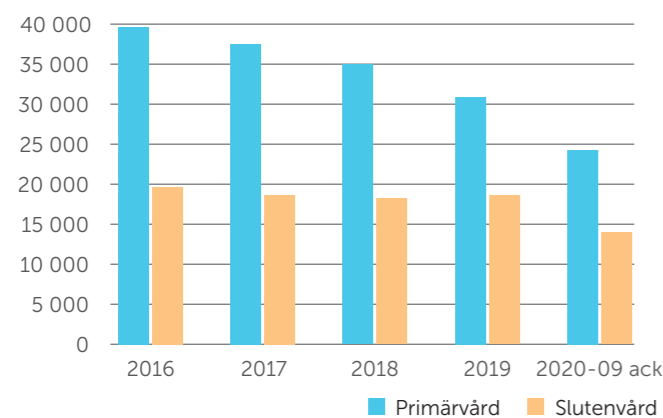


Bild 1. Antalet individer som hämtat ut narkotikaklassade läkemedel i ATC-grupp N & R under tidigare år samt under januari – september 2020. En av sju hämtar ut på recept från både slutenvård och primärvård.

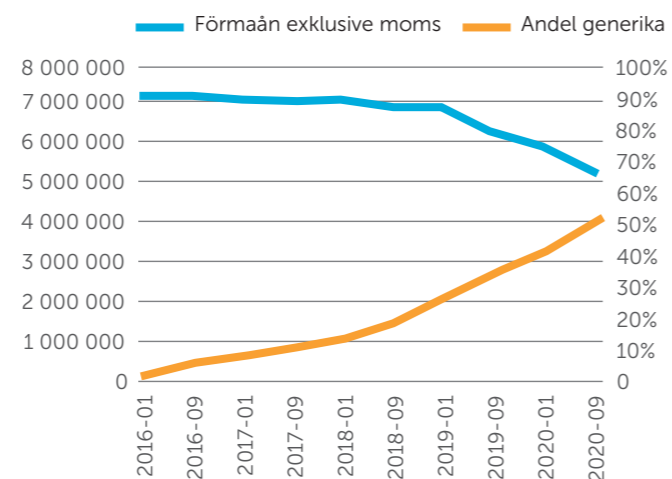


Bild 2. I takt med att andelen generiskt pregabalin ökar, minskar den årliga kostnaden. Med dagens priser skulle besparingen kunna vara ytterligare 1,7 miljoner kr årligen om all förskrivning avsåg generika.

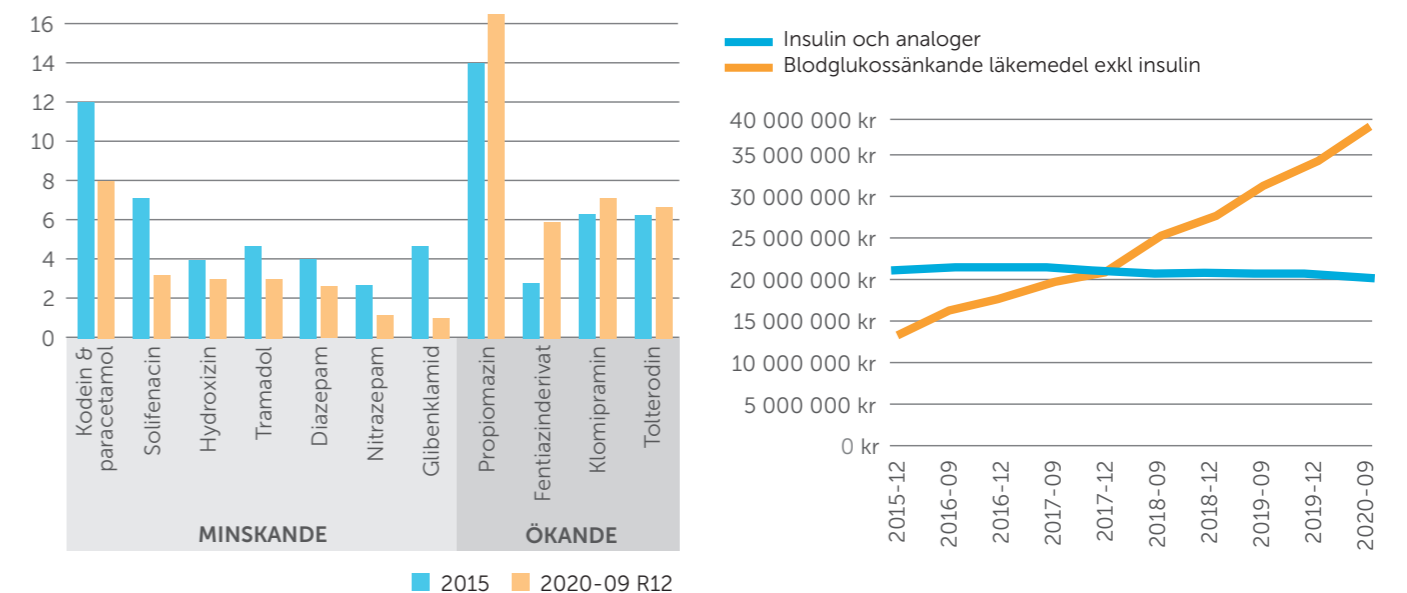


Bild 3. DDD per 1000 invånare 75 år och äldre per dag. Propiomazin och fentiazinderivatet alimemazin och prometazin ökar mest, medan kodein, tramadol och glibenklamid minskar mest.

Bild 4. Förmånskostnad R12 för uthämtad mängd insulin respektive blodglukossänkande läkemedel exklusive insulin på recept från primärvården.

Rekommendationer i backspegeln, del 3

Hur står sig läkemedelskommitténs rekommendationer om läkemedel med "facit i hand"? Vi som tidigare arbetat länge i LK Gävleborg gör här en tillbakablick på tidigare rekommendationer. I förra numret av MiX gick vi igenom NOAK, statiner och läkemedel vid viktreduktion. Här kommer sista delen av artikelserien där vi tar upp hur LK:s rekommendationer kring läkemedel vid neuropatisk smärta, coxiber, diklofenak samt kinoloner sett ut.

Neuropatisk smärta

Gabapentin (Neurontin) godkändes i mitten av 1990-talet på indikationen epilepsi. I LK-rek 2001-2002 rekommenderades följande behandlingsstrategi mot neuropatisk smärta: Som första steg TENS. Bland läkemedlen var amitriptylin (Tryptizol, Saroten) förstahandsmedel. Som andrahandsmedel kunde antiepileptika användas, bland annat gabapentin. Gabapentin var då ännu inte godkänt för smärtbehandling, men LK bedömde att dokumentationen för den effekten var tillräckligt god.

År 2004 gick patentet på gabapentin ut. Problemet var att Neurontin och generiskt gabapentin inte var utbytbara. Det grundade sig på epilepsiindikationen, men Neurontin förskrevs till absolut största delen mot smärta, där små skillnader i farmakokinetik inte hade betydelse. Prisskillnaden mellan Neurontin och generiskt gabapentin var stor och miljontals kronor slösades bort i onödan. LK gjorde flera informationsinsatser för ökad användning av generiskt gabapentin.

Det andra som hände 2004 var lanseringen av pregabalin (Lyrica) med liknande verkningsmekanism (påverkar subenheten alfa-2-delta i spänningsstyrda kalciumkanaler). Då fick LK föra fram två budskap samtidigt: Förskriv gabapentin och inte pregabalin! Förskriv generiskt gabapentin och inte Neurontin!

Pregabalin började nu också användas alltmer på indikationen ångest. År 2010 kom varningssignaler från beroendemottagningen i Hudiksvall att man hade erfarit missbruk och beroende.

Användningen av pregabalin ökade både i riket och i Gävleborgs län och 2011 förskrevs fler dygnsdoser av detta än av gabapentin. Nu ingrep TLV och pregabalin fick begränsad subvention, endast till patienter som inte nått behandlingsmålet med amitriptylin eller gabapentin. Efterlevnaden till subventionsbeslutet var dock låg, särskilt i vårt län där bara 44 procent av förskrivningen var enligt reglerna.

I LK-rek 2015-2016 rekommenderades fortfarande läkemedlen amitriptylin och gabapentin mot neuropatisk smärta. Pregabalin nämndes ej.

I LK-rek 2019-2020 är första steget fortfarande TENS. Bland läkemedlen kommer amitriptylin först, sedan gaba-

ORGANISATION

Från början fanns fyra lokala LK i Gävleborgs län men så småningom gick kommittéerna i Bollnäs och Söderhamn samman.

LK Gävleborg bildades 1997 genom sammanslagning av de tre kommittéerna i norra Hälsingland, södra Hälsingland och Gästrikland. Den första gemensamma rekommendationslistan publicerades 1999.

pentin. Pregabalin utgör tredjehandsvalet men har begränsad subvention, risk för missbruk och beroende (narkotikaklassat) samt byts inte ut automatiskt på apotek på grund av indikationen epilepsi.

Sammanfattningsvis kan man säga att rekommendationerna från 2001 fortfarande står sig. Även varningarna för beroende och missbruk av pregabalin visade sig vara berättigade. Tyvärr förskrevs inte generiskt gabapentin i den utsträckning som hade varit möjlig och därmed slösades resurser bort i onödan. Den historien ser ut att upprepa sig vad gäller Lyrica och generiskt pregabalin.

Coxiber

År 1999 registrerades rofecoxib (Vioxx), en selektiv cox-2-hämmare utan effekt på cox-1. Till skillnad mot övriga NSAID hade den färre magbiverkningar. Medlet lanserades med en massiv reklamkampanj, där man även lyckades få in artiklar i dagspressen, och användningen sköt i höjden.

I MiX skrev LK då en artikel där vi redogjorde för medlets för- och nackdelar, samt varnade för okända långtidseffekter. Informationsapotekerna upprepade också budskapet. Efter ett år var förskrivningen av coxiber i Gävleborgs län den lägsta i landet. LK fortsatte att mana till försiktighet.

Ingen coxib togs in på LK:s rekommendationslista 2001 och orsaken motiverades både vid lanseringsmöten och i MiX.

Nu började det rapporteras om en ökad risk för hjärtbiverkningar, vilket påtalades när coxiberna inte heller kom med på rekommendationslistan 2003. En minskad använd-

ning av alla NSAID, inklusive coxiber var ett av LK:s förskrivningsmål 2003 och 2004.

År 2004 blev rofecoxib indraget efter att nya studier visat ökad risk för stroke och hjärtinfarkt.

Diklofenak (Voltaren)

Diklofenak i tablettform hade funnits på rekommendationslistan i södra Hälsingland, men inte på listorna i norra Hälsingland eller i Gästrikland. Vid sammanslagningen av läkemedelskommittéerna togs medlet in på den gemensamma länslistan 1999.

Det ströks dock från listan 2005. I spåren av rofecoxibs indragning studerades även andra NSAID och risken för hjärt- och kärlbiverkningar. År 2006 kom två metaanalyser som båda visade att diklofenak medförde en ökad risk för sådana biverkningar, vilket LK informerade förskrivarna om upprepade gånger. LK rapporterade också om miljöskadande effekter av diklofenak.

LK Gävleborg har fortsatt att avråda från användning av diklofenak, både av miljöskäl och av biverkningsskäl. Man uppmanade förskrivarna att undvika diklofenak då det var ett "särskilt förorenande ämne". År 2018 satte LK som förskrivningsmål att användningen skulle minskas till noll.

Diklofenak tabletter har gått att köpa utan recept, men i juni 2020 blev medlet receptbelagt, på grund av risken för hjärt- och kärlbiverkningar.

Kinoloner

Norfloxacin (Lexinor), en fluorokinolon, marknadsfördes i början som ett förstahandsmedel mot urinvägsinfektioner (UVI). År 1991 framhöll LK att det var ett förstahandsmedel mot övre UVI men bara ett alternativt preparat vid nedre UVI. Preparatet började dock användas alltmer även som förstahandspreparat vid nedre UVI hos kvinnor.

Rekommendationerna om minskad användning av kinoloner återkom flera gånger och 2003 sattes det upp som ett av flera förskrivningsmål.

År 2006 hade resistensen mot kinoloner bland e-coli ökat från två till elva procent på tio år. Förskrivningen av kinoloner var hög i länet och 2007 drog LK igång en ny kampanj för minskad användning vid distala UVI. Året efter hörde Gävleborg till de län i Sverige som hade lägst andel kinoloner bland medel för UVI hos kvinnor.

Bedömningen att vara restriktiv med kinoloner delas av STRAMA även idag.

FÖRKORTNINGAR

LK Läkemedelskommittén

LK-rek Läkemedelskommitténs förteckning över rekommenderade läkemedel och behandlingsråd. Ny lista har arbetats fram vartannat år.

MiX "Mediciner i X-län", LK:s tidning i Gävleborg. Utkommer med fyra nummer per år sedan 1998.

TLV Den statliga myndighet som avgör om ett läkemedel omfattas av läkemedelsförmånen och eventuella begränsningar.

STRAMA Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.

Diskussion

Under vår tid i LK introducerades många nya läkemedel. Fungerade LK då som en bromskloss som fördröjde införandet av bättre behandlingar? Eller var LK:s roll att ge balanserad information för att undvika att läkemedel med osäker effekt, okända biverkningar och höga kostnader tidigt fick för stor användning?

Det finns några fall där man med facit i hand kan se att ett nytt läkemedel visat sig vara till nytta för patienterna men där LK i början avvaktade i väntan på mer kunskap. Det gäller t ex NOAK och simvastatin, kanske även GLP-1-analogerna om deras gynnsamma effekt kan påvisas i fler studier.

I flera fall rekommenderade LK begränsad användning av vissa läkemedel och dessa ställningstaganden håller än idag, som t ex kinoloner, diklofenak, klopidogrel, oxikodon och PPI.

I många fall visade det sig ha varit klokt att inta en avvaktande inställning. Efter kort tids användning framkom en negativ balans mellan effekt och biverkningar så att preparaten avregistrerades. Det gäller t ex roziglitazon (Avandia), rofecoxib (Vioxx) och rimonabant (Acomplia).

Författare

Per-Henrik Back

Informationsapotekare, sekreterare i LK, 1985 – 2014

Stefan Back

Ordförande i LK, 1987 – 2014

Peter Rosenberg

Informationsläkare i LK, 1990 – 2014

Tidigare medlemmar i LK Gästrikland och LK Gävleborg



