

Substans

En tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Nr.3 juni 2014

ORD FÖR ORD

Den regionala läkemedelsdagen 21 maj inleddes med en påminnelse om Läkemedelskommitténs fokusområden och aktiviteter kring dessa:

- Ökad behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer
 - Genomförda regionala utbildningar i maj
- Minskad användning av sömnläkemedel
 - Handlingsplan finns och arbete pågår
- Ökad osteoporosbehandling
 - Vårdprocess framtagen utifrån regionuppdrag
- Vitamin D-behandling endast vid diagnosticerad brist
 - Nya Regionala Medicinska Riktlinjer på gång
- Rätt läkemedelsbehandling till äldre
 - Utbildningar om läkemedelsgenomgång mm (se baksidan)

Glädjande med så mycket aktiviteter!

Dagen fortsatte med intressanta föredrag av våra egna terapigrupper samt andra regionala experter: Biverkningsrapportering, diabetes typ 2, KOL, antibiotikaförskrivningen, dostjänsten. Slutligen gavs ett gästföredrag av Hans Gilljam från Karolinska Institutet om läkemedelsbehandling vid rökstopp. Presentationerna finns att ladda ner på: www.vgregion.se/lakemedel/utbildning

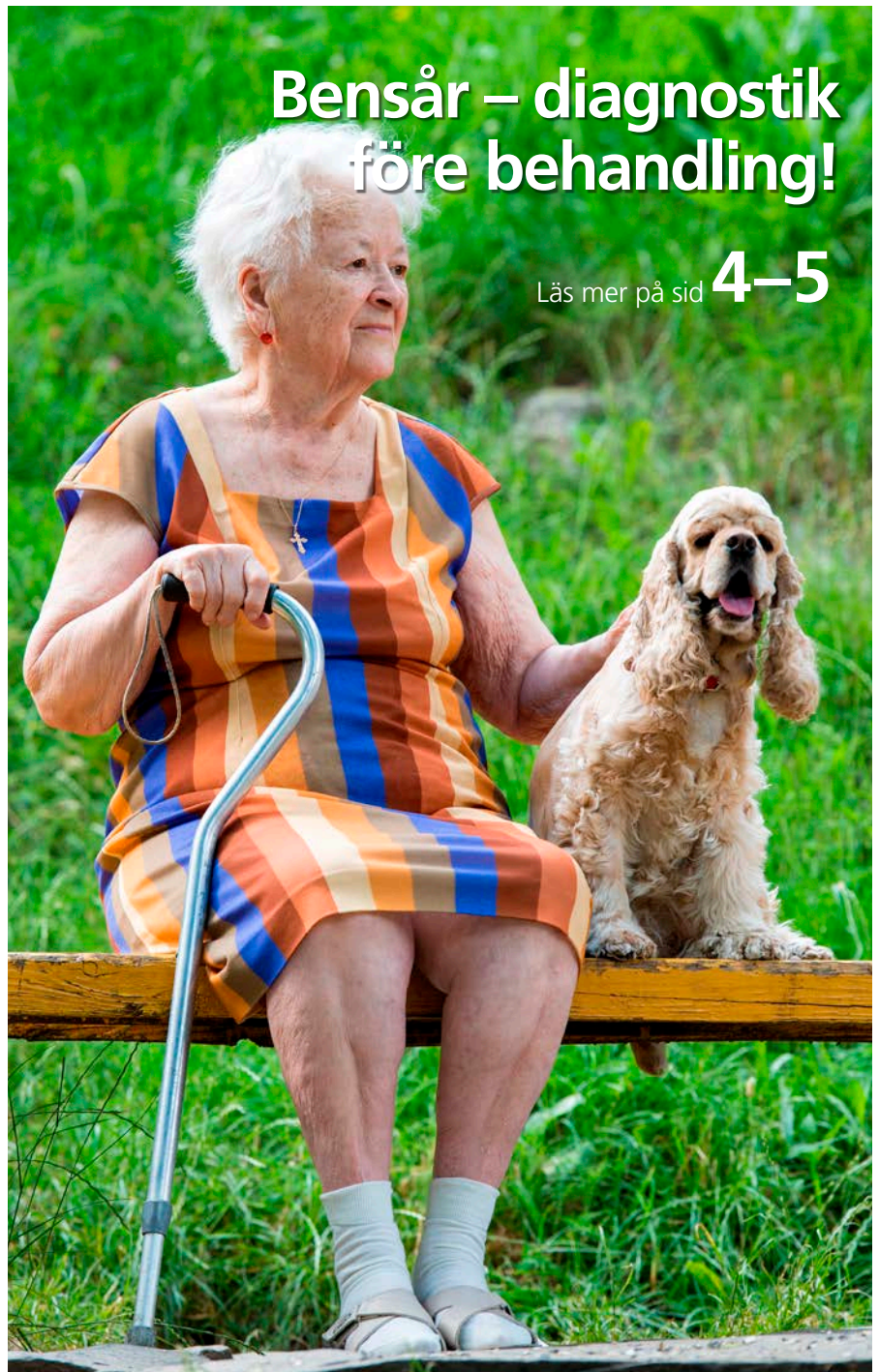
Läkemedelskommittén ser med tillförsikt fram mot hösten. Nästa läkemedelsdag är den 4 november.

Trevlig sommar!

Läkemedelskommittén

Regionala Medicinska Riktlinjer för behandling av hjärtsvikt

Läs mer på sidan **2**



Bensår – diagnostik före behandling!

Läs mer på sid **4-5**

Peroral antikoagulantia vid venös tromboembolism - vad gäller?

Läs mer på sidan **3**

Prognos för läkemedelskostnaderna i VGR 2014-2105

Läs mer på sidorna **6-7**

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

Nyheter

Med detta nummer följer en uppdaterad Regional Medicinsk Riktlinje för behandling av kronisk hjärtsvikt. Riktlinjen är framtagen av en arbetsgrupp utgående från Terapigrupp Hjärta-kärl. Här ges en kort introduktion. Alla riktlinjer hittas elektroniskt på: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

REVIDERAD REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE – LÄKEMEDEL: Behandling av kronisk systolisk hjärtsvikt

Riktlinjerna är uppdaterade som led i en allmän översyn. Den tidigare versionen är från 2008, så det var verkligen dags nu. Grundprinciperna är dock oförändrade. Alla patienter med hjärtsvikt och sänkt ejektionsfraktion bör ges ACE-hämmare (enalapril) och betablockerare (bisoprolol).

Angiotensinreceptorblockerare (ARB; kandesartan) kan som tidigare ges vid intolerans mot ACE-hämmare såsom t. ex. hosta. ARB är inte ett alternativ vid hypotoni, njursvikt eller hyperkalemi.

En nyhet är att mineralreceptorantagonister (MRA) har fått en mer framträdande roll. Om patienten har kvarstående hjärtsviktssymtom trots ACE-hämmare/ARB och betablockad bör en MRA ges som tillägg.

Spironolakton är förstahandspreparat. I andra hand ges eplerenon (Inspra), en nyare MRA som har färre endokrina biverkningar (framförallt gynekomasti). Eplerenon har god dokumentation vid hjärtsvikt efter akut hjärtinfarkt samt vid funktionsklass NYHA II. Kalium och kreatinin måste följas regelbundet för MRA. Viss stegring kan accepteras, liksom för ACE-hämmare. Se riktlinjerna för detaljer.

Kombinationen ACE-hämmare+MRA rekommenderas före ACE-hämmare+ARB. Alla tre formerna av RAAS-blockad ska inte kombineras pga. hög biverkningsrisk (RAAS=ReninAngiotensinAldosteronSystemet).

Diuretika (furosemid) ges i första hand vid akut inkompensation. Vid kronisk

hjärtsvikt ges diuretika endast vid vätske- retention som lungstas och/eller ödem. Låg dos eftersträvas eftersom diuretika aktiverar RAAS. Helst ska diuretika undvaras helt vid stabil hjärtsvikt.

I riktlinjerna anges nu ivabradin (Procorolan) som möjligt tillägg vid sinusrytm när betablockerare ger otillräcklig frekvensreglering. Vidare har cardiac resynchronisation therapy – CRT, svikt-pacemaker, fått en mer framträdande roll när farmakologisk behandling är otillräcklig. För dessa terapier bör specialist konsulteras.

Nu i sommartid är det värt att påminna patienter med RAAS-läkemedel om att tillfälligt sluta med dessa om de skulle drabbas av akut dehydrering, som exempelvis magsjuka, särskilt vid värmebölja. Annars finns risk för elektrolytstörningar och försämrad njurfunktion.

Terapigrupp Hjärta-kärl

SUBSTANS KOLLAR LÄGET HOS:

Medlemmar:

Dick Stockelberg, ordförande, Hematologi, SU

Sara Sjöberg, sekreterare, apotekare, SU

Fariba Baghaei, Koagulationscentrum, SU

Anita Gustafsson, sjuksköterska, AK-mottagningen, NU-sjukvården

Gert Jensen, Njurmedicin, SU

Tomas Jonson, Medicin, SÅS

Lene Karlsson, Barncancercentrum, SU

Ulla Nathorst-Westfelt, Kärl-Thorax, SU

Ulrika Wall, Klinisk farmakologi, SU, Geriatrik och Rehab, Kungälv sjukhus

Vilket är det viktigaste budskapet från terapigruppen i årets REKlista?

Flera av våra huvudbudskap har varit oförändrade i flera år, nämligen att järn och vitamin B₁₂ företrädesvis ska ges peroralt samt att det räcker med 1 mg folsyra per dag som underhållsdos.

En uppdaterad regional riktlinje för B₁₂ och folsyra är på gång!

Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA gjorde 2013 en genomgång av intravenösa järnpreparat och poängterade att nyttan måste vägas mot risken med sådan behandling. Det finns ingen påvisad skillnad mellan järnpreparaten, men vissa patientgrupper har en högre risk att drabbas av anafylaxi. Det gäller främst patienter med inflammatoriska och immunologiska sjukdomar. Man ska också vara restriktiv med intravenöst järn till gravida. Vi tror att detta kommer öka den perorala behandlingen; att tröskeln blir högre för parenteral administration.

En nyhet i årets REKlista är att rivaroxaban (Xarelto) jämföras med warfarin+LMH för behandling av djup ventrombos och lungemboli. Här har rutinerna utvecklats lite olika i regionen (se artikel på sidan 3).

Terapigrupp Blod

Vilka läkemedelsfrågor kommer gruppen att arbeta med framöver?

Närmast står upphandling av intravenöst järn och även erytropoietin, där den tidigare upphandlingen överklagades och måste göras om.

Planerar ni några utbildningar?

När apixaban (Eliquis) och dabigatran (Pradaxa) också blir tillgängliga för VTE-behandling kan det bli aktuellt med regionala riktlinjer och producentbunden utbildning.

Något särskilt som gruppen vill poängtera nu inför sommar och höst?

Tänk på risken för ackumulering av nya perorala antikoagulantia samt LMH vid njursvikt/dehydrering som lättare drabbas äldre patienter under sommaren.

Glöm heller inte att meddela AK-mottagningen om medicinändringar för patienter som står på warfarin.

Perorala antikoagulantia vid VTE

Sedan flera år finns tre perorala antikoagulantia som, till skillnad från warfarin, inte kräver monitorering av koagulationsprover. Dessa är apixaban (Eliquis), dabigatran (Pradaxa) samt rivaroxaban (Xarelto). I regionen pågår en kampanj för att öka behandlingen med antikoagulantia som strokeprofylax vid förmaksflimmer. Men vad gäller vid venös tromboembolism (VTE)?

Standardbehandling vid djup ventrombos och lungemboli har i decennier utgjorts av warfarin med initialt tillägg av lågmolekylärt heparin (LMH). Rivaroxaban (Xarelto) är det första nya perorala antikoagulantialäkemedlet som fått denna indikation (2011). Behandlingen sker enbart med tabletter.

Under 2014 har även apixaban (Eliquis) och dabigatran (Pradaxa) godkänts för behandling av VTE. Förmånsbeslut väntar under hösten för Eliquis, men dröjer för Pradaxa. Eliquis ges utan LMH precis som Xarelto medan Pradaxa ska kombineras med LMH eftersom den registreringsgrundande studien var upplagd så. De nya läkemedlen benämns numera oftast DOAK (direkta orala antikoagulantia).

Läkemedelskostnaderna är högre för Xarelto än för LMH+warfarin, men behandlingen ger vinster i logistik på akut- och AK-mottagningar samt ger ökad enkelhet för patienten. Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) har bedömt att Xarelto har en lika stor patientnytta till en lägre total kostnad än enoxaparin (LMH) + warfarin. Det finns ingen begränsning i förmån eller vem som får förskriva.

Att Xarelto bedömts vara ett fullgott alternativ till LMH+warfarin speglas i det regionala vårdprogrammet för VTE och REKlistan 2014. Emellertid har sjukhusen i VGR introducerat behandlingen i olika omfattning; en del som rutin, andra till utvalda patienter. Hur kommer det sig?

2012 nominerades Xarelto till regionalt ordnat införande, men medel beviljades endast för patienter som inte var lämpliga för warfarin. På så sätt skulle introduktionen bli strukturerad. Detta har dock gällt väldigt få patienter. Mot bakgrund av kostnadseffektivitet har flera sjukhus valt att inte begränsa användningen på ett sådant sätt medan andra har avvaktat. Avsaknad av tydliga riktlinjer utöver TLVs bedömning kan ha bidragit till osäkerhet.

Redaktionen har gjort en rundfrågning på sjukhusen om det aktuella läget. Resultatet ses nedan. När även apixaban och dabigatran blir tillgängliga för VTE-indikationen kan det finnas behov av riktlinjer/utbildning. Terapigrupp Blod bevakar frågan (se sidan 2).

Alingsås lasarett

Standardbehandling: LMH+warfarin

Xarelto ges endast vid planerad kort behandlingstid, 3-(6) månader, alternativt om det är olämpligt med warfarin. I princip alla patienter med tidsbegränsad behandling följs upp på medicinmottagningen. Samtliga registreras i Journalia. Sannolikt kommer behandling med DOAK att öka och vi arbetar vidare med Xarelto som det ser ut nu.

Kungälvssjukhus

Standardbehandling: Rivaroxaban

Xarelto ges i princip till alla patienter med DVT, men är inte fullt infört vid lungemboli ännu. All tidsbegränsad behandling av VTE följs upp på medicinmottagningen. Alla patienter registreras i Journalia. Xarelto kommer preliminärt vara fortsatt rutin även om fler DOAK får förmån vid VTE.

NU-sjukvården

Standardbehandling: LMH+warfarin

Xarelto ges till de som är olämpliga för warfarin, även i långtidsbehandling. Xarelto följs upp på medicinmottagningen medan övriga distala DVT utremitteras till VC, om inget annat skäl finns för uppföljning på sjukhuset. Alla patienter registreras i Journalia. Framöver förutspås ökad användning av DOAK.

SkaS

Standardbehandling: Rivaroxaban och LMH+warfarin

Xarelto är standardbehandling bland AK-läkarna och spridning inom kollegiet pågår. Långtidsbehandling förekommer för patienter som är olämpliga för warfarin. Patientens preferens vägs också in. Warfarin ges till de som är olämpliga för Xarelto, t.ex. vid eGFR <30 mL/min. Uppföljningen är i princip densamma inklusive registrering i Journalia. Vi kommer preliminärt att fortsätta med Xarelto även om fler DOAK får VTE-indikation. Det är en fördel med dosering en gång om dagen och vi har inarbetade rutiner.

SU/Möndal

Standardbehandling: LMH+warfarin

Xarelto ges till de som är olämpliga för warfarin, även i långtidsbehandling. All tidsbegränsad behandling av VTE följs upp på medicinmottagningen. Patienter med DOAK registreras inte i Journalia. Framöver förutspås ökad användning av DOAK.

SU/Sahlgrenska

Standardbehandling: LMH+warfarin

Xarelto ges till de som är olämpliga för warfarin. Rutindokument är under bearbetning för att föreslå Xarelto som standardbehandling vid DVT. Uppföljning kommer att

ske via trombosmottagningen. Alla patienter registreras i Journalia. Framöver förutspås ökad användning av DOAK.

SU/Östra

Standardbehandling: Rivaroxaban och LMH+warfarin

Xarelto ges vid DVT med planerad behandling max 6 månader, övriga får LMH+warfarin. Xarelto ges även till patienter som är olämpliga för warfarin inklusive långtidsbehandling. Uppföljning sker via trombosmottagningen och skiljer sig inte åt mellan warfarin och Xarelto. Alla patienter registreras i Journalia. Framöver förutspås ökad användning av DOAK.

SÄS

Standardbehandling: Rivaroxaban och LMH+warfarin

Xarelto ges vid DVT och lungemboli med planerad behandlingstid 3-6 månader, övriga får LMH+warfarin. Xarelto ges även till patienter som är olämpliga för warfarin, också för tillsvidarebehandling. Alla patienter registreras i Journalia och följs upp via trombosmottagningen. Framöver förutspås ökad användning av DOAK.



Behandling av bensår – när, var, hur?

Det var ett mycket stort intresse när Terapigrupp Hud och Arbetsgruppen för sår-läkningsartiklar bjöd in till utbildningsdag om bensår i början av mars. Programmet genomfördes på fyra orter i regionen (Göteborg, Borås, Skövde och Trollhättan). Sammanlagt deltog 650 personer, främst sjuksköterskor från kommuner, primärvård och sjukhus. Syftet var att lyfta fram vikten av en väl fungerande vårdkedja för att lyckas med behandling av bensår och att förebygga bensår. Här ges en sammanfattning.

Definition och huvudbudskap

Bensår är svårålkta sår nedanför knänivå som inte läkt inom 6 veckor. Det är viktigt att se bensår som ett symtom och att det är den bakomliggande sjukdomen som ska behandlas. Brister i behandlingen skapar lidande, onödig antibiotikaanvändning och är mycket kostnadskrävande.

Alla bensår ska ha en diagnos!

Grundläggande vid diagnostik är anamnes, sårstatus och perifer tryckmätning med ultraljudsdoppler. Ett ankel-armtrycksindex $<0,9$ pekar på arteriell insufficiens som orsakas av förträngning eller stopp i artärer oftast beroende på arterioskleros. Detta leder till syrebrist i vävnaden och sår. Vid arteriella bensår ses vävnadsnekros. De flesta bensår beror dock på venös insufficiens. Venösa sår kännetecknas av palpabla pulsar och ett ankel-armtrycksindex $>0,9$. Åderbräck, pittingödem och pigmenteringar är frekvent och såret lokaliserar ofta till vristen och flertalet är ytliga. Det är vanligt att

det venösa såret är fibrinbelagt, likaså eksem i anslutning till såret medan svarta nekroser sällan förekommer. Andra orsaker till svårålkta sår kan vara diabetes, angiopati/neuropati, småkärlssjukdomar som exempelvis allergisk vaskulit, eller cancer. Ibland är orsaken till bensår multifaktoriell.

Behandla orsaken till såret

Sammanfattningsvis behandlas ytlig venös insufficiens med kompression och varicerkirurgi medan djup venös insufficiens kräver livslång kompressionsbehandling. Vid arteriell insufficiens ska patienten remitteras till kärlkirurgi för ställningstagande till PTA eller bypass. Vid den lokala behandlingen är det viktigt att "läsa av" såret för att skapa förutsättningar för läkning. I REK-listan 2014 finns en förteckning över rekommenderade artiklar att använda vid olika sårtyper. Omlägningsfrekvensen ska hållas nere. En möjlighet vid nekrotiska sår eller fibrinbelagda "stilstående" sår är att behandla med larver för att få fram frisk vävnad.

Antibiotika enbart vid infektion

Det finns en överförskrivning av antibiotika vid bensår. Det är viktigt att poängtera att antibiotika inte är en bensårsbehandling utan behandling av en komplikation. Bakterier finns i svårålkta sår, kolonisation eller biofilm, men betyder inte att det behöver vara en infektion. Tecken på lokal sårinfektion är nyttillkommen/ökad/ändrad smärtbild, illaluktande sår, ökad/ändrad sekretion, fördröjd sårsläkning, ödem runt såret och ökad rodnad runt såret. Lokal sårinfektion behandlas lokalt och följs upp efter 14 dagar. Om utebliven effekt eller försämring övervägs sårodling och systemisk antibiotikabehandling.

Rekommenderade sår-läkningsartiklar

Sedan några år tillbaka tar en arbetsgrupp fram en lista med rekommenderade sår-läkningsartiklar och kompressionsförband. Uppdraget utgår från Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna och ska även reglera kostnadsansvaret mellan



Illaluktande, koloniserat (pseudomonasbakterier) sår



Svarta nekroser



Blottad sena

vårdgivarna. Överenskommelsen är att kommunerna står för ett bassortiment medan regionen bekostar mer avancerade sårbehandlingsartiklar och kompressionsförband. Listan finns i REKlistan (se tabell) samt på VästKoms hemsida. Artiklarna inom varje preparattyp på listan är utbytbara mot likvärdiga artiklar i respektive vårdgivares upphandlade sortiment. På utbildningsdagarna hade deltagarna möjlighet att i pauserna besöka utställning där företaget visade de rekommenderade och upphandlade artiklarna.

Optimera bandageringstekniken

Ödem skadar vävnaden och är starkt läkningshämmande. Kompressionsbehandling är därför grunden vid behandling av venösa sår men kan även vara aktuellt vid andra typer av sår dock inte vid arteriell insufficiens. Behandlingen behöver anpassas till benets form och skraddarsys för varje patient. Målet är att skapa en graderad kompression med högst tryck vid ankeln och lägst tryck under knät. Trycket är beroende av vilken typ av linda som används, men beror även på antal varv som lindas, lindans sträckning och benets omkrets. Då resultatet av kompressionen är ett samspel mellan muskelaktivitet i benen och lindan behöver patientens fysiska aktivitetsnivå tas i beaktande vid val av kompressionsförband.

Behandla smärta

Smärta vid bensår ska behandlas. Lokal behandling med läkemedel kan användas i tre steg, 1) kräm med lidokain och prilokain (EMLA, Tapin), 2) tillägg av lidokain gel och 3) tillägg av morfin gel. När lokal behandling inte räcker till kan systemisk smärtbehandling vara ett supplement vid omläggning eller kontinuerligt. Det är viktigt att först göra en smärtanalys för att ta reda på vilken typ av smärta det rör sig om innan val av läkemedel.

Sårwebben

Bensårscentrum på Skaraborgs sjukhus har i ett samarbetsprojekt med bl.a. Högskolan i Skövde utvecklat en webbsida om bensår och trycksår; Sårwebben, www.vgregion.se/sarwebben. Sidan är öppen för all vårdpersonal att använda som ett beslutsstöd för handläggning av patienter, för den som vill fräscha upp sina kunskaper eller som del i utbildning. På sidan finns exempelvis instruktioner för dopplerundersökning och kompressionsbehandling.

Se hela patienten!

Det är alltså av största vikt att ta hand om bensår från grunden och att det finns en fungerande vårdkedja. Utbildningsdagarna med deltagare från olika vårdgivare var ett sätt att betona betydelsen av ett teamarbete med patienten i centrum och att öka kunskapen om bensår.

För Terapigrupp Hud och Arbetsgruppen för sårbehandlingsartiklar Eva Angesjö, Ordförande, Distriktsläkare, Borås Lill-Marie Persson, Överläkare, Hudkliniken, SkaS Anna Lindhé, Sekreterare, Apotekare, Område Läkemedel och Hjälpmedel

FÖRTECKNING ÖVER REKOMMENDERAD SÅRLÄKNINGSARTIKLAR I VGR

KOMPRESSIÖNSFÖRBAND

Indikation	Preparattyp	Artikel (el motsv)
Vid venös insufficiens		
– för uppegående patient	Lågelastisk binda	Rosidal K
– för stillasittande patient	Högelastisk binda	ViTri:Forte
– för kvalitetssäkrat tryck	Flerlayersbandage	Coban™ 2*, PRO-TWO, Comprifore Lite, Profore
– ffa tillsammans med zinksalvstrumpa vid venösa sår/eksem	Mellanelastisk självhäftande binda	Coban*
– venösa sår/eksem	Zinkförband	Zipzoc Salvstrumpa**
Polstring i samband med kompressionsbehandling	Polstervadd (ej syntet)	Soffban Natural, Bastos Viegas Natural

* innefattar samtliga varianter av artikeln ** förskrivs på recept

BASUTBUD SÅRFÖRBAND

Indikation	Preparattyp	Artikel (el motsv)
Svårsläta sår med biofilm	Sårspolvätska, sårgel	Prontosan
Skyddar sårkanterna från maceration	Barriärskydd	Cavilon*, zinksalva (utan lanolin)
Fibrinbelagda, nekrotiska eller smärtsamma sår	Hydrogel	Suprasorb G, Intrasite
Koloniserade och infekterade sår	Hydrofobt förband	Sorbact*
Kraftigt vätskande sår	Alginat Gelbildande polyuretanskum Hydrofiber	Suprasorb A Aquacel foam Aquacel*
Kraftigt vätskande eksem och sår	Superabsorbenter	Curea
Illaluktande sår	Kolförband	Carboflex
Rena eller fibrinbelagda sår	Polyuretanskum	Allewyn*
Kraftigt vätskande sår och sårhål	Polyuretanskum	Ligasano
Vätskande sår med skadad eller ömtålig omkringliggande hud	Polyuretanskum med lätt häftande yta	Mepilex*, HydroTac
Olika typer av sparsamt vätskande sår, även som täckförband	Hydrokolloidala förband	Duoderm standard, Hydrocoll
Rena sår, brännskador	Salvkompress Silikonkompress	Atrauman, Jelonet Mepitel One
Täckförband	Icke vidhäftande kompress	Solvaline, Vitri sårdyna

MER AVANCERADE SÅRFÖRBAND

Indikation	Preparattyp	Artikel (el motsv)
Koloniserade och infekterade sår/biofilm	Silverförband Jodförband	Aquacel Ag, Allewyn Gentle Ag, Atrauman Ag Iodosorb
Svårsläta sår med fibrin/biofilm	Polyuretan med F-68 och glycerin	PolyMem, PolyMax PolyWic

* innefattar samtliga varianter av artikeln (exkl. silverinnehållande)

Prognos för läkemedelskostnaderna i VGR

Varje år sammanställs en rapport som prognostiserar läkemedelskostnaderna i VGR för de närmaste åren. Syftet är att utgöra underlag för bl.a. budget och vårdöverenskommelser. Rapporten tas fram i samarbete mellan Klinisk farmakologi vid SU och hälso- och sjukvårdsavdelningens Område Läkemedel och Hjälpmedel. Här ges en sammanfattning av prognosen för 2014 och 2015.

Läkemedelskostnaderna i VGR uppgick till 3,9 miljarder kronor 2013 och utgjorde 8,5% av regionens totala kostnader. Detta är en minskning med ca 100 miljoner kronor (Mkr) respektive 1% jämfört med 2012.

Figur 1 visar det faktiska utfallet t.o.m. 2013 samt prognosen för 2014-2015. Sammanfattningsvis bedöms:

- VGRs totala läkemedelskostnader öka med 1,1% (43 Mkr) 2014 följt av ytterligare ökning med 3,5% (136 Mkr) 2015
- kostnaden för receptläkemedel (förmånskostnad) vara oförändrad 2014 följt av en ökning 2015 med 1,5%
- kostnaderna för rekvisitionsläkemedel öka med 3,0% 2014 samt 5,5% 2015
- kostnaderna öka för sjukhusen som grupp med ca 6% 2014 och ca 5% 2015
- primärvården få minskning med ca 1% 2014 följt av oförändrade kostnader 2015.

Rekvisitionsläkemedlen tar en allt större andel av kostnaderna. Detta förklaras i huvudsak av läkemedel mot cancer och inflammatoriska sjukdomar som ges som infusion på dagvårdsavdelningar eller motsvarande.

De läkemedelsgrupper som kostade mest/minst och ökade mest/minst under 2013 illustreras i figur 2. Detta mönster bedöms i huvudsak kvarstå under 2014-2015. En sammanfattning av väntade trender för olika läkemedelsgrupper ges i figur 3.

- En betydande ökad kostnad väntas även fortsättningsvis för läkemedel för behandling av inflammatoriska sjukdomar (reumatisk sjukdom, psoriasis och inflammatorisk tarmsjukdom). Detta är en följd av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, där biologiska läkemedel framhålls.

- Kostnadsökningen fortsätter för läkemedel mot malign tumörsjukdom. Nya läkemedel introduceras t.ex. för behandling av prostata- och bröstcancer samt malignt melanom.
- Nya läkemedel för behandling av MS och fortsatt ökad behandling av ADHD hos vuxna väntas ge ökade kostnader.
- Kostnaden för antikoagulantia förutspås fortsätta öka successivt, såväl vid förmaksflimmer och venös tromboembolism.
- Nya läkemedel för behandling av hepatit C väntas innebära en betydande kostnad för regionen.

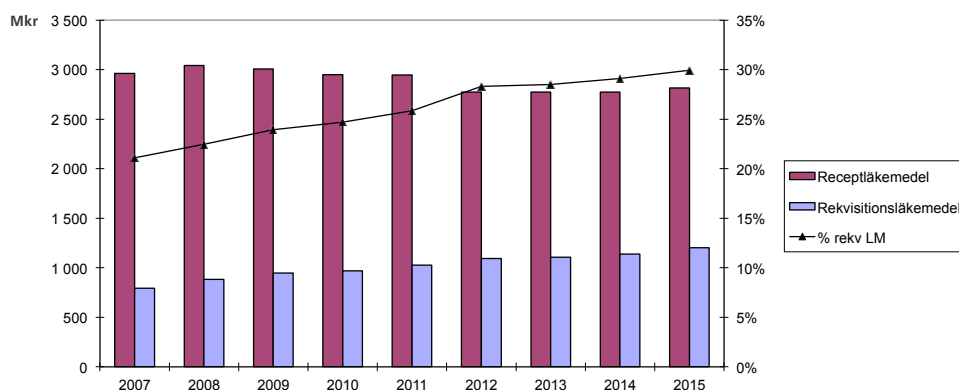
Liksom för alla prognoser finns osäkerhet i siffrorna. Det kan vara svårt att bedöma vilka läkemedel som når den svenska marknaden och när de lanseras. Vid vilken tidpunkt patentutgångar sker och i vilken omfattning generika leder till prissänkningar är i vissa fall osäkert. Det är även svårt att förutse subventionsbeslut, prissättning samt resultatet av upphandling. Vidare kan TLVs omprövningar av subvention påverka utvecklingen på enskilda områden. Faktorer som har en kostnadsdämpande effekt:

- Prispress på läkemedel som saknar patentskydd bedöms fortsätta utifrån regelverket för generikautbyte och prissättning av originalläkemedel.

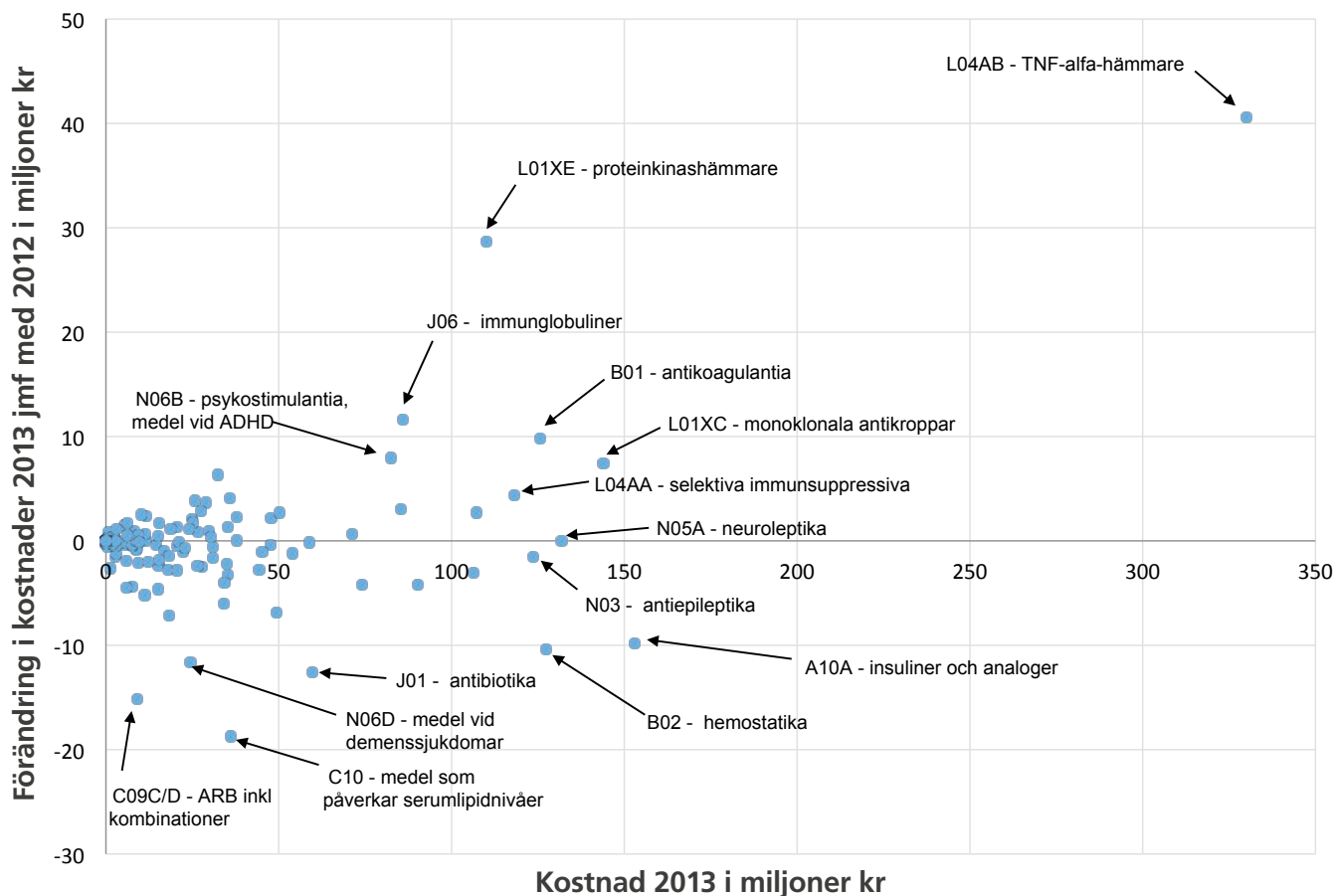
- De patentutgångar som bedöms få störst effekt 2014 är:
 - aripiprazol (Abilify)
 - escitalopram (Cipralext)
 - memantin (Ebixa).
- Betydelsefulla patentutgångar 2015 kan bli:
 - pregabalin (Lyrica)
 - duloxetin (Cymbalta)
- Introduktion av biosimilars (kopior av biologiska läkemedel) kan eventuellt få kostnadsänkande effekter under 2015. Det är dock inte alls lika enkelt/billigt att framställa sådana kopior jämfört med generika på rent kemiska substanser. Biologiska läkemedel där patenten går ut är exempelvis:
 - infliximab (Remicade)
 - trastuzumab (Herceptin)
 - rituximab (Mabthera)
 - insulin glargin (Lantus)
- "15-årsregeln", prissänkning på äldre läkemedel, ger en potentiell besparing för VGR med 67 Mkr under 2014. Störst effekt ses på beta-interferoner som används vid MS, inhalationsläkemedel vid astma/KOL och tillväxthormon.

Rapporten är publicerad i sin helhet på regionens hemsida: www.vgregion.se/lakemedel

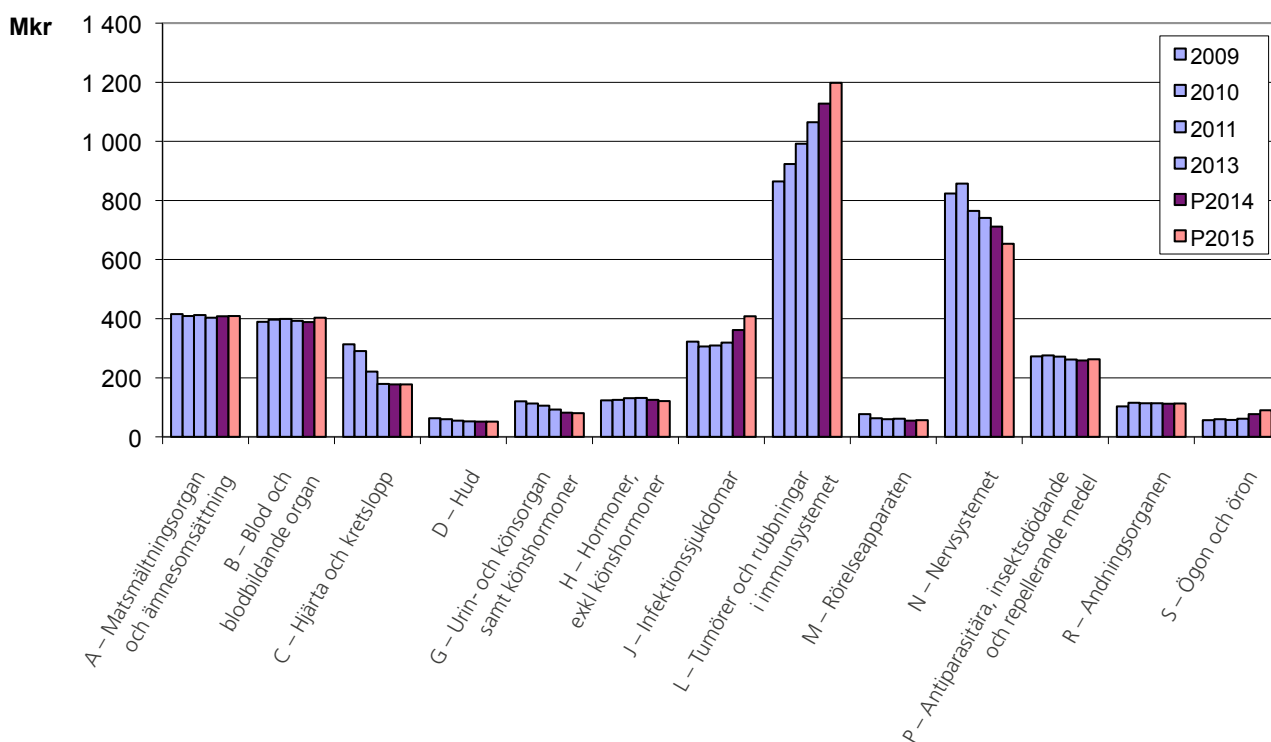
Där hittas detaljerade analyser av läkemedelsgrupperna samt metodbeskrivning.



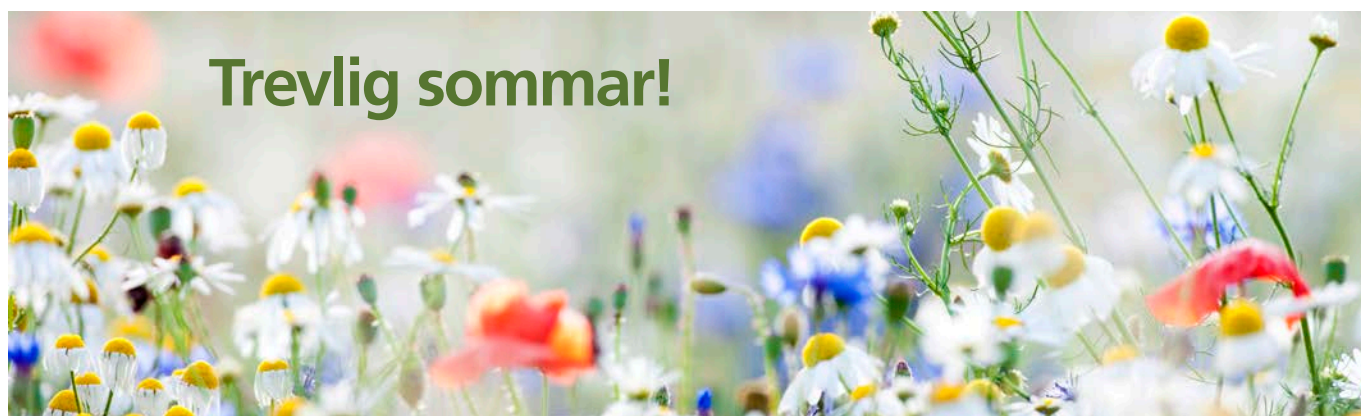
Figur 1 Rekvisitionsläkemedlens andel av kostnaderna i VGR, 2007-2013 samt prognos för 2014-2015.



Figur 2 Kostnadsanalys rekvisition + recept (förmånskostnad), 2013 jämfört med 2012. Källa: Concise samt APL-statistik.



Figur 3 Kostnadsutvecklingen för de senaste tre åren samt en prognos för 2014 och 2015 per terapiområde/ATC-grupp. Recept (förmånskostnad) + rekvisition, VGR.



Trevlig sommar!

Tänk på att...

...det finns en ny funktion på fass.se där man kan kontrollera vilka öppenvårdsapotek som har ett visst läkemedel i lager.

...topikalt ketoprofen kan ge fotosensibilisering, även i kombination med oktokrylene (UV-filter). Påminn patienter om att inte utsätta det behandlade området för solstrålning (även om det är molnigt) eller UVA-strålning (solarier) under behandlingen samt två veckor därefter. Tänk på att även händerna ska skyddas genom noggrann tvätt efter varje användning av gelen. Ketoprofen ska inte användas under tättslutande förband utan området ska täckas med kläder.

...Läkemedelsverket har tagit fram kunskapsdokument för **behandling av barn i samband med smärtsamma procedurer**. Se Information från Läkemedelsverket Nr 3 2014 eller hemsidan: www.lakemedelsverket.se

På gång i regionen!



Läkemedelsgenomgångar – på praktiken i praktiken

Regional utbildning som redan hållits i Skövde och Borås

19 september kl 13:00 – 16:00
Göteborg: Radisson Blu Scandinavia Hotell

26 september kl 13:00 – 16:00
Göteborg: Radisson Blu Scandinavia Hotell

30 september kl 13:00 – 16:00
Uddevalla: Bohusläns museum

Målgrupp: Alla läkare i VGR

Program: Verktyg för läkemedelsgenomgångar, patientfall, läkemedelsbehandling hos äldre, kommunala akutläkemedelsförråden

Anmälan och inbjudan via Regionkalendern:
<https://regionkalender.vgregion.se>

Arrangör: Terapigrupp Äldre och läkemedel

Regional läkemedelsdag

4 november 2014 – boka in redan nu!

Plats: Radisson Blu Scandinavia Hotell, Göteborg

Målgrupp: Läkare i den offentliga och privata sjukvården i VGR

Program och anmälan: Annonseras i nästa nummer samt på: www.vgregion.se/lakemedel/utbildning. Inbjudan skickas även ut via förvaltningarna.

Arrangör: Läkemedelskommittén

Utbildningsdag om astma och KOL

20 november 2014

Plats: Göteborgs Stadsmuseum, Norra Hamngatan 12, Göteborg

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor i VGR som arbetar med astma- och KOL-patienter inom primärvård eller på sjukhus

Program och anmälan: Annonseras i nästa nummer. Inbjudan skickas även ut via förvaltningarna.

Arrangör: Terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH

Nästa Substans kommer i oktober

Manusstopp 5/9!

Ansvarig utgivare:
Jan Carlström

Redaktör:
Ulrika Wall

Redaktionskommitté:
Lena Gustafsson
Anders Larsson
Björn Nilsson

Substans

Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen
Regionens Hus
405 44 Göteborg
E-post: substans@vgregion.se



Du hittar alla nummer av Substans på:

www.vgregion.se/vardgivarstod/substans