

KOL-patienter får ofta felaktig behandling

Region Gävleborg har i en prospektiv multicenterstudie utvärderat inhalationstekniken hos kvinnor och män med KOL och har funnit att många KOL-patienter i regionen får utifrån gällande riktlinjer felaktig behandling.

Bakgrunden är ofta överbehandling med inhalationssteroider, vilket leder till risk för biverkningar. Många personer med luft-rörsbesvär är även underbehandlade.

Vidare visar studien* att hälften av KOL-patienterna, som behandlats inom såväl primär- som specialistvård, att kvinnor oftare har bristfällig inhalationsteknik, samt att få patienter sade sig ha fått information om rätt inhalationsteknik respektive fått den kontrollerad.

* TIE-studien är en prospektiv multicenterstudie i primär- och specialistvård med syfte att öka kunskap om etiologin till exacerbationer:

Sid 2-3 o 8



För optimal behandlingseffekt ska patientens inhalationsteknik kontrolleras och korrigeras vid varje patientmöte. Har patienten svårigheter att hantera sin aktuella modell prova en annan. Det finns också hjälpmedel som kan underlätta koordinationen, exempelvis andningsbehållare tillsammans med inhalationsspray. Grundprincipen är att inhalatorn ska anpassas efter patienten.

INSIDA

MiX beskriver hur du på din enhet med **Medrave** enkelt kan skapa en rapport, som exempelvis kan ta fram allvarliga D-interaktioner:

Sidan 4-5

Inga vetenskapliga belägg för att hostläkemedel fungerar.

Sidan 6-7

Inte rådlös vid restnoteringar:

Sidan 7

Dags för anmälan till Läke-medelsforum 2019!

Sidan 8

Behandling med inhalations

Inhalationssteroider (ICS) vid KOL

Syftet med behandlingen med inhalationsläkemedel vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är att förebygga och/eller lindra symtom och försämringsperioder så kallad exacerbationer.

Bronkvidgande behandling med långverkande beta-2-agonster (LABA) och långverkande antikolinergika (LAMA) som monoterapi eller i kombination är basbehandling vid KOL.

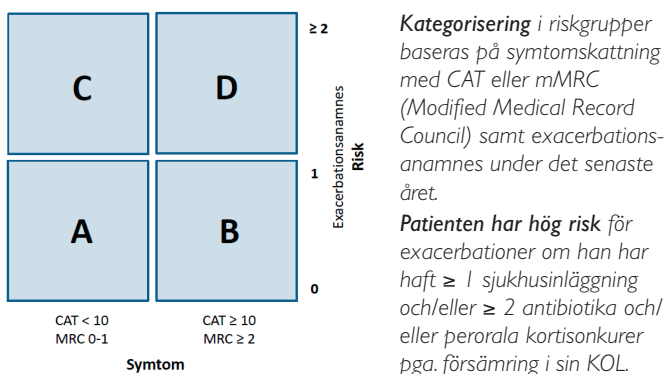
Inhalationskortikosteroider (ICS) vid KOL ska alltid kombineras med LABA. Att behandla med ICS som monoterapi som vid astma, är icke-göra enligt behandlingsrekommendationer. Behandling med enbart ICS har inte visat någon positiv effekt på lungfunktion eller dödlighet. Det förekommer även patienter som står på en kombination ICS och LAMA, vilket inte rekommenderas då studier saknas och vi inte vet om eller vilken effekt behandlingskombinationen ger.

Rollen av ICS vid KOL har blivit snävare under de senaste åren. Fram till oktober 2015, då Läkemedelsverket uppdaterade sin behandlingsrekommendation till den nuvarande rekommendation, baserades läkemedelsbehandlingen enbart på lungfunktionen mätt med spirometri. Då skulle alla med stadium 3 och 4 behandlas med ICS i kombination med LABA.

Enligt den nuvarande rekommendationen från Läkemedelsverket, som ännu inte är uppdaterad för att matcha med den internationella KOL organisationen Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), ska ICS ges till patienter med återkommande exacerbationer och/eller låg lungfunktion. GOLD har hunnit revidera sina rekommendationer ytterligare och kategorisering i riskgrupperna ska baseras enbart på exacerbationsanamnes och symtom orsakade av KOL.

Vem ska behandlas med ICS vid KOL?

Läkemedelsbehandling vid KOL ska individualiseras utifrån sjukdomens svårighetsgrad. Enligt gällande riktlinjer från GOLD ska patienten kategoriseras i en av de fyra riskgrupperna A, B, C eller D med avseende på exacerbationshistorik och KOL-relaterade symtom, se nedan.



Patienter i kategori C och D kan bli kandidater för ICS-innehållande läkemedelsbehandling. ICS rekommenderas inte som första handsval pga. ökad risk för pneumoni.

ICS ska användas framförallt som exacerbationsförebyggande behandling och som en tilläggsbehandling för symtomatiska pa-

tienter som inte har fått tillräckligt hjälp enbart med optimerad bronkvidgande behandling.

KOL-patienter med samtidig astma ska behandlas enligt gällande behandlingsriktlinjer för astma och behöver ha inflammationshämmande ICS.

Eosinofiler i blod (B-Eos) är ett prov som kan användas för att utvärdera behandlingseffekten av ICS vid KOL. Patienter med förhöjda B-Eos nivåer $> 0.4 \times 10^9/L$ tror man har bättre effekt av ICS. Gränsvärdet mellan låga och förhöjda värden håller på att diskuteras och det finns inga tydliga riktlinjer framtagna än om hur B-Eos ska användas i KOL-sammanhanget.

Varför ska inte alla KOL-patienter få ICS?

Det finns studier som tyder på att det är hög användning av ICS hos patienter kategoriserade i A och B riskgrupper, som alltså är överbehandlade och inte ska ha ICS-behandling.

I en lokal studie på nästan 600 patienter från både primärvården och slutenvården i Gävle, Uppsala och Dalarna, stod 59 % av patienterna på läkemedelsbehandling bestående av ICS. 37 % av dessa var patienter i kategorierna A och B enligt den gamla GOLD kategoriseringen, som även tog hänsyn till lungfunktionen. Denna kategorisering användes för att matcha med tidpunkten för datainsamlingen och då gällande behandlingsriktlinjer.

När studiepatienterna omkategoriserades enligt gällande behandlingsriktlinjer såg man att nästan hälften, 48 % flyttade från C och D kategorierna till lägre A och B kategorier. Detta beror på att lungfunktionskomponenten inte längre är med i riskskattningen. Detta ledde till att andelen patienter i kategorierna A och B ökade markant och därmed ökade andelen patienter på ICS också. Plötsligt hade vi massor av låg riskgruppspatienter på ICS-behandling.

Behandling med ICS medför kända risker framförallt biverkningar som candida i munnen och svalgen samt heshet. Drabbas man av munsvamp och/eller heshet under ICS-behandling, kan man testa byta inhalatormodell. Byte från pulverinhalator till sprayinhalator där läkemedlet är i mindre partiklar kan hjälpa att minska med symtomen. Ett ytterligare tips är att använda andningsbehållare (spacer) tillsammans med sprayinhalator för att göra lungdepositionen större det vill säga andelen läkemedel som når lungorna ökar istället för att fastna i munnen/svalgen. Påminn gärna patienten att skölja munnen varje gång efter ICS-inhalation.

En allvarlig biverkan som man har kopplat ihop med ICS är pneumoni. De allra sköraste undernärda äldre patienterna med tidigare exacerbationer som dessutom fortsätter att röka har störst risk för att drabbas av upprepade pneumonier.

ICS som inhalationsläkemedel i grupp är en dyr behandling både för patienterna och för samhället. Under 2017 ordinerades ICS-innehållande inhalatorer i Region Gävleborg för drygt 29 miljoner kronor. Det finns besparingspotential genom att förskriva de förmånligare inhalatormodellerna exempelvis Bufomix Easyhaler istället för Symbicort Turbuhaler, när det är aktuellt att behandla med en ICS/LABA-kombination. ICS ska ges till patienter som är i behov av det och för patienter där man ser att det har effekt. Vid tveksam indikation och ingen effekt, då ska ICS sättas ut!

kortikosteroider vid KOL

Det finns dessutom ny evidens som tyder på att dubbelbronkvidgande behandling ger till och med bättre skydd mot exacerbationer, bättre lungfunktion, bättre livskvalitet och lägre risk för pneumoni, jämfört med ICS i kombination med LABA hos patienter med KOL (Cochrane).

Utvärdering av ICS

1) Kartläggning av patientens KOL-behandling

Vilka inhalatorer använder patienten? Använder patienten ICS?

2) Finns det indikation för att fortsätta med ICS?

- Har patienten samtidig astma? Har patienten upphöjda B-Eos nivåer $> 0,4 \times 10^9/L$?
- Har patienten haft upprepade exacerbationer under det senaste året? Eller tidigare upprepade svåra eller återkommande exacerbationer som uppfört efter insättandet av ICS?

3) Bedöm tidigare exacerbationer under de senaste 12 månaderna

Indikation finns för ICS:

- En sjukhusvårdad exacerbation och/eller
- Två eller flera primärvårdsvårdade exacerbationer med perorala kortikosteroider och/eller antibiotika.
- Tidigare upprepade svåra exacerbationer som upphört efter insättande av ICS.

4) Patienter med mycket symtom av sin KOL

Där en kombination av dubbelbronkvidgande behandling med LABA/LAMA först har prövats men varit otillräckligt, och som sedan förbättrats efter tillägg av ICS.

Utsättning av ICS – hur gör man?

Se till att patienten har adekvat bronkvidgande behandling när ICS sätts ut. Vid höga doser ICS kan halvering av dosen övervägas under 6-8 veckor för att sedan sättas ut helt (Se tabellen för höga doser ICS). Använd CAT (COPD Assessment Test) för att skatta symtom innan utsättning.

Utvärdering av nedtrappningen och utsättningen efter patientens behov exempelvis via telefon eller återbesök. Utvärdera symtom (CAT) igen och eventuella nyttillkomna exacerbationer.

Viktigt att kontrollera inhalationsteknik

Många studier visar att patienter med inhalationsläkemedel inte kan använda sina inhalatorer på ett korrekt sätt. Detta leder till minskad effekt av läkemedlet.

För optimal effekt ska patientens inhalationsteknik kontrolleras vid varje patientmöte. Byt inhalatormodell om patienten har svårt att hantera den aktuella modellen. Andningsbehållare tillsammans med inhalationsspray finns som gör koordineringen enklare.

Källor Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2018 Rapport.

Horita et al. Which combination of inhaled medication are safe and effective for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Library, 2017.

Högman M, Sulku J et al. 2017 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease reclassifies half of COPD subjects to lower risk group. Int J COPD, 2018.

KOL och inhalationssteroider – lathund för utsättning. Boehringer Ingelheim, 2018.

Substans	Preparat	Verkningsmekanism	Inhalator	Hög dos (µg)
beklometason	AeroBec/ AeroBec Autohaler Beclomet Easyhaler Innovair Trimbow	ICS ICS ICS/LABA ICS/LABA/LAMA	Spray Pulver Spray Spray	>400
budesonid	Bufomix Easyhaler DuoResp Spiromax Giona Easyhaler Novopulmon Novolizer Pulmicort Turbuhaler Symbicort Symbicort Turbuhaler	ICS/LABA ICS/LABA ICS ICS ICS ICS/LABA ICS/LABA	Pulver Pulver Pulver Pulver Pulver Spray Pulver	>800
ciklesonid	Alvesco	ICS	Spray	>320
flutikasonfuroat	Relvar Ellipta Trelegy Ellipta	ICS/LABA ICS/LABA/LAMA	Pulver Pulver	>184
flutikasonpropionat	Aerivio Spiromax Airflusal Forspiro Flutiform Salflumix Easyhaler* Salmeterol/Flutikasone Cipla Seretide Diskus Seretide Evohaler	ICS/LABA ICS/LABA ICS/LABA ICS/LABA ICS/LABA ICS/LABA ICS/LABA	Pulver Pulver Spray Pulver Spray Pulver Spray	>500
mometason	Asmanex Twisthaler	ICS	Pulver	>400

Översikt på inhalatorer innehållande inhalationskortikosteroider (ICS) med verkningsmekanism, inhalatormodell samt nivå för hög dygnsdos.

Preparat med grön stil är rekommenderade inhalatorer i Region Gävleborg 2017-2018. Inhalator markerad med * förväntas komma hösten 2018.

ICS, inhalationskortikosteroid; LABA, långverkande beta-2-agonist; LAMA, långverkande antikolinergikum.

Ökad patientsäkerhet med

Ett fåtal läkemedel dominerar bland kliniskt viktiga interaktioner, enligt en artikel i Läkartidningen nr 112 från 2015.

Med hjälp av data hämtade från det svenska läkemedelsregistret och information från interaktionsdatabasen Sfinx visades att 15 kombinationer av läkemedel står för 80 % av alla D-interaktioner och att 10 läkemedel är inblandade i 94 %.

De fem vanligaste substanserna var warfarin, klopidoogrel, kalium, acetylsalicylsyra och karbamazepin.

Interaktioner klassificeras efter klinisk betydelse (A-D) och vilket vetenskapligt stöd som finns dokumenterat (0-4). En A-interaktion saknar klinisk betydelse, B indikerar att interaktionens betydelse varierar eller är okänd. En C-interaktion har klinisk betydelse som kan hanteras med t ex dosjustering, medan D-interaktioner bör undvikas. Om D-interaktionen bygger på data från kontrollerade kliniska studier på relevant patientpopulation klassificeras den som en D4-interaktion.

Här följer en kort instruktion för att skapa ett system för att hitta de patienter som riskerar att drabbas av komplikationer såsom ökat vårdbehov eller sjukhusinläggning på grund av läkemedelsinteraktioner.

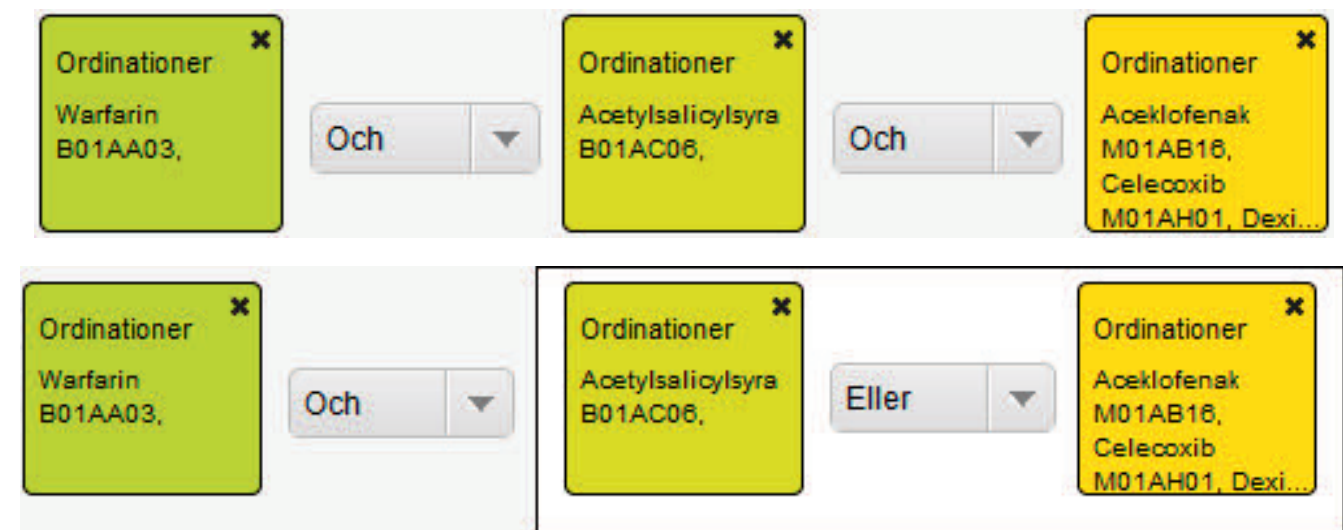
Medrave är ett informationssystem som används i primärvården och samlar och presenterar data från journalsystem enligt användarens önskemål. Förutom standardrapporter, såsom en lista över vilka läkemedel som ordinerats vid en viss diagnos

eller en bild som visar antalet patienter med fler än fem läkemedel, kan användaren skapa egna patientlistor för att t ex hitta potentiella D-interaktioner.

Nedan följer en kortfattad instruktion för att skapa en lista över patienter med en kombination av warfarin och Trombyl eller NSAID (D4).

En egen lista skapas från huvudmenyn med valet *Egna patientlistor*. Välj *Ny rapport* (nere till vänster på skärmen) och sedan *avancerad rapport*. En enkel rapport tillåter urval med ett filter, exempelvis en viss diagnos, medan en avancerad rapport tillåter mer avancerade sökningar och kombinationer av filter.

Första steget i en avancerad rapport är att skapa ett *begränsningskriterium* (menyn till höger) och därefter, i dialogen som visas, välja *Ordinationer* som kategori. Ange *warfarin* som sökbegrepp och flytta sedan över warfarin från *Urvalsrutan* på vänster sida till *Aktuellt urval* på höger sida genom att mar-



Utökade möjligheter till utbyte av läkemedel

FÖRSLAG OM ÄNDRING I LAGEN om läkemedelsförmåner ska leda till att ett läkemedel, som inte ingår i läkemedelsförmånerna, ska kunna bytas ut mot ett läkemedel inom förmånerna då utbytbart alternativ finns, vilket tidigare inte varit möjligt.

Ett annat förslag är att läkemedel som förskrivs kostnadsfritt enligt smittskyddslagen ska kunna bytas ut mot likvärdigt alternativ då detta finns.

Bestämmelsen om att fastställda priser av TLV även ska gälla läkemedel som förskrivs kostnadsfritt enligt smittskydds-

lagen, tillsammans med ännu ett förslag om att andra yrkeskategorier än läkare ska kunna förskriva läkemedel kostnadsfritt enligt smittskyddslagen, föreslås träda i kraft den 1 oktober 2018. Övriga bestämmelser föreslås träda i kraft den 2 juni 2020.

Propositionen kan ses i sin helhet via länken: www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2018/04/prop-201718233/

koll på interaktioner

keras "Warfarin B01AA03" och klicka på pilen. Spara och skapa ytterligare ett begränsningskriterium. Sök upp *Trombyl* bland Ordinationer och gör på samma sätt som med warfarin. Spara och skapa ytterligare ett begränsningskriterium. Sök med "MOIA" bland Ordinationer för att få fram en lista över NSAID. Markera och för över alla till Aktuellt urval. Sökfiltret kommer nu se ut som den övre vänstra bilden.

Med detta urval kommer Medrave söka upp alla patienter som uppfyller alla tre kriterierna, dvs de som har warfarin, *Trombyl* och någon av de valda NSAID. Men vi vill hitta patienter med warfarin som har *Trombyl* eller någon NSAID.

För att möjliggöra detta behöver begräns-

ningskriterium 2 och 3 slås ihop, genom att markera båda rutorna och klicka på *Gruppera*. Dessutom behöver "Och" i det grupperade kriteriet ändras till "Eller" som på den nedre bilden till vänster.

Detta kommer att skapa en lista över patienter med warfarin som uppfyller något av kriterierna *Trombyl* eller NSAID. Klicka på *Nästa* i menyraden för att se resultatet av sökningen.

På samma sätt kan en lista skapas med patienter som exempelvis har ordinerats kaliumsparande diuretika och även har kalium (C1) (vilket kan vara motiverat i vissa fall), med risk för hyperkalemi om behandlingen inte följs upp; diagnos hjärtsvikt men ingen ordination på ACE-hämmare eller A2-antagonist; patienter

med metformin och deras respektive eGFR (finns under *Analyser* som kategori). I det sistnämnda fallet kan även filtret anpassas så att enbart eGFR under valfritt värde visas, exempelvis 30, 45 eller 60 enligt bilden *Kategori* nedan.

Glöm inte att spara rapporten. Förutom att kunna använda den vid senare tillfällen går det även att göra den tillgänglig för kollegorna på hälsocentralen.

Andra kliniskt betydelsefulla interaktioner kan vara diltiazem eller verapamil i kombination med betablockerare (D4) som riskerar att ge AV-block, bradykardi och blodtrycksfall, eller klopidogrel, som bioaktiveras av CYP2C19, i kombination med tex omeprazol/esomeprazol (C3) eller fluoxetin (C0) som hämmar CYP2C19.

Av de fem substanser som nämns i inledningen intar karbamazepin en särställning med 422 poster registrerade i interaktionsdatabasen, varav över 100 av dessa klassificeras som D-interaktioner.

De vanligaste riskerna förknippade med D-interaktioner är blödningar och arytmier, samt toxiska effekter av digoxin och ökad serotonerg aktivitet. De vanligaste D-interaktionerna som leder till terapivikt är minskad analgetisk effekt (hämmad bioaktivering via CYP2D6), minskad effekt av antibiotika, och minskad antikoagulans.

FRÅGA APOTEKAREN

Riskabelt kombinera Vitaepro och Eliquis?

Fråga "En patient som behandlas med Eliquis vill ta kosttillskottet Vitaepro. Finns det några kända risker med detta?"

Svar Vitaepro innehåller astaxanthin, zeaxanthin, lutein, C-, D-, E-vitamin, selen, och omega 3- EPA, DHA fettsyror.

Omega-3-fettsyror uppges i kombination med apixaban (Eliquis) kunna stärka den antikoagulerande effekten. Inga fallrapporter om ökad blödningstendens vid samtidig behandling med apixaban och omega-3-fettsyror har dock återfunnits i litteraturen. Samtidig behandling är ingen

kontraindikation, men behandlingen bör övervakas.

För de övriga innehållsämnen finner vi inga kända interaktioner med apixaban. Dock är informationen om astaxanthin, lutein och zeaxanthin mycket begränsad. Astaxanthin har i en in vitro-studie med humanhepatocyter visats öka aktiviteten av två enzymer som metaboliserar läkemedel, CYP3A4 och CYP2B6. CYP3A4 metaboliserar apixaban, och samtidig administrering av astaxanthin och apixaban skulle därför teoretiskt kunna ändra farmakokinetiken för apixaban. Dock utsöndras

50 % av den administrerade apixabandosen oförändrad, vilket borde minska risken för eventuell interaktion. Den kliniska relevansen är oklar.

Generellt rekommenderas patienter som behandlas med antikoagulantia att undvika att använda naturpreparat på grund av den begränsade kunskapen kring eventuella interaktioner.

Publicerad med tillstånd av ULIC (Uppsala Läkemiddelsinformationscentral). Ursprungligen publicerad i ULIC - Frågor och svar nummer 3, 2015, se denna för fulltext. Förkortad/omarbetad av LK.

Inga vetenskapliga belägg för

Patienter med luftvägsinfektioner är vanliga och utgör 10-30 % av alla konsultationer inom primärvården i de nordiska länderna. I Sverige säljs både receptbelagda och receptfria hostläkemedel för många miljoner.

I Gävleborg utfärdades under 2017, 15 663 recept på hostläkemedel varav 13 424 recept expedierades på öppenvårdsapotek. Varukostnaden AUP var på 6 556 003 kr, varav förmånsvärde 73 209 kr. Mollipect och Cocillana-Etyfin står för merparten av försäljningen.

LFN (numera TLV, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) beslutade i början av 2000-talet att flera hostmediciner skulle uteslutas ur högkostnadsskyddet då det inte ansågs rimligt att samhället skulle subventionera läkemedel mot kortvariga och lindriga besvär. Svåra sjukdomar där behoven är stora skulle prioriteras.

Det finns nästan ingen modern dokumentation av hostdämpande läkemedel som

uppfyller kriterier för GCP (Good Clinical Practice). Äldre studier av opiatderivat har rapporterat effekt på torrhosta, men detta har ifrågasatts i en modern översikt. Två aktuella studier har inte kunnat påvisa effekt (evidensgrad 1). Vid symptomatisk hostdämpande behandling är placeboeffekten påtaglig (evidensgrad 2). För ”slemlösande medel” saknas evidens för den slemlösande effekten. Även här är placeboeffekten sannolikt stor.

De hostläkemedel som finns på den svenska marknaden är godkända för länge sedan (30-40 år) när andra godkännanderegler gällde, det äldsta läkemedlet är från 1935.

Cochrane har sammanställt hostläkemedel för akut hosta hos barn, som visar att de studier som gjorts ofta är små och visar motstridiga resultat.

RIKTLINJER VID FÖRSKRIVNING

Bedöm alltid orsaken till hosta. Det kan röra sig om allt från infektion till lungtumor, astma, läkemedelsbiverkan (ACE-hämmare) m.m. Behandla om det finns specifik behandling, men tänk efter och förskriv inte ut hostläkemedel slentrianmässigt. Antibiotika har ingen som helst

effekt vid virusorsakad hosta och det kan vara lugnande för patienten att känna till att hosta ibland kan sitta i flera veckor efter att förkylningen gått över.

ICKE-FARMAKOLOGISK BEHANDLING

- Rikligt med varm eller ljummen dryck kan ha en lindrande verkan då slemmet blir lättare att hosta upp
- Höjd huvudända på sängen med t ex en extra kudde
- Undvik fysisk aktivitet såsom träning
- Rökning och dammiga miljöer ska undvikas då det kan förvärra symtomen

RECEPTBELAGDA HOSTLÄKEMEDEL

Det finns två huvudtyper av hostläkemedel, slemlösande (expektorantia) och hostdämpande (antitussiva) och ibland i kombination. Ingen hostmedicin botar hosta.

Man bör vara försiktig med hostmediciner innehållande etylmorfin särskilt till små barn pga. av risk för andningsdepression.

Mollipect innehåller bromhexin och efedrin. Bromhexin sägs ha slemlösande effekter och efedrin avsvällande och luftförvidgande egenskaper. De studier som finns visar att den slemlösande komponenten (bromhexin) kan ha en viss, men dock li-

Lagen om nationell läkemedelslista | Träder i kraft | juni 2020

Ger samlad bild av patientens ordinationer

Den 13 juni 2018 röstades lagen om nationell läkemedelslista igenom i riksdagen. Lagen ersätter nuvarande lagar om receptregister och läkemedelsförteckning och träder i kraft den 1 juni 2020.

Den 1 juni 2022 blir det obligatoriskt att all hantering av recept på läkemedel, förskrivna hjälpmedel och livsmedel sköts via nationella läkemedelslistan. Detta innebär ett stort förändringsarbete som om-

fattar många aktörer. Landsting, regioner och kommuner kommer behöva bygga om förskrivningsmoduler och andra system som hanterar information om förskrivna läkemedel. Det behövs även en översyn på arbetssätt för de som ordinerar läkemedel för att säkerställa en korrekt läkemedelslista.

Lagen innebär att information om patientens receptförskrivna och uthämtade läkemedel kommer samlas i ett register, nationella läkemedelslistan, hos e-hälsomyndigheten. Registret kommer att innehålla både dosrecept och e-recept samt hjälpmedel som förskrivs på hjälpme-

delskort och livsmedel som förskrivs på livsmedelsanvisning. Däremot kommer rekvisitionsläkemedel inte vara synliga i den nationella läkemedelslistan.

Att skapa tillgång till patientens förskrivna läkemedel och hjälpmedel samtidigt som patientens integritetsskydd uppfylls är ett av de övergripande målen med registret.

En bättre patientsäkerhet kan uppnås då vården, omsorgen, apoteken och patienten har samma tillgång till patientens förskrivna och uthämtade läkemedel. Detta kan minska risken för felaktiga läkemedelskombinationer. ■

att hostläkemedel fungerar

ten effekt på slemmets klubbighet, däremot ingen effekt på hosta, andnöd eller lungfunktion. Efedrin verkar luftrörsvidgande men har ingen effekt på hosta om den inte beror på en luftrörsförträngning. Efedrin har bevisad effekt på astma hos barn över 7 år, men används inte längre då modernare läkemedel finns. Dokumentation saknas för hostdämpande effekt. För efedrin finns många inrapporterade biverkningar.

Cocillana-Etyfin innehåller bl a cocillanaextrakt, senegaextrakt, etylmorfinhydroklorid och etanol. Cocillana-Etyfin kan ha effekt på rethosta (etylmorfin liksom an-

dra morfinderivat har en andningsdämpande effekt), men är olämplig vid obstruktiv genes till hosta, t ex vid astma, obstruktiv bronkit hos barn och patienter med KOL.

Ett observandum är att Cocillana-Etyfin även används i berusningssyfte, vilket gör att viss försiktighet vid förskrivning kan vara lämplig.

Lepheton (etylmorfin+ efedrin) innehåller både en dämpande (etylmorfin) och uppiggande (efedrin) komponent. Inga studier visar att Lepheton har någon hostdämpande effekt, dessutom innehåller läkemedlet två komponenter som kan ge

upphov till biverkningar.

Lepheton-Desentol (etylmorfin, efedrin och difenhydramin) som ovan med tillägg av difenhydramin som är ett antihistamin som saknar effekt på hosta.

Acetylcystein har påvisad effekt vid exacerbationer av KOL, samt för patienter med cystisk fibros. Effekten har ännu inte dokumenterats för längre behandlingstid än 6 månader. Acetylcystein bör inte användas som slemlösningsmedel då det inte finns någon dokumenterad effekt mot slem. Patienter kan uppleva att det blir lättare att hosta upp slemmet, då slemmet löses upp något vid intag av dryck.

Läkemedelsverket summerar evidensen för hostläkemedel

Evidens saknas för rekommendation av farmakologisk behandling av hosta i samband med luftvägsinfektioner med hänvisning till att:

- det saknas modern dokumentation av hostdämpande läkemedel.
- placeboeffekten är stor vid symtomatisk hostdämpning.
- det saknas evidens för slemlösningsmedel.

Informera

- om att naturalförloppet för luftvägsinfektion är i genomsnitt cirka tre veckor. För 30 % av patienterna är tiden längre, upp till 4-5 veckor.
- om att symtomtiden inte förkortas vid akut bronkit.
- om att antibiotika kan ge biverkningar.
- om riskerna med resistensutveckling.

Ge råd om rökstopp

LÄKEMEDEL | Restnoteringar

Inte rådlös vid restnoteringar

När ett läkemedel blir restnoterat innebär det att tillverkaren inte kan leverera läkemedlet under en period. Orsaken kan vara tillverkningsproblem, brist på aktiv substans eller högre efterfrågan än förväntat.

Läkemedelsföretagen har det övergripande ansvaret att informera andra aktörer vid en restsituation eller förväntad restsituation som beräknas överstiga tre veckor. Företagen har även enligt läkemedelslagen skyldighet att informera om dessa restsituationer till Läkemedelsverket.

På Läkemedelsverkets hemsida publiceras aktuell information från företagen om när restnotering inträffar och hur länge den förväntas pågå.

Läkemedelsverket lägger också ut rekommendationer för åtgärder som kan vidtas. Finns generiska alternativ på det restnoterade läkemedlet anges detta. Då utbytbara läkemedel saknas kan förslag på annan beredningsform, styrka eller aktiv substans ges. Saknas även detta alternativ kan åtgärder som att bevilja dispens eller licens på andra produkter som inte marknadsförs i Sverige tillämpas.

Som förskrivare kan du alltid se tillgängligheten på apotek av alla läkemedel som

inte är narkotikaklassade på fass.se.

När du sökt fram läkemedlet på fass.se finns en funktion till höger som heter *sök lagerstatus*. Där kan du välja vilken förpackningsstorlek samt, genom val av län och ort, se vilka apotek som lagerhåller det aktuella läkemedlet.

Om varan inte finns i lager eller har status fåtal kan det vara motiverat att gå in på Läkemedelsverkets hemsida (www.lv.se/rest) och se om läkemedlet finns angivet på restnoteringslistan.

Skulle läkemedlet inte vara restnoterat kan apoteket med största sannolikhet beställa hem det till nästkommande dag.

Stärkt patientsäkerhet i fokus – igen

ETT TEMAOMRÅDE i detta nummer av MiX är KOL. Vi har under senare år haft flera omgångar med KOL-tema. Skälet att vi tar upp det denna gång är relaterat till resultaten i TIE-studien som är gjord i regionen.

I studien ser man att många KOL-patienter får felaktig behandling utifrån gällande riktlinjer. Ofta är det fråga om överbehandling med inhalationssteroider, som leder till risk för biverkningar, genererar onödiga läkemedelskostnader och tar resurser från områden där sjukvården kunnat göra bättre nytta. Vi vet också att många personer med luftrörsbesvär är underbehandlade, för dessa finns risk för negativt hälsoutfall med allt vad det innebär för individ och samhälle.

Vi hoppas artikeln kommer ge dig verktyg att ompröva behandling med inhalationsläkemedel för Astma och KOL utifrån gällande evidens och riktlinjer.

I SYFTE ATT STÄRKA patientsäkerheten vill vi också slå ett slag för att systematiskt arbeta med *Medrave* för att förbättra kvaliteten i förskrivningen av läkemedel. I detta nummer av MiX visas ett handfast exempel på hur du på din enhet enkelt kan skapa en rapport, som kan ta fram allvarliga D-



Björn Ericsson Specialist i allmänmedicin, familjeläkare vid Sättra HC och LK:s ordförande.

interaktioner. Underlaget kan sedan användas för att utvärdera och ompröva riskfylld behandling.

REGION GÄVLEBORG har påbörjat ett systematiskt arbete i projektform för att implementera Socialstyrelsens nya läkemedelsföreskrift. Alla verksamhetschefer i förskrivande verksamheter kommer att besökas av projektteamet. Arbetet syftar framförallt till att öka medvetenheten av vikten

av att göra enkla läkemedelsgenomgångar i samband med ordination av läkemedel och att man förmedlar ordinationen skriftligt till varje patient.

Psykiatrien har redan kommit långt i detta arbete. Man har arbetat systematiskt med uppföljningen och sett goda effekter på patientnöjdhet, delaktighet, förbättrad följsamhet till behandling och förbättrad arbetsmiljö. En bieffekt har varit ökad patientkontinuitet, vilket även skapat effektivitetsvinster. Arbetet är långsiktigt och kräver engagemang av alla enheter och förskrivare för att det ska ge bästa möjliga patientnytta.

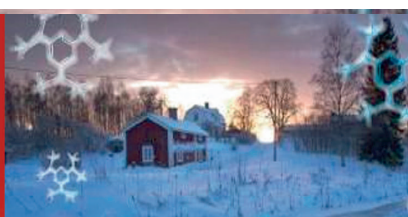
ARBETET MED Nationella Läkemedelslistan (NLL) fortsätter. Slutprodukten ligger några år framåt i tiden. Förhoppningsvis har vi då tillgång till en samlad bild av patientens alla förskrivna och uthämtade läkemedel.

Kontaktperson från NLL i Region Gävleborg är *Johanna Carlsson*, enhetschef på läkemedelsenheten.

VI HAR FLAGGAT FÖR slutenvårdsdos flera gånger, snart är vi där på riktigt. Läkemedelsenheten ser verkligen fram emot att få komma igång. Målsättningen är att starta de två pilotavdelningarna den 6 november.

Mellansvenskt läkemedelsforum

Västerås 6 - 7 februari 2019



www.regionorebrolan.se/sv/Halsa-och-varld/For-varldgivarer/Lakemedelskommitten/Lakemedelskommitten/Utbildninginformation/Mellansvenskt-lakemedelsforum-Vasteras-3-42-2010/



Redaktionen

Elin Isaksson, apotekare, redaktör.
elin.isaksson@regiongavleborg.se

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin,
ordförande.
bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

Fredrik Hagerman, specialist i allmän-
medicin, informationsläkare.
fredrik.hagerman@regiongavleborg.se

Produktion TETHA Grafisk form

MiX på nätet

www.regiongavleborg.se/lakemedel

Extern post

Hälso- och sjukvårdsgemensamma resurser
Gävle sjukhus
801 87 GÄVLE

Intern post

Läkemedelsenheten
Budstation -69 -

Tryck Gävle Offset 2 000 ex