



# Behandlingsbladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK  
NR 2, OKTOBER 2014, ÅRGÅNG 17

## Ordföranden har ordet

**Detta behandlingsblad sätter fokus på två områden. Det första området handlar om osteoporos där förändringar sker i landstinget för att åstadkomma en bättre diagnostik och behandling. Det finns även en del som talar för att en underbehandling kan föreligga av bisfosfonater (se artikel av Eija Lundströmer).**

■ Eija Lundströmer endokrinolog från expertgrupp rörelseorgan har tillträtt en överläkars tjänst för att sätta ”extranurr” just på detta område och har tillsammans med Ingrid Brännström, klinikapotekare och läkemedelskommitténs representant i expertgrupp rörelseorgan sett över rekommendationerna. Guntis Kilkuts, distriktsläkare från Stadsvikens hälsocentral och med i ALK, har även varit delaktig i arbetet. Förutom uppdaterade rekommendationer framkommer en del runt den verksamhet som nu bland annat Eija bygger upp runt osteoporos, en del runt de diagnostiska verktyg som finns samt hur läkemedelsbehandling bör ske vid vissa situationer exempelvis vid kortisonbehandling.

Det andra området sätter fokus på hur vi förskriver beroendeframkallande läkemedel och med detta Behandlingsblad

”Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel är i sig en svårighet.”

följer en liten broschyr som är tänkt att fungera som en hjälpreda för att åstadkomma en mer ändamålsenlig förskrivning. Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel är i sig en svårighet. Läkemedlen har

många gånger sin plats i terapin, men med tanke på att de åtminstone till en början hjälper så bra händer det att de ofta blir kvar längre än vad som är befogat. Att verkligen ta sig tid att sätta sig in i den medicinska indikationen vid användning, fundera över tidsaspekten och redan från början ha en plan för hur nedtrappning och hur eventuell receptförnyelse ska gå till är viktigt. Det optimala är givetvis att förnyelse sker av samma läkare som först förskrivit läkemedlet, men ibland är det inte möjligt. Att redan från början ha dokumenterat i journalen eller i rutan för läkemedelsnotat underlättar för nästkommande kollega och minskar risken för att läkemedlet blir kvar längre än det var tänkt från början.

Vi hoppas att detta är några steg på vägen mot en bättre läkemedelsbehandling både när det gäller benskörhet och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Det finns mycket att tänka på och visst är det till exempel konstigt att zolpidem (Stilnoct) säljs i 100-förpackningar när indikationen är korttidsbehandling av sömnlöshet.

SVEN HAGNERUD  
Läkemedelskommitténs ordförande

## ”Min förskrivning” via e-tjänstlösning

■ Möjligheten finns nu, som enskild förskrivare eller som verksamhetschef för en vårdenhets, att beställa och få tillgång till förskrivning på förskrivarnivå. Dessa erhålls elektroniskt från eHälsomyndigheten.

Med hjälp av denna tjänst kan man följa upp och jämföra förskrivningsmönster för enskilda förskrivare. Genom att prenumerera på ”min förskrivning” kan du som förskrivare se alla recept du skrivit ut som också hämtats ut på apotek under den senaste tre månaderna. Begränsningen på tre månader beror på att lagring i receptregister inte är tillåtet för längre tid än så. Uppgifterna går att beställa i olika rapporter.

E-tjänsten är kostnadsfri. Beställningen kan enbart göras av den enskilde förskrivaren

eller av den närmaste verksamhetschefen.

För att kunna upprätta en förskrivningsprofil måste du ha en giltig arbetsplatskod och en giltig förskrivarkod. Du måste även ha skrivit ut fler än 25 recept eller 500 expeditionstillfällen för dospackade läkemedel under de senaste tre månaderna.

För att kunna använda Min förskrivning behöver du identifiera dig med hjälp av antingen tjänstekortslegitimationen (SITHS-certifikat eller SMS-inlogg) eller e-legitimation från Telia, Nordea eller BankID (mobilt BankID stöds inte). När du identifierat dig beställer du rapporterna som kan hämtas i pdf-format.

För mer information, se [www.ehalsomyndigheten.se](http://www.ehalsomyndigheten.se).

LINDA GRAHN  
Informationsapotekare

## Itererade narkotikarecept

**Itererade narkotikarecept – kom ihåg att namnge på vilket apotek receptet ska vara giltigt i de fall tung narkotika itereras.**

■ Sedan tidigare är det möjligt att förskriva recept på narkotika klass II och III för fler än ett uttag, ex morfin, oxikodon, flunitrazepam.

Förutsättningen för detta är att förskrivaren på receptet anger vilket apotek som receptet ska förvaras och expedieras på. Den information anges lämpligast

i doseringsfältet efter angiven dosering. Expedition får således endast ske från det namngivna apoteket och receptet får inte lämnas ut till patienten.

Läkemedel som innehåller tramadol eller kodein kan förskrivas för flera uttag, men receptblankett för särskilda läkemedel måste användas. Här behöver man inte ange i doseringstexten att det ska förvaras på ett namngivet apotek.

LINDA GRAHN  
Informationsapotekare

# Nya rekommendationer – osteoporosläkemedel

**Osteoporos, benskörhet, innebär nedsatt mineralinnehåll i skelettet. Detta i sin tur ger en ökad frakturrisik, ibland redan efter lågenergitrauma, som t.ex. fall i samma plan.**

■ Dessa lågenergifrakturer är vanligen kotkompressioner, höft-, bäcken-, handleds- eller överarmsfrakturer. Med rätt behandling kan hälften av frakturerna förebyggas hos högriskgrupper. Trots att osteoporos är en folksjukdom, är den både underdiagnostiserad och underbehandlad i hela Sverige men särskilt i Norrbotten. Detta framgår tydligt i *Öppna jämförelser 2013 – Hälso- och sjukvård – Jämförelser mellan landsting, där Norrbotten är näst sämst vad gäller "Läkemedel mot benskörhet efter fraktur"*. Ett steg framåt i osteoporosvården är Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. FRAX lyfts fram som ett viktigt verktyg (se Faktaruta 1). Det är svårare att sammanfatta behandlingsrekommendationerna men jag har gjort ett försök, se nedan.

Ett stort steg framåt i Norrbotten är att vi äntligen kommer att ha en bentäthetsmätare i egen regi. Mätaren placeras på Sunderby sjukhus och beräknas vara i drift i slutet av oktober-november. Remiss (allmänremiss) kan redan nu sändas

till Osteoporosmottagning, remisskod **lbmedost**, ange remissorsak **Bentäthetsmätning** eller **Btm**. FRAX ska framgå på obehandlade patienter.

Utöver behandlingsrekommendationerna är HÖK på gång. Mycket arbete återstår för oss alla, framför allt att identifiera osteoporospatienterna.

## Indikationer för läkemedelsbehandling

*Mycket stark behandlingsindikation:* • Kot- eller höftfraktur efter lågenergitrauma oberoende av FRAX. • Annan lågenergifraktur och FRAX > 30% och T-score < -2,0 SD.

*Individuell behandlingsindikation:* • Annan lågenergifraktur och FRAX 15-30% och T-score < -2,0 SD.

*Ingen eller svag behandlingsindikation:* • Annan lågenergifraktur och FRAX < 15% och T-score > -2,0. • Ingen fraktur och FRAX < 20% oberoende av T-score (även om < -2,5 SD).

## Profylax vid kortisonbehandling

Det finns inga aktuella svenska rekommendationer att stödja sig mot när det gäller osteoporos-

## Rek. läkemedel

### BENSPECIFIK BEHANDLING

#### 1:a hand - Bisfosfonat peroralt

*Alendronsyra M05BA04*  
**ALENDRONAT** veckotablett  
Kommentar: Tas fastande för optimal absorption. Magbiverkningar, relativt dålig compliance, följ därför upp för ev. terapibyten. Inte vid GFR < 35 ml/min. Behandlingstid vanligen ca 5 år, därefter ny utvärdering. Ovanliga biverkningar: atypisk femurfraktur (tänk vid atypisk ben/höftsmärta), osteonekros i käk (ev. större käk- eller tandingrepp ska göras före behandling).

#### 2:a hand - Bisfosfonat intravenöst

*Zoledronsyra M05BA08*  
**ACLASTA**  
Kommentar: rekvisionsläkemedel, beställs till den behandlande enheten. Ska skrivas på LM som "Läkemedel utan recept" så att behandlingen framgår. Ges i.v. en gång/år. Inte vid GFR < 35 ml/min. Många får influensaliknande biverkningar i några dagar, lindras med paracetamol eller ibuprofen. Behandlingstid i första hand ca 3 år, därefter ny utvärdering. Ovanliga biverkningar: atypisk femurfraktur (tänk vid atypisk ben/höftsmärta), osteonekros i käk (ev. större käk- eller tandingrepp ska göras före behandling).

#### 3:e hand

*Denosumab M05BX04*  
**PROLIA**  
Kommentar: ges två gånger/år subcutant. Kan ges till njursjuka. Risk för

hypokalcemi, risken ökar med ökande grad av nedsatt njurfunktion. S-Calcium ska kontrolleras, se FASS. Ovanliga biverkningar: atypisk femurfraktur (tänk vid atypisk ben/höftsmärta), osteonekros i käk (ev. större käk- eller tandingrepp ska göras före behandling).

*Raloxifen G03XC01*

#### RALOXIFEN

Kommentar: Endast postmenopausala kvinnor, tidigast två år efter menopaus. Risk för DVT.

#### Preparat specialiserad vård

*Teriparatid H05AA02*

#### FORSTEO

Kommentar: Godkänd subvention för begränsade patientgrupper (kotkompressioner).

## KALCIUM OCH VITAMIN D

*Calcium + Vitamin D3 A12AX*

#### KALCIPOS-D FORTE

#### CALCHICHEW-D3 FORTE

#### CITRON

Kommentar: 500 mg kalcium och 800 IE Vitamin D3/dygn. Ges som tillägg vid all benspecifik behandling (t.ex. bisfosfonat). Som singelprofylax endast vid kortisonbehandling vid normal benmassa eller till multisyjuka över 80 år med bristande solexposition.

*Kolecalciferol (Vitamin D3)*

#### A11CC05

#### DIVISUN

Kommentar: 800 IE Vitamin D3/dygn. Som singelbehandling om kalcium inte kan tolereras eller om kalciumtillägg inte är lämpligt t.ex. vid primär hyperparathyroidism.

profylax vid kortisonbehandling. Det är rimligt att ta hjälp av FRAX med bentäthetsvärde. Eftersom FRAX inte tar hänsyn till kortisondos och behandlingens längd måste dessa tas med i den egna bedömningen. Man kan också få viss vägledning från gamla rekommendationer som är baserade på riktlinjer från Läkemedelsverket 2007:

- Benspecifik behandling bör övervägas vid kortisondos motsvarande > 5 mg Prednison under > 3 månader.
- Patienter med tidigare lågenergifraktur bör få profylax oberoende av mätvärden, behandling bör insättas parallellt med kortison.
- Var frikostig med bentäthetsmätning.
- Postmenopausala kvinnor utan

tidigare fraktur ges profylax om T-score < -1,0 SD. För män och yngre kvinnor kan lägre värden accepteras.

- Behandlingen bör fortgå så länge kortisonbehandlingen pågår.
- Kalcium och D-vitamin ges till alla, även vid normal benmassa.

## Icke-farmakologisk behandling

Ska övervägas på alla. Syftet är att motverka osteoporos samt fallprevention. Fysisk träning med vikt bärande aktiviteter, balansträning. Rökstopp om rökare! Sanering av boendemiljö och sanering av sederande läkemedel.

EIJA LUNDSTRÖMER

Överläkare Osteoporosmottagning

### FAKTARUTA 1

#### FRAX®

FRAX (WHO Fracture Risk Assessment Tool) är ett webbaserat hjälpverktyg för beräkning av 10-års risk för lågenergifraktur. FRAX kan beräknas utan bentäthetsmätning för att avgöra indikation för mätning (FRAX > 15%). FRAX kan också beräknas tillsammans med resultat från bentäthetsmätning för att bedöma indikation för läkemedelsbehandling.

Länk: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=5>. Obs land = Sverige. Språk kan väljas upp till höger i formuläret.

### FAKTARUTA 2

#### Bentäthetsmätning

Mineralinnehållet (bentätheten) kan mätas med DXA (Dual energy X-ray Absorption), svag röntgenstrålning. För att bäst kunna förutsäga frakturrisik ska s.k. central DXA göras, standard är mätning i ländrygg och vänster höft. Resultaten jämförs med värdet för unga vuxna i samma befolkning (T-score) och anges som standardavvikelse (SD). WHO's definition av osteoporos innebär ett bentäthetsvärde på < -2,5 SD.