



God Jul
Gott Nytt År

Behandlingsbladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK
NR 4, DECEMBER 2013, ÅRGÅNG 16

När man inte förstår

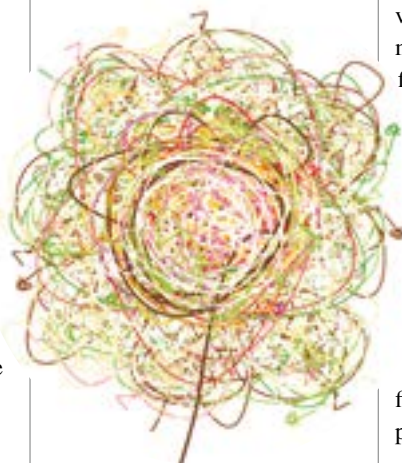
Nyligen fick Linda Grahn en fråga från en äldre herre. I frågan beskrev mannen att han fått ett blodtryckssänkande läkemedel utskrivet av sin läkare efter en hjärtinfarkt. I verkligheten blev det emellertid så att han fick två olika blodtryckssänkande mediciner istället.

■ Detta ledde till att han så småningom hamnade på sjukhus eftersom trycket blev för lågt. Under sjukhusvistelsen uppbyggades att ett hade blivit två och mannen undrade i sin fråga: "Hur kunde det bli så?"

Vid utskrivningen hade recept på ett blodtryckssänkande läkemedel skickats, men man hade därefter ångrat sig och istället skickat ett annat recept. I journalen hade det först skickade receptet tagits bort och läkemedelslistan stämde. Däremot hade man inte meddelat apoteket att det första receptet skulle makuleras. Då mannen heller inte vid utskrivningen från sjukhuset hade uppfattat ordinationen litade han på den "medicinlista" han fick på apoteket. På den listan stod det två olika blodtryckssänkande läkemedel och han tog båda dessa - ett hade alltså blivit två.

I historien ovan finns det ett antal olika faktorer att fundera över. Mannen hade när han skrevs hem från sjukhuset inte förstått vilket läkemedel som var ordinerat och hur det skulle tas. Han hade antagligen heller inte fått med sig någon läkemedelslista och förlitade sig därför på den lista han fick på apoteket: "Mina sparade recept". Listan "Mina sparade recept" inne-

hållar alla de aktuella recept patienten har sparade där, men den listan behöver inte stämma överens med hur läkemedlen ska tas.



För att undvika denna typ av fel är det viktigt att patienten verkligen har förstått hur de ordinerade läkemedlen ska tas. När en ordination ångras bör även apoteket kontaktas så att receptet tas bort. Att makulera ett recept är emellertid en procedur som många gånger är krånglig. Det hade därför varit önskvärt om recept kunde makuleras redan i journalsystemet.

Syftet med NOD är att åstadkomma en sammanhållen läkemedelslista över hela kedjan - från ordinator till apotek till patient. Den läkemedelslista patienten får på apoteket kommer då att stämma överens med den

läkemedelslista vi har i journalsystemet (1).

En gemensam läkemedelslista över hela kedjan är kanske extra viktig hos den äldre multisjuka med många läkemedel. Idag finns ingen möjlighet att vid en läkemedelsgenomgång stämma av med den läkemedelslista patienten får på apoteket i form av "Mina sparade recept". Den informationen finns inte elektroniskt tillgänglig för vården, inte ens om patienten ger sitt samtycke, eftersom det finns ett lagkrav som förbjuder patienten det (2).

För en säkrare läkemedelshandtering finns det således många faktorer att fundera över - från läkemedelsinformation till patienten till önskemål om lagar som stöder en säker läkemedelshandtering utan att göra intrång på patientintegriteten.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



1. Nationella Läkemedelsstrategin Handlingsplan 2011-2013 Sammanfattning av Handlingsplanens punkter till och med hösten 2013 [http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/NLS/NLS-status%20H%C3%B6g-niv%C3%A5m%C3%B6tet%20oktober%202013%20\(3\)%20_2.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/NLS/NLS-status%20H%C3%B6g-niv%C3%A5m%C3%B6tet%20oktober%202013%20(3)%20_2.pdf)
2. SFS 1996:1156 Lag om receptregister. Stockholm: Socialdepartementet http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-1996-1156/

Ändrad rekommendation – Ovesterin i stället för Vagifem

■ Vi skrev i föregående Behandlingsblad att originalpreparatet Vagifem Novo Nordisk utesluts ur förmånen, men att vissa parallellimporterade Vagifem vaginaltabletter fortsatt skulle ingå. Eftersom Vagifem fortfarande finns på vår rekommendationslista, var vår plan att i läkemedelsmodulen "grönmarkera" de Vagifem-preparat som fortsatt ingår i förmånen. I samband med att beslutet trädde i kraft 1:a oktober visade det sig att tillgängligheten på de parallellimporterade preparaten som fortsatt ingår i förmånen är osäker.

Detta leder till att sannolikheten är stor att Vagifem rent praktiskt kommer att vara svårtillgänglig inom förmånen. Läkemedelskommittén har därför beslutat att rekommendera Ovesterin vagitorium istället för Vagifem. För de patienter, som upplever fördelar med Vagifem jämfört med Ovesterin finns läkemedlet fortsatt tillgängligt, men sannolikheten är stor att patienten får stå för hela kostnaden själv då Vagifem inte längre omfattas av högkostnadsskyddet.

Är utvecklingen konstruktiv?

Ibland kan man undra vilka krafter som styr läkemedelsutvecklingen? Ett intressant exempel på detta är utvecklingen av medicineringen mot järnbrist/anemi.

■ Järnbristanemi är ett "urgamalt" tillstånd och tillförseln av järn känslig. Messmör har räddat många svenskar under årens lopp, och de klassiska järngrytorna har även i övrigt bidragit med ett tydligt järntillskott till kosthållningen. Så småningom utvecklades järnpreparat att ta per os, och sedan även i injektionsform. En spruta i veckan under två månader har återställt järnbalansen hos många gravida och patienter med blödande magsår. Det gjorde ibland ont en stund, och tablettorna gav ofta magbiverkningar. En del preparat var inte så effektiva.

Så kom olika beredningar för intravenös tillförsel. De uppgavs vara mycket bättre, effektivare och utan besvärande biverkningar. Således värda sitt ibland höga pris. Det blev "ute" att ge peroralt järn – och intramuskulära injektioner försvann i historiens dunkel. Primärvården som skulle administrera detta fick problem. Att ge i.v dropp under utdragna sessioner ställde krav på personal och lokaler. Det blev inte helt lätt, och antagligen skedde det lite ad hoc eller patienter som borde fått injektioner fick i stället långdragna perorala kurer.

Informerat samtycke

Nu sluts historien. Intravenösa behandlingar har visats ge

allvarliga biverkningar, och en europeisk utvärdering av nyttan och riskerna har påverkat rekommendationerna i restriktiv anda. Går det att kommunicera dessa risker med patienterna, så att de kan utnyttja sin rätt till informerat samtycke?

Skärpta rekommendationer

"Alla intravenösa järnpreparat kan orsaka allvarliga, ibland fatala överkänslighetsreaktioner, ...även om de tidigare har tolererats (inklusive negativ reaktion på testdos)" konstaterar utvärderingen. Samtidigt konstaterar man lite patriarkalt att "fördelarna fortfarande överväger nackdelarna", om ett antal punkter beaktas. De tillverkande företagen har tvingats gå ut med skärpt produktinformation till

förskrivarna, där man räknar upp sju allvarliga och kraftfulla reservationer eftersom till och med dödsfall inträffat efter behandling av detta i sig beskedliga bristtillstånd:

- Det finns risk för överkänslighet på sedvanligt sätt mot substansen eller hjälpämnen.
- Allergier, immunologiska och reumatiska sjukdomar (inkl



RA!) är närmast kontraindikation till injektion – "om inte fördelarna bedöms betydligt större än den potentiella risken".

- Produktinformationen måste följas noggrant (sic!)
- Bara personal med utbildning i, och med utrustning för, att kunna hantera anafylaktiska

das under graviditet om det inte är absolut nödvändigt. Riskerna för fostret kan vara allvarliga...

Man kan ju se det som positivt att biverkansrapporteringen fungerat, när begränsningar som dessa uppkommer efter några år på marknaden, men det belyser

"Går det att kommunicera dessa risker med patienterna, så att de kan utnyttja sin rätt till informerat samtycke?"

reaktioner och återupplivning ska ge infusionerna.

- Alla läkare ska noggrant informera sina patienter om risker och biverkningar "före varje administreringstillfälle".
- Patienterna ska noggrant observeras minst 30 minuter efter varje (riktlinjernas märke) tillfälle.
- Behandlingen ska inte använ-

också riskerna med att på bred front anamma nya läkemedel och beredningsformer.

ROBERT SVARTHOLM
Informationsläkare



Referenser:

Informationsutskick 131009
För ytterligare information:
info.nordic@viforpharma.com
info@pharmacosmos.com
<http://www.ema.europa.eu/ema/>
<http://www.lakemedelsverket.se>

Läkemedelsfrågor

Nedanstående är ett urval av var svar på specifika läkemedelsfrågor kan erhållas i tillägg till den läkemedelsinformation som bland annat förmedlas via Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

■ **Drugline:** Drugline nås på länken www.drugline.se och innehåller 14 500 läkemedelsfrågor från sjukvården med evidensbaserade svar. Drugline har utvecklats vid läkemedelsinformationscentralen vid Karolinska och är sedan början av året fritt tillgänglig. Användarmanual nås på följande länk:

<https://www.nllplus.se/upload/IB/Ig/hse/Norrbottnens%201%c3%a4kemedelskommitt%c3%a9/L.%c3%a4kemedel/Drugline-Drugle-manual.pdf>

■ **Micromedex:** Micromedex är en databas som till en början kan kännas något svår att greppa, men å andra sidan innehåller databasen mycket information. Databasen är på engelska och innehåller bland annat förutom

information på substansnivå, läkemedelsöversikter och guidelines. NLL betalar en licenskostnad för Micromedex och databasen nås via vårdbibliotekets sida via intranätet.

■ **Elinor:** Är en service för sjukvården i Norra regionen och på Elinor besvaras läkemedelsrelaterade frågor. Ofta är frågor patientanknytna. Elinor kan även bistå läkemedelskommitté-

erna med läkemedelsvärdering. Det är fritt för förskrivare inom NLL att skicka frågor till Elinor och det görs på ett formulär som nås på följande adress: www.vll.se/fragaelinor. Varje fråga betingar en avgift som belastar läkemedelssektionen varför vi gärna ser att en kopia på frågan skickas till marlene.eliasson@nll.se.

Linda: Apotekare, som för närvarande arbetar för en bättre

läkemedelsanvändning hos äldre. Tidigare har Linda bland annat arbetat med läkemedelsinformation på vårdcentraler och vi ser gärna att man hör av sig till Linda som kontaktperson för läkemedelsfrågor. Linda nås på: linda.grahn@nll.se

Stig: Stig är läkemedelskommitténs sekreterare, och han bevakar området Läkemedel och miljö. Frågor som specifikt rör läkemedels miljöpåverkan kan

skickas till Stig:
stig.andersson@nll.se

Glöm heller inte produktresuméerna som innehåller mer information om läkemedlet än själva

Fasstexten. Produktresumén nås enkelt via Fass i menyraden på bilden nedan.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs ordförande



Generiskt utbyte

Det är väl känt att många frågor finns när det gäller utbyte till ett billigare preparat hos apotek inte minst bland patienterna. TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket), som granskar och tar beslut om vilka läkemedel som ska ingå i högkostnadsskyddet har därför tillsammans med Läkemedelsverket nyligen utarbetat ett informationsmaterial om generiskt utbyte.

■ Informationsmaterialet som riktar sig till förskrivare, men även till farmaceuter och patienter hittar ni på TLV's hemsida på följande webadress: (<http://www.tlv.se/apotek/informationsmaterial-om-det-generiska-utbytet/>). Därifrån kan även en patientfolder skrivas ut och ges till patienten vid frågor runt det generiska utbytet.

Vilka läkemedel är då utbytbara? Det är Läkemedelsverket som gör den bedömningen. Läkemedel med samma substans, styrka och beredningsform, som bedöms ha samma effekt kan ingå i en utbytesgrupp där de läkemedlen sinsemellan då blir utbytbara på apotek. Information om de olika utbytesgrupperna hittar man på Läkemedelsverkets hemsida på länken "Utbytbara läkemedel".

Det ställs lika höga kvalitetskrav på de generiska läkemedel, som på originalläkemedlen och samtliga läkemedel godkänns av Läkemedelsverket eller EU-kommissionen innan de får

säljas. För att ingå i en utbytesbarhetsgrupp ska läkemedlet enligt bedömningen vara medicinskt likvärdigt.

De läkemedel som inte ingår i förmånen kan inte bli aktuella för generiskt utbyte. Alla läkemedel är inte heller utbytbara. Det kan exempelvis vara fallet när bioekvivalens inte visats mellan läkemedlen eller då olika födoämnesinteraktioner med läkemedlet förligger. Om det aktuella läkemedlet har ett snävt terapeutiskt fönster, vilket

exempelvis är fallet för vissa epilepsimediciner kan utbyte även förhindras. Andra exempel kan vara betydelsefulla skillnader i bipacksedeln eller skilda smaker när det gäller läkemedel som riktar sig till barn.

Att informera om det generiska utbytet är viktigt och har betydelse för att inte orsaka en osäkerhet hos patienten. Det kan till exempel hända att en patient motsätter sig ett byte på apoteket eftersom man anser att farmaceuten inte "kan byta ut" den medicin som doktorn förskrivit. Hos många kan det även verka förvirrande att "samma" läkemedel inte ser likadant ut som föregående tillfälle det hämtades ut på apoteket.

Om byte inte ska ske kan läkemedlet kryssas. Genom att sätta

kryss i rutan "får ej bytas" är ett generiskt utbyte inte möjligt. Förutom förskrivaren kan även expedierande farmaceut och patienten motsätta sig ett utbyte. Hur det hanteras skiljer sig till viss del åt.

Om utbytet inte är lämpligt på medicinska grunder exempelvis om man uppfattar att det blir svårhanterligt för patienten med risk för felmedicinering "kryssar" förskrivaren läkemedlet. Läkemedlet subventioneras då fullt ut och betalas av den som har betalningsansvar för läkemedlet.

Den expedierande farmaceuten kan även bedöma om ett utbyte är rimligt och kan även kryssa läkemedlet.

Patienten kan även själv motsätta sig ett utbyte och betalar då mellanskillnaden mellan "periodens vara" och det förskrivna läkemedlet. Om patienten önskar ett annat läkemedel än det förskrivna betalar patienten hela kostnaden själv.

Det kan ibland upplevas krångligt med det generiska utbytet, men man bör då betänka att om vi hade betalat samma pris som när läkemedlen var patentskyddade hade kostnaden varit 8 miljarder högre per år, vilket motsvarar driften av nästan 300 vårdcentraler.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs ordförande



Folder för patienter.

Affisch, faktablad och kunskapsunderlag.

Norrländska Läkemedelsdagarna fyller 10 år

År 2014 är det 10 år sedan Norrländska läkemedelsdagarna för första gången ägde rum. Sedan dess har det varit ett uppskattat årligt arrangemang. Modellen hämtades från Kanada där korta föredrag skulle besvara kritiska frågor av praktiskt värde med hjälp av evidensbaserad kunskap. Att anordna årliga läkemedelsdagarna har sedan spritt sig även till andra delar av landet, som exempel kan nämnas Mellansvenskt läkemedelsforum som årligen arrangeras av Sjuklövern.

■ Det är de fyra nordligaste läkemedelskommittéerna som anordnar Norrländska läkemedelsdagarna. Nytt för i år är att transport kommer att finnas tillgänglig med buss från Kalix, Boden, Luleå och Piteå. Liksom tidigare år utgår ingen deltagaravgift för AT-läkare. ST-läkarnas deltagande är subventionerat till 700 kr.

I år kommer frågor såsom hjärt-kärlsjukdom hos äldre, antibiotikaresistens, ångest och depression, nya antikoagulantia samt frågeställningar runt njursvikt och diabetes att belysas. Avslutningsföreläsningen hålls av Richard Cook som är professor i patientsäkerhet på KTH. Richard Cook har uppmärksammats på senare tid när det gäller frågor som rör vårdssystem och anses

vara en av de ledande experterna när det gäller systemsäkerhet i vårdorganisationer.

Programmet för Norrländska Läkemedelsdagarna:
<http://lvn.se/Halso-och-sjukvard/For-vardgivare/Lakemedel/Utbildningar/Kalenderhandelser-lakemedel/Norrlandska-lakemedelsdagarna-2014/>

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



Anmälan till Norrländska läkemedelsdagarna

För snabb och säker anmälan använd formulär på:
<http://lvn.se/v1/Formular/Anmalan-till-Norrlandska-lakemedelsdagarna-2014/>
Anmälan senast 8 januari 2014.
Deltagaravgift: 1200 kronor.
ST-läkare 700 kronor och AT-läkare gratis. Buss kommer att erbjudas från Kalix, Boden, Luleå och Piteå. Har du frågor, ställ dem enklast till: anmalan.kompetenscentrum@lvn.se

Du bokar själv ditt hotellrum. Reserverade hotellrum finns tillgängliga på Hotell Winn fram till den 8 januari.

Norrländska läkemedelsdagarna 28 – 29 januari 2014 på Umeå Folkets Hus

TISDAG 28/1

10:00–11:45

Hjärtkärlsjukdom hos äldre

Moderator: Per Magnusson ordf. i Läkemedelskommittén i Jämtland

Hjärtsvikt hos äldre

Henrik Toss, överläkare, ordf. Läkemedelskommittén Landstinget i Uppsala län

Hypertonibehandling hos äldre

Bo Carlberg, överläkare, universitetslektor, Umeå universitetssjukhus

Statiner till äldre?

Jan Håkansson, distriktsläkare, Krokoms Hälsocentral

11:45–13:00 Lunch

13:00–14:45

Hopp eller förtvivlan? Om antibiotikaresistens och infektionskänslighet

Moderator: Bertil Ekstedt, ordf. i Läkemedelskommittén i Västerbotten

Resistensutveckling bland kliniskt viktiga bakterier – nationellt och internationellt

Christian Giske, överläkare, Klinisk mikrobiologi, Karolinska universitetssjukhuset

Vad betyder resistensutveckling för oss i samhället?

Stephan Stenmark, smittskyddsläkare, Västerbottens läns landsting

Immunosuppression – en kalkylerad infektionsrisk?

Torgny Smedby, överläkare, Reumatologiska kliniken, Östersund

14:45–15:15 Kaffe

15:15–17:00

Tidig diagnos och intervention vid ångest och depressionstillstånd

Moderator: Robert Svartholm, informationsläkare, Norrbotten

Bemötande och förhållningssätt i väntan på samtalsstöd

Lotta Lindgren, leg. sjuksköterska och leg. psykoterapeut, Lotta Lindgren AB, Luleå

Louise Hamark, distriktsläkare och KBT-terapeut, Uppsala

19:00 Gemensam middag

ONSDAG 29/1

08:15–09:45

Nya antitrombotiska läkemedel

Moderator: Eva Johansson, ordf. i Läkemedelskommittén i Västernorrland

Nya trombocythämmare

Håkan Wallén, docent, överläkare, Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

Nya antikoagulantia eller Waran? – Falldiskussioner

Jonas Wallvik, universitetslektor, Medicinkliniken Sundsvalls sjukhus och Umeå universitet

Anders Sjölander, universitetslektor, Medicinkliniken Sundsvalls sjukhus och Umeå universitet

9:45–10:15 Fika

10:15 – 12:00

Njursjuk med eller utan diabetes

Moderator: Sven Hagnerud, ordf. i Läkemedelskommittén i Norrbotten

Hur gör man rätt?

Detlef Hess, med.dr., överläkare, Medicinkliniken, SÅS Borås

12:00–13:00 Lunch

13:15–14:45

Patient Safety

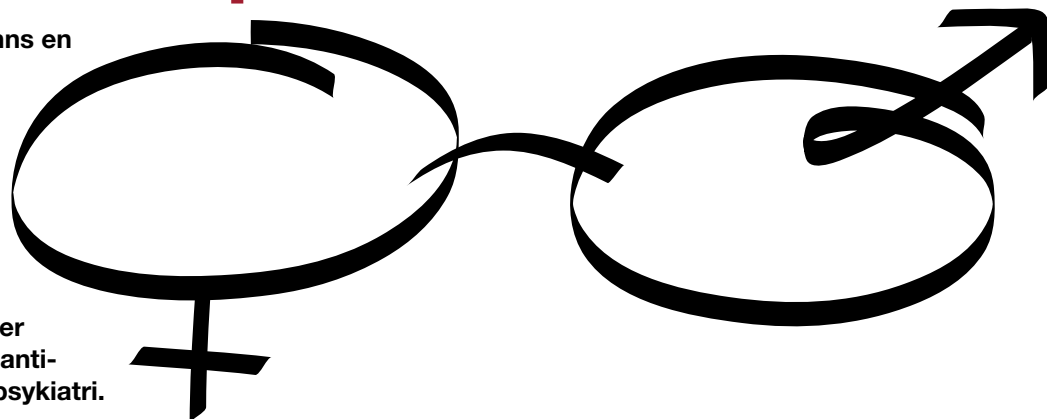
Richard Cook, professor of Patient safety, KTH

Richard Cook, a practicing physician, researcher and educator at University of Chicago between 1994 and 2012 is the first professor in Sweden of Healthcare Systems safety. Dr. Cook is an internationally recognized expert on medical accidents, complex system failures, and human performance at the sharp end of these systems.



Genus på Janus

Sedan september månad finns en ny kunskapsjänst fritt tillgänglig på Janusinfo med målet att ge strukturerad information om hur kön kan påverka läkemedelsbehandling. Tjänsten är under uppbyggnad och till att börja med finns texter om ett 50-tal olika substanser tillgängliga inom områdena anti-coagulantia, neurologi och psykiatri.



■ Genus på Janus strävar efter att enkelt förmedla information om hur könsaspekter kan påverka dosering och val av läkemedel. Beslutsstödet nås tillsammans med övriga beslutsstöd på: <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/> Välj där "Kön, genus och läkemedel" och fyll i den substans där text önskas exempelvis warfarin. Följande information framkommer efter att substans valts:

Detta är ett av de beslutsstöd som finns fritt tillgängliga via Janusinfo på nätet. När det gäller Sfnx interaktioner, läkemedel och fosterpåverkan samt amning finns det långt framskridna planer på att få in den informationen kopplad till patientens läkemedelslista tillsammans med hur njurfunktionen påverkar läkemedelsbehandlingen. Den utvecklingen har emellertid fått stå tillbaka då integrationen mot maskinell

dosdispensering kräver viktig utveckling i VAS.

Se mer i separat artikel i detta Behandlingsblad om Pascal.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



Observera förväxlingsrisk mellan tabletter/kapslar och depottabletter Oxikodonhydroklorid



■ Oxikodonhydroklorid ingår i både kortverkande och långverkande beredningar med liknande läkemedelsnamn. Efter patentutgången för originalpreparaten OxyNorm (kortverkande tablett) och Oxy-Contin (depottablett) är generisk förskrivning möjlig. Det finns risk för förväxling då både den kortverkande och långverkande beredningen kan ha samma namn. Med tanke på detta är

det extra viktigt att hänsyn inte endast tas till namnet utan även till beredningsformen.

<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Forvaxlingsrisk-mellan-tabletterkapslar-och-depottabletter-oxikodonhydroklorid/>

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



warfarin Alla : Sök Sökhjälp

Warfarin

Preparat: Coumadin, Waran Utan Färg, Waran vita, Waran®, Visa alla

Sammanfattning

Warfarin reducerar risken för tromboembolism lika effektivt hos kvinnor och män oavsett ålder. Några studier framhäver en potentiellt högre nytta hos kvinnor med förmaksflimmer eftersom deras risk för ischemisk stroke är högre.

Kvinnor kan behöva en lägre dos warfarin än män för att bibehålla ett terapeutiskt INR-värde, oavsett ålder.

Studier visar motsärliga resultat gällande blödningsrisken av warfarin mellan könen.

Observera att warfarin kan ha teratogena effekter. För mer information, se källan Läkemedel och fosterpåverkan på www.janusinfo.se.

De funna skillnaderna motiverar dock ingen generell differentiering i behandling mellan kvinnor och män.

Försäljning på recept

Fler män än kvinnor hämtade ut warfarin (ATC-kod B01AA03) på recept i Sverige år 2012, totalt 113 104 män och 79 538 kvinnor. Det motsvarar 24 respektive 17 patienter per tusen invånare. Andelen som hämtat ut läkemedlet ökade med stigande ålder hos både könen upp till och med åldersgruppen 80-84 år, därefter minskade den något. Störst könsskillnad fanns i åldersgruppen 50-69 år där warfarin var mer än dubbelt så vanligt hos män. (1)





Pascal och maskinell dosdispensering

Norbottens Läkemedelskommitté har tagit fram en rekommendation på handlingsplan med visionen: "Rätt använd dos med It-system som stöder".

■ Handlingsplanen tar sin utgångspunkt i de problem som finns när det gäller maskinell dosdispensering för närvarande. Fyra huvudområden beskrivs:

1. Åstadkomma förbättringar som gör att väntetiden minimeras.
2. Åstadkomma en för förskrivaren logisk integration av VAS för dosdispensering.
3. Åstadkomma en lösning på definierade problem i ordinationsverktyget Pascal. Denna hanteras på nationell nivå.
4. Åstadkomma rätt användning av maskinell dosdispensering i samråd mellan landsting och kommun.

Nyligen har förändringar ägt rum när arbete sker via Port-

wise, vilket är fallet på många boenden. Genom en förändring i bland annat hur serverhanteringen sker ska det nu gå snabbare. Separat information har gått ut när det gäller detta och Länsteknik utreder för närvarande hur ett samarbete bör gå till med It-ansvariga på kommunsidan när fortsatt långsamhet trots genomförda åtgärder existerar. Arbete fortgår för att lösa kvarstående långsamhetsproblem. Avseende integrationen av VAS mot maskinell dosdispensering (det som i dagligt tal oftast även nämns Pascal) bör den utvecklingen vara prioriterad och förändringar kommer förhoppningsvis någon gång varen nästa år.

Mer information kommer successivt att rapporteras avseende de förändringar som äger rum.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



Zostavax

Zostavax är ett vaccin mot bältros (herpes zoster). Även om vaccinet godkändes redan 2006 är det först nu i höst som vaccinet finns tillgängligt på marknaden.

■ 2011 beslutade TLV att Zostavax ska ingå i läkemedelsförmånen för personer 50 år eller äldre. Det finns emellertid vissa frågeställningar när det gäller långtidseffekterna av vaccinet. TLV har därför omprövat subventionen för Zostavax då den ursprungliga hälsoekonomiska analysen, som låg till grund för godkännandet inom förmånen, kan ha överskattat det långsiktiga skyddet. Det är således i nuläget oklart om Zostavax kommer att ingå i förmånen när TLV's omprövningsbeslut kommer.

NLT (landstingens grupp för nya läkemedelsterapier) rekommenderar (1) tills vidare att Zostavax inte ska förskrivas annat än i undantagsfall tills den prövning TLV gör avslutats (2).

NLL's Vaccinering har i ett uttalande kommunicerat att vaccinet ger ett bra skydd med i huvudsak endast mindre biverkningar och att det vore önskvärt att vaccinet omfattades av ett nationellt vaccinationsprogram. Vid 85 års ålder räknar man

med att 50% av befolkningen drabbats av bältros någon gång. Skyddseffektens duration har diskuterats och det är inte omöjligt att en boosterdos behöver ges efter tio år.

SVEN HAGNERUD
Läkemedelskommitténs
ordförande



1. http://www.sk.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/lakemedel/nlt/zostavax-och-xiapex
2. http://www.tlv.se/Upload/Beslut_2013/Bes-130426-zostavax.pdf



Vill du informera i Behandlingsbladet?

Redaktionen tar tacksamt emot material.
sven.hagnerud@nll.se stig.andersson@nll.se