

Covid-19 – vad har vi lärt oss?



Det är inte riktigt dags att blåsa faran över, men onekligen börjar livet återvända när Folkhälsomyndigheten lättar på restriktionerna och låter oss som är fullvaccinerade i stort sett återgå till en normal tillvaro igen. Många av oss är litet famlande, ovana vid de sociala och nära kontakter som man tidigare tog för givet. Kommer vi inom överskådlig framtid att återuppta

våra gamla vanor, som att ta i hand? Undviker vi att sätta oss nära någon annan på bussen? Tvekar vi inför närheten vid konserter och andra offentliga arrangemang?

Vårdpersonalen lägger en tid av tungt arbete och extrema uppoffringar bakom sig. Ledstjärnan i sjukvården har varit att osjälviskt ställa upp för sin medmänniska, att ta hand om dem som drabbats hårt av pandemin. En del klarade sig inte men många har tack vare överlåten personal överlevt en tuff sjukdomsperiod. Det är dystert att det fortfarande finns människor, som vägrar att vaccinera sig och därmed hjälpa till att bekämpa den värsta pandemin på ett sekel. De tror sig uppenbarligen vara odödliga och naturligt immuna och är dessutom helt likgiltiga inför risken att smitta sin omgivning. Inte ens ungdomar kan hävda sig vara motståndskraftiga. De kan också drabbas av allvarlig sjukdom även om det är ovanligt. Dessutom förekommer post-covid-syndrom med långdragna besvär som påverkar vardagslivet – bara i Västmanland har vi hundratals fall. För att inte tala om tristessen av att förlora lukt och smak under lång tid framåt, något som även kan drabba ungdomar efter ganska lindrig infektion.

Vad kan vi dra för lärdomar av pandemin? För en infektionist känns det självklart att peka på den drastiskt minskade användningen av antibiotika. Låt oss hålla fast vid detta och bara behandla infektioner som verkligen behöver antibiotika. Se några positiva tongångar på s. 6.

Vi har lärt oss att mötas virtuellt. Resorna kommer nog även fortsättningsvis att bli färre, men vi får inte glömma värdet av fysiska kontakter. Att träffas IRL ger betydligt mer än att titta på varandra via datorn. Professionellt och vetenskapligt utbyte blir ofta bäst vid fysiska möten och kongresser.

Att möta patienten via datorn har också blivit en vana. Men även här behövs en kombination – man kan inte lösa alla problem via nätet. Virtuella kontakter kan vara en naturlig del av patientkontakten för såväl klinik som vårdcentral, men det förutsätter en fysisk kontinuitet. Rena nätläkare är en avart, som aldrig kan leva upp till en behovsstyrd vård.

Pandemin har också satt strålkastaren på vår dåliga beredskap. Såväl läkemedel som skyddsutrustning har krisat ibland. Vi skapade ett nationellt läkemedelsförråd och samarbetade mellan alla regioner. Det lade en grund för att vara bättre förberedda nästa gång. För framtiden behöver läkemedel lagras nationellt, regionalt och på apotek. Restnoteringarna har eskalerat och skapar ofta problem för vården – vi behöver finna vägar att lösa situationen när industrin inte klarar sitt uppdrag.

Nationell samverkan över huvud taget har fått en skjuts av pandemin. På läkemedelsområdet har regionerna knutits samman ännu mer och nätverket av läkemedelskommittéer (LOK) har fått en given plats inom SKR och i den framväxande kunskapsstyrningen. Kommittéerna är starkare än någonsin efter att bara för några år sedan ha ifrågasatts i en statlig utredning.

Apropå samverkan stärker vi nu banden mellan region och kommuner när vi planerar en dialog med kommunal vård gällande behandling av smärta hos äldre. Efter att SBU beskrivit den extremt dåliga effekten av farmakologisk behandling finns det anledning att se över onödig medicinering hos äldre, som ibland fortsätter slentrianmässigt. Läs mer på nästa sida.

Vi går mot allt mörkare tider, men samtidigt förhoppningsvis medicinskt en ljusare tillvaro med en blygsam fjärde våg som knäcks av en allt bättre vaccinationstäckning. Det finns mycket annat än pandemi som väntar att tas om hand och på läkemedelsfronten står tiden inte stilla. Mycket nytt, t ex inom onkologi, kardiologi och sällsynta sjukdomar står i portgången. Vi är redo! Tack för detta år, må vi se fram emot en lugnare vårdmiljö och ett friare liv framöver!

INGE ERIKSSON, *Ordförande*

Läkemedelskommittén i Västmanland
inge.eriksson@regionvastmanland.se



Smärtbehandling hos äldre – ett område för utveckling

Behandling av smärta, såväl akut som långvarig, är ett högaktuellt ämne. Narkotiska preparat har hamnat i fokus eftersom användningen av dessa behöver ske utifrån evidensbaserade riktlinjer för att minska oönskade effekter av behandling. Biverkningar, beroende, olycksfall och i värsta fall dödsfall är kända följder av långvarig opioidbehandling. Icke-farmakologisk behandling är förstahandsåtgärden efter smärtanalys. Om farmaka övervägs så är icke-narkotiska preparat ett första val. Större medvetenhet kring narkotiska preparat finns nu i samhället och i vården men en grupp som hamnat lite vid sidan av denna ökade medvetenhet är de äldre. Äldre handlar i detta sammanhang om gruppen 65 år och uppåt men framförallt de äldsta med andra samtidiga sjukdomar. Dessa har en ökad skörhet på grund av just samsjuklighet och ålder.

Viktig rapport

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) kom förra året med rapporten Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer. Där tydliggörs att det behövs en förbättrad smärtbehandling av äldre och att enbart läkemedelsbehandling oftast inte är ett bra val. Detta har Läkemedelsbulletinen rapporterat om i november 2020.

Några av slutsatserna i rapporten var:

- Läkemedel mot vanliga och långvariga smärttillstånd hos äldre personer har en mycket liten effekt på gruppnivå jämfört med placebo. NSAID och opioider kan dessutom orsaka ovanliga men allvarliga biverkningar.
- I studier med kvalitativ metodik (intervjustudier) har äldre personer med smärta upplevt att de blir förbisedda i mötet med vården på grund av att de är gamla. De har känt att de blir förringade och inte tagna på allvar.
- I intervjustudier har även framkommit att såväl personal inom vård och omsorg som äldre personer med smärta upplevt att vårdpersonal har bristande kunskaper om smärta och smärtbehandling. Äldre personer har också upplevt att det finns brister i kommunikationen med vårdpersonalen.

Vad gör vi lokalt?

Läkemedelskommittén tog, mot denna bakgrund, i samverkan med kommunerna i Västmanland, initiativ till en dialog och information kring äldres smärtbehandling och inbjöd till ett möte 6 september 2021.

Alla länets kommuner var representerade. Tillfälle gavs att tillsammans resonera om hur en förbättring skulle kunna ske, där icke-farmakologisk behandling av olika slag



skulle utgöra grundpunkter i omhändertagandet av äldre med smärta. Särskilda boenden är förstås en viktig målgrupp för en sådan satsning. I synnerhet den vårdpersonal som i sitt dagliga arbete möter patienter med en smärtproblematik.

Athir Tarish, överläkare, Geriatriska kliniken och Maria Kättström, specialist i allmänmedicin och medicinsk rådgivare Vårdvalsenheten, inledde med att beskriva problemet. Athir höll sedan ihop det fortsatta mötet och diskussionerna.

För att klargöra faktabakgrunden hade Carl-Olav Stiller, docent, klinisk farmakolog och sammankallande i Stockholms expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar, bjudits in att förtydliga och förklara SBU-utredningen, i vilken han medverkat som expert.

Som komplement till Carl-Olav talade Sara Cederbom, fysioterapeut, med dr, om icke-farmakologisk behandling.

Deltagarna fick gruppvis och in plenum diskutera följande frågor:

- Hur ser ni på ämnet utifrån dagens presentationer?
- Hur går vi vidare för att jobba mer kunskapsbaserat?
- Hur kan regionen / läkemedelskommittén och kommunerna samarbeta kring problemet?

Dagen avslutades med en gemensam diskussion där det fanns stor enighet kring att en förändring bara kan göras tillsammans. Mötet var förhoppningsvis en start på ett kommande mer konkret förändringsarbete, både gemensamt och på respektive håll inom kommun och region.

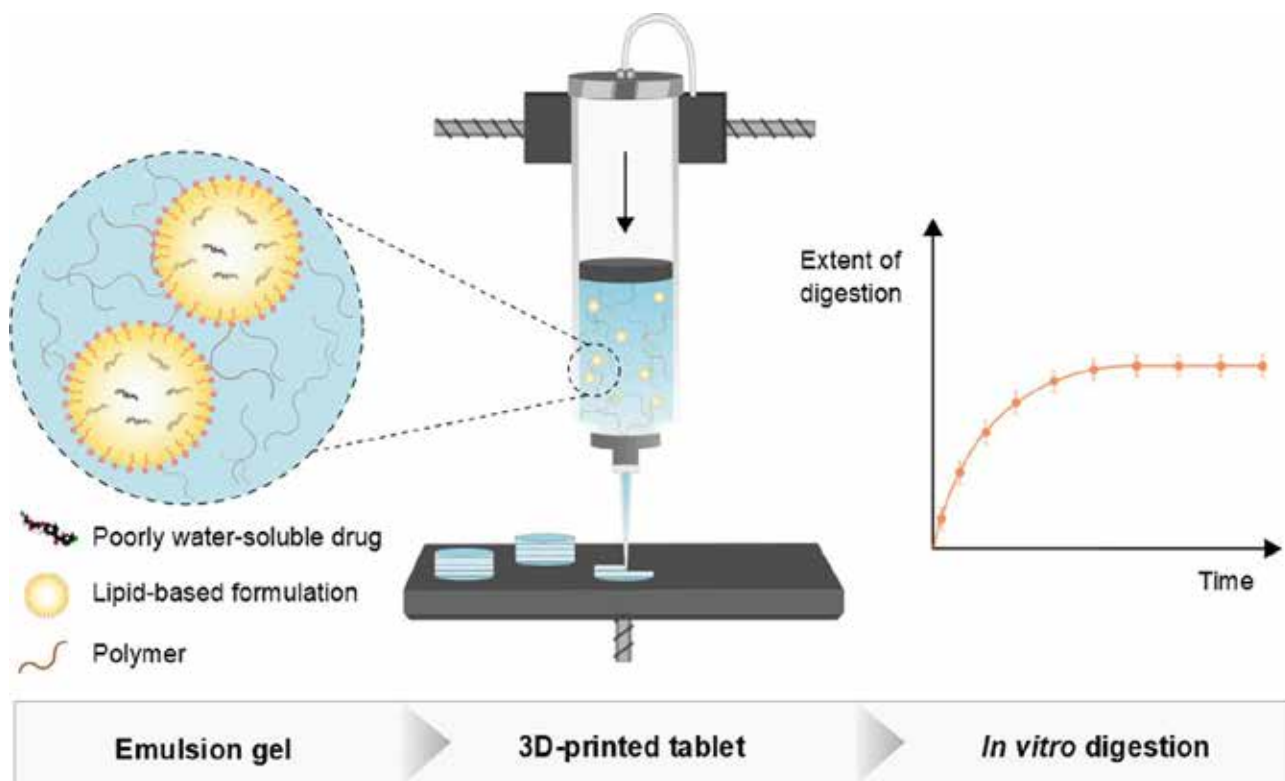
Mats Rothman

mats.rothman@regionvastmanland.se
Informationsläkare Läkemedelskommittén

Referenser

[Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer](#)

[Referat av SBU-rapport i tidigare Läkemedelsbulletin](#)



Nya metoder ska ge individuellt anpassad medicinering

Redan 2015 lanserades det första läkemedlet som producerats med hjälp av additiv tillverkning (3D-skrivare). Det var substansen levetiracetam som ett amerikanskt företag började tillverka med så kallad pulverbäddsteknik för att åstadkomma en munlöslig tablett för att snabbt kunna behandla epileptiska anfall.

Sedan 2017 arbetar en forskargrupp vid Uppsala universitet med 3D-skrivna läkemedel och samarbetet involverar materialvetenskap vid Ångströmlaboratoriet, formuleringsarbete vid Biomedicinskt centrum (BMC) med grunden i frågeställningar från Akademiska barnsjukhuset. Fokus ligger på en klinisknära extemporetillverkning som ska kunna tillmötesgå de behov som finns kring individanpassning av dos. I de fall inga godkända orala lösningar finns att tillgå skulle 3D-skrivare vara ett bra alternativ för att tillhandahålla administreringsfärdiga läkemedel baserat på patientens vikt eller kroppsyta. Även till vuxna patienter kan det vara värdefullt att kunna ge individanpassad mängd läkemedel. Med 3D-tekniken följer också andra möjligheter att kunna skapa nya frisättningsprofiler såsom modifierad frisättning eller att helt enkelt låta barn vara med och tycka till om färg, form eller smak på det orala läkemedel som ordinerats. Utöver de ovan nämnda möjligheterna kring individanpassning bör också beredskapsperspektivet

lyftas fram. Detta då farmakaskrivare möjliggör ersättningsproduktion vid restnotering av till exempel en viss tablettstyrka.

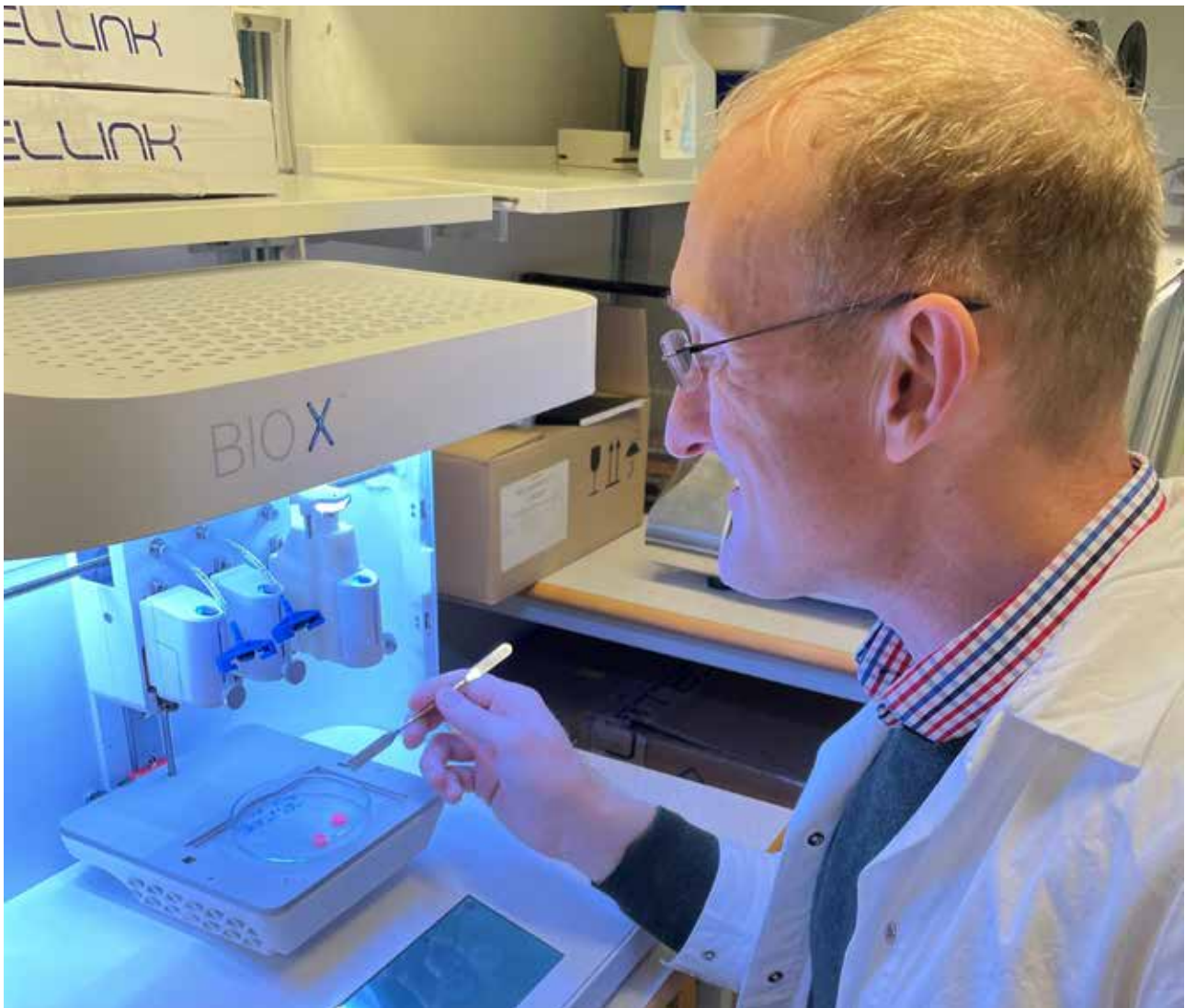
På flera platser i Europa finns sedan ett par månader 3D-skrivare installerade på sjukhusapotek som är kvalificerade enligt god tillverkningssed (GMP). Dock kvarstår mycket arbete kring formulering, kvalitetskontroll, journal-systemsintegration, farmakovigilans och regelverk innan denna nya teknik kan bli en naturlig del av klinisk rutin. Framtidsvision för oss i forskargruppen är farmakaskrivare som är robusta, flexibla och enkla att använda så att individanpassade doser kan skrivas ut nära patienten, till exempel på sjukhusapotek. Denna decentraliserade extemporetillverkning förutsätter ändamålsenliga lokaler, rutiner och farmaceutisk kompetens. Vi tror att detta kommer att kunna vara en verklighet i Sverige redan i mitten av detta årtionde.

Mattias Paulsson

mattias.paulsson@kbh.uu.se

Apotekare, farmacie doktor

Affilierad forskare Inst f kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.



Länkar:

[Rätt medicindos med 3D-skrivare, Forskarpodden](#)
[Nytvecklade 3D-skrivare kan tillverka läkemedel, Nyheter Sveriges Radio](#)
[Individanpassade läkemedel för barn utvecklas med ny teknik, Uppsala Universitet](#)
[Snart kan du skriva ut 3D-medicin hemma, SVT Nyheter](#)
[3D-utskrivna läkemedel till barn – fiktion eller verklighet? Youtube](#)
[Nya metoder ska ge individuellt anpassad dosering för barn, Erling Perssons stiftelse](#)
[Additiv tillverkning, Ångströmlaboratoriet](#)

Mer läsning inom vetenskaplig litteratur:

- Araújo, M.; Sa-Barreto, L.; Gratieri, T.; Gelfuso, G.; Cunha-Filho, M. The Digital Pharmacies Era: How 3D Printing Technology Using Fused Deposition Modeling Can Become a Reality. *Pharmaceutics* 2019, 11, 128, doi:10.3390/pharmaceutics11030128.
- Lind, J.; Källemark Sporrang, S.; Kaae, S.; Rantanen, J.; Genina, N. Social Aspects in Additive Manufacturing of Pharmaceutical Products. *Expert Opinion on Drug Delivery* 2017, 14, 927–936, doi:10.1080/17425247.2017.1266336.
- Rajjada, D.; Wac, K.; Greisen, E.; Rantanen, J.; Genina, N. Integration of Personalized Drug Delivery Systems into Digital Health. *Advanced Drug Delivery Reviews* 2021, 113857, doi:10.1016/j.addr.2021.113857.
- Öblom, H.; Zhang, J.; Pimparade, M.; Speer, I.; Preis, M.; Repka, M.; Sandler, N. 3D-Printed Isoniazid Tablets for the Treatment and Prevention of Tuberculosis—Personalized Dosing and Drug Release. *AAPS PharmSciTech* 2019, 20, 52, doi:10.1208/s12249-018-1233-7.



Antibiotika – hur går det?

2010 formulerade Strama några mål för antibiotika-användningen i Sverige. Huvudmålet var att mindre än 250 recept/1 000 invånare skulle skrivas ut under ett kalenderår. Ambitionen var att nå målet efter fem år, vilket visade sig orealistiskt. Det omvandlades istället till ett långsiktigt mål. Om Nederländerna hade klarat det så borde också vi i Sverige klara det. Strama har jobbat både nationellt och regionalt och har bland annat fått hjälp av striktare indikationer. Förr behandlades infektioner på basen av bakteriefynd men numera vet vi, att även många bakterieorsakade infektioner läker i stort sett lika bra utan antibiotikabehandling. Ensidig otit hos barn mellan 1 och 12 år samt sinuit och tonsillit med måttliga symptom behöver inte få någon antibiotika-behandling. Kunskapen hos allmänheten om antibiotikas begränsade plats i behandlingsarsenalen har också förbättrats. Det är inte längre lika vanligt att patienten kräver antibiotika vid en vanlig luftvägsinfektion, tvärtom är många glada över beskedet att slippa antibiotikabehandling.

Men det var inte förrän pandemin drabbade oss som vi fick en verklig skjuts framåt (nedåt) när det gäller antibiotika-användning. Det finns säkert flera förklaringar till detta,

men allra viktigast är nog att smitta av många olika infektioner – inte bara covid-19 – hämmades när vi började hålla avstånd från varandra och desinfektera händerna. Plötsligt sjönk hela Sverige till nivån under 250 recept/1 000 invånare – utan att Strama kunde ta åt sig äran för detta. Även om användningen av antibiotika minskat har inte antalet allvarliga bakterieinfektioner ökat. Det talar för att dessa infektioner även nu har fått adekvat behandling och att den tidigare högre förskrivningen i stor utsträckning varit onödig.

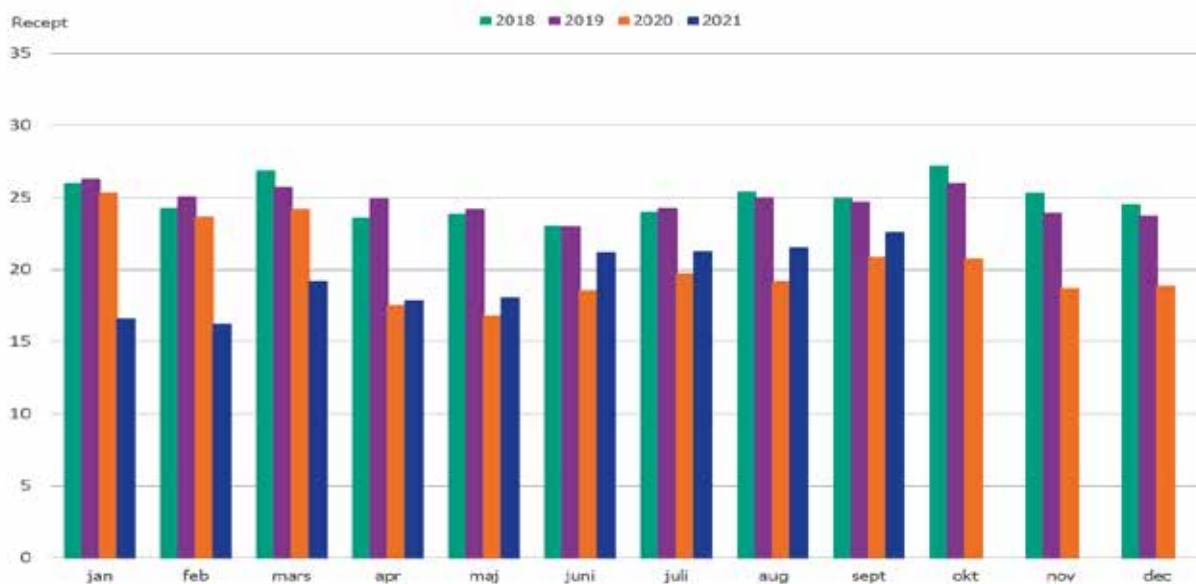
Västmanland tillhör fortfarande antibiotikans ”hemtrakter” och förutom Gotland (som ofta hamnar i ytterkanten på grund av sin litenhet) är det bara tre regioner som ligger över oss i användning. Till och med Stockholm har sjunkit en bit under Västmanland från att ha varit storkonsument. Vi har alltså fortfarande ett jobb att göra.

Tyvärr ser vi under de senaste månaderna ånyo en ökning av antibiotikakonsumtionen, i synnerhet luftvägsantibiotika. Pandemin har släppt sitt grepp om oss litet, vi börjar umgås och nu har också skolorna börjat. Allt detta innebär en ökad smittspridning av vanliga luftvägsinfektioner. De flesta av dessa – virusinfektioner eller lindriga bakterieinfektioner

Öppenvårdsförsäljning Västmanland

Antibiotika för systemiskt bruk (J01 exkl metenamin)
Recept/1000 invånare och månad

Källa: eHälsomyndigheten, Alla utfärdare



– behöver ingen antibiotikabehandling, så nu gäller det att ”hålla ut” som myndigheten brukar säga. Att motivera patienterna att låta kroppen självlåka från lindriga infektioner och att förklara antibiotikas bristfälliga effekt i dessa lägen.

Strama formulerade ytterligare två mål

- < 10 % kinoloner av UVI-preparat hos kvinnor. Vi är inte riktigt där ännu, men målet gäller ännu mer idag när resistensen mot kinoloner ökat en hel del. Dessutom finns ju miljöaspekterna. Där är kinoloner ett väldigt dåligt val. I första hand rekommenderas nitrofuratoin och pivmecillinam vid vanlig cystit.
- > 80 % PcV av alla luftvägsantibiotika till barn 0–6 år. Vi brukar ligga på den nivån, men när förskrivningen av antibiotika till barn minskat rejält har förstås även förskrivningen av vanligt penicillin minskat.



Freya Brodersen

Nygamal Stramaläkare

Vi är glada över att ha Freya Brodersen tillbaka som Stramaläkare efter föräldraledighet. Hon ser fram emot att få träffa kolleger och övrig personal på vårdcentralerna. Inte minst nu när vi står inför de utmaningar som följer med utebbande pandemi är det helt rätt att boka in ett besök av Freya. Detta inte bara för att få höra hennes kloka ord utan också för att tillsammans med henne diskutera fall ur mottagningens vardag och hur vi bäst jobbar för att ”hålla ut” och hålla kvar den fina

antibiotikaanvändningen som vi uppnått under pandemin. Äntligen erbjuds dialog på vårdcentralen IRL!

Inge Eriksson

Ordförande Läkemedelskommittén Västmanland
inge.eriksson@regionvastmanland.se



Nya priser för subkutana TNF-hämmare

Tidigare avtal med återbäring för vissa subkutana TNF-hämmare har löpt ut 2021-09-30 och de kommer inte att förlängas. Från och med 2021-10-01 gäller endast AUP (apotekens utförsäljningspris) vid jämförelse av kostnader för samtliga subkutana TNF-hämmare.

Nedersta tabellen visar årlig läkemedelskostnad, avrundad till närmaste hundra kronor, vid underhållsbehandling av en vuxen person med indikation RA (reumatoid artrit) med normaldosering enligt läkemedlets produktresumé. Läkemedlen är sorterade efter AUP för originalläkemedlen, inte efter eventuell parallellimport. Observera att för läkemedlen Amgevita, Benepali, Erelzi, Hyrimoz samt Imraldi så

har valet av förpackningsstorlek särskilt stor betydelse.

Därför är det klokt att vid nyinsättning av subkutan TNF-hämmare eller switch från Humira välja Idacio (adalimumab) som har flest indikationer och är billigast oavsett förpackningsstorlek. Patienter som redan bytt till Hyrimoz eller Imraldi bör fortsätta eftersom prisskillnaden är begränsad och erfarenheter från multiswitch är begränsade. Vid switch från Enbrel eller nyinsättning av etanercept välj Erelzi 12 st, se tabell på nästa sida.

Gällande intravenös TNF-hämmare (infliximab), gäller upphandlingsavtalet till och med april 2022 med förlängningsoption till 2024. Flixabi är det mest kostnadseffektiva alternativet.

TNF-hämmare, godkända indikationer

	Reumatoid artrit	Ankyloserande spondylit	Psoriasis-artrit	Psoriasis	Crohns sjukdom	Ulcerös kolit	Juvenil idiopatisk artrit	Pediatrik psoriasis	Pediatrik Crohn	Pediatrik ulcerös kolit	Uveit	Hidradenitis suppurativa
adalimumab	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
etanercept	✓	✓	✓	✓			✓	✓				
infliximab	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		
certolizumab	✓	✓	✓	✓								
golimumab	✓	✓	✓	✓		✓	✓					

Priser för subkutana TNF-hämmare

Läkemedel	Adalimumab	
	Förpackningsstorlek	
	2 st	6 st
Idacio	16 900	16 900
Hyrimoz	48 200	17 700
Imraldi	48 200	21 600
Amgevita	55 400	24 400
Hulio	55 300	54 900
Humira	78 900	78 700

Läkemedel	Etanercept	
	Förpackningsstorlek	
	4 st	12 st
Erelzi	55 800	25 600
Benepali	55 800	29 900
Enbrel	98 800	

Övriga sc TNF-hämmare	
Läkemedel	
Cimzia (certolizumab)	120 100
Simponi (golimumab)	135 000

Årlig läkemedelskostnad hos vuxen patient med diagnos reumatoid artrit

Ingen skillnad mellan biosimilarer och originalpreparaten

Alla godkända biosimilarer har genomgått rigorösa analytiska och kliniska jämförelser med originalen för att visa dess likheter. Originalpreparaten idag är i sig biosimilarer till sitt ursprung eftersom fabrikena under de senaste 20 åren har gjort många små justeringar i produktionsprocesserna. Varje batch skiljer sig något från den föregående. Vi har nu många års erfarenheter av god och säker biosimilaranvändning. Det finns mycket god evidens från både randomiserade kontrollerade switch-studier och registerstudier som visar på bibehållen effekt och säkerhetsprofil efter switch till

biosimilar. En utmaning som är viktig att beakta och hantera på rätt sätt är noceboeffekten. Tron att "ett billigare preparat sannolikt har sämre effekt". Därför är det viktigt att patientansvarig läkare och sjuksköterska har god kunskap om biosimilarer, rätt inställning och väl utarbetade kommunikationsstrategier gentemot patienterna som är föremål för switch till biosimilar av TNF-hämmare.

Milad Rizk

Verksamhetschef Reumatologkliniken
milad.rizk@regionvastmanland.se



Läkemedelsbehandling vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Läkemedelsverkets nya rekommendationer i samverkan med Kunskapsstyrningen

Rapporten "Läkemedelsbehandling vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)" publicerades i september 2021. Den omfattar två dokument, "Behandlingsrekommendation" respektive "Bakgrundsdokument", se nedan. Dessa bra översikter kan laddas ner i pdf-filer från Läkemedelsverkets hemsida. Rekommendationerna omfattar behandlingsstrategier för val av läkemedel, behandlingsoptimering samt överväganden av säkerhetsaspekter för risk för infektion, malignitet och tromboser som en följd av immunmodulerande behandling.



Bakgrund

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

IBD är samlingsnamn för flera sjukdomar i tarmen varav Crohns sjukdom (CD) och ulcerös kolit (UC) är vanligast. Vid UC respektive CD är immunsystemet aktiverat och skapar en kronisk inflammation i mag-tarmkanalen. Orsaken tros vara inadekvat immunologiskt svar mot tarmfloran hos genetiskt predisponerade men även miljöfaktorer har betydelse. I Sverige har cirka 30 000 UC och 15 000 CD. Symtomen varierar från lindriga till mycket uttalade/livs-hotande och kan ge betydande effekter för livskvaliteten. Då IBD inte sällan debuterar i ungdomen påverkas skolgång, yrkesval och familjebildning negativt. Dämpas inflammationen med en adekvat läkemedelsbehandling lindras symtom och risken för framtida tarmskador minskar. Då läkemedel ofta är effektivast i ett initialt skede av sjukdomen är det viktigt att diagnosen inte blir fördröjd. Kirurgi kan bli aktuellt i en del fall tillsammans eller i mycket ovanliga situationer i stället för läkemedelsbehandling.

Vilket syfte har rekommendationerna och vilka har medverkat i framtagandet?

Huvudsyftet är att ge sjukvården uppdaterat kunskapsstöd för läkemedelsterapi vid IBD bland annat för att flera nya immunmodulerande läkemedel tillkommit senaste decenniet. IBD diagnostiseras primärt inte sällan i primärvården men fortsatt handläggning sker med få undantag av gastroenterologer i samverkan med kirurger. Rekommenda-

tionerna vänder sig därför främst till förskrivare inom den sjukhusanslutna vården. Primärvårdens läkare kommer trots detta att träffa patienter med IBD, till exempel med immunmodulerande terapi, varför dessa riktlinjer även vänder sig till de allmänmedicinska specialisterna. Icke-farmakologisk behandling, till exempel kirurgi, tas inte upp i detalj i rekommendationerna.

Läkemedelsverkets expertgrupp bestod främst av läkare som även ingår i nationellt programområde (NPO) för mag- och tarmsjukdomar i kunskapsstyrningen samt specialister från allmänmedicin och infektion. Dessutom deltog specialistsjuksköterska, experter från Läkemedelsverket och representant från patientorganisation. Från NPO mage-tarmsjukdomar kommer dessutom enligt plan ett förslag till vårdförlopp och vårdprogram för IBD att gå ut på remiss i mitten av november 2021.

Värdering av läkemedelskostnader har inte ingått i bedömningarna. Det kan tyckas vara en brist med tanke på att det finns biosimilarer till TNF-hämmare som infliximab respektive adalimumab. Biosimilarna är betydligt billigare än originalen. 12% respektive 28 % av patienter med UC och CD behandlas idag med biologiska läkemedel som används under lång tid som underhållsterapi. Därför vore hälsoekonomiska aspekter kring behandling med TNF-hämmare ett värdefullt komplement till behandlingsrekommendationerna. Förhoppningsvis kommer detta att belysas när NPO mage-tarms kommande vårdförlopp och vårdprogram för IBD presenteras.



Slutsatser i de nya rekommendationerna från Läkemedelsverket

Läkemedelsbehandling vid IBD generellt

Läkemedel för immunmodulering vid IBD ökar komplexiteten och behovet av individualiserade regimer men ger också möjlighet att spara kirurgiska åtgärder. Målet är kontroll av inflammationen för ökad livskvalitet och minskad risk för komplikationer.

Ulcerös Colit specifikt

Vid induktionsbehandling av UC rekommenderas främst 5-ASA, kortikosteroider och/eller TNF-hämmare. För underhållsterapi rekommenderas främst 5-ASA, tiopuriner eller TNF-hämmare, ofta i kombination. Vid otillräcklig behandlingseffekt, intolerans eller kontraindikationer för ovan nämnd behandling finns nya alternativ som kan övervägas. Infusion vedolizumab/Entyvio® (integrinhämmare för 2–3e linjens behandling) och subkutan injektion av ustekinumab/Stellara® (interleukinhämmare för 2–3e linjens terapi) och tablett tofacitinib/Xeljans® (JAK-hämmare, godkänd för 2–3e linjens terapi vid intolerans mot TNF-hämmare).

Mb Crohn specifikt

Vid induktionsbehandling av CD främst kortikosteroider och/eller TNF-hämmare. För underhållsbehandling av CD främst tiopuriner och/eller TNF-hämmare. Vedolizumab respektive ustekinumab kan primärt övervägas vid otillräcklig behandlingseffekt, intolerans, eller kontraindikationer för TNF-hämmare, tiopurin eller metotrexat.

Säkerhetsaspekter

Vid terapi med immunhämmande läkemedel finns en förhöjd risk för opportunistiska och svåra infektioner. Risken ökar vid flera sådana läkemedel samtidigt samt vid högdosbehandling med kortison. Behovet av skyddande vaccinering är större än hos friska då konsekvenserna kan bli allvarigare. Så snart som möjligt efter diagnos av IBD bör utförlig infektionsanamnes tas och vaccinationsstatus gås igenom. Inför utrikesresa till områden med infektionsrisk konsulteras infektionsläkare i god tid före avresa.

Patienter med IBD har 2–3 gånger ökad risk för venös troboembolism (VTE). Kortikosteroider och tofacitinib har dessutom ökad risk för VTE vilket bör beaktas vid terapival. Trombosprofilax rekommenderas hos patienter med IBD inlagda på sjukhus men inte generellt efter utskrivning från sjukhus.

Risken för malignitet vid immunmodulerande terapi vid IBD är svårvärderad. Vid IBD och konstaterad malignitet bör patienten bedömas av onkolog och IBD-team i samverkan, och målen med vården, prognos och livskvalitet diskuteras.

Lars Lööf

Överläkare, tidigare professor gastroenterologi

Länkar

[Behandlingsrekommendation IBD](#)

[Bakgrundsdokumentation Behandlingsrekommendation IBD](#)



Förskrivningskollen

Den 10 maj 2022 blir elektronisk förskrivning huvudregel. Det görs för att kunna samla informationen om en patients förskrivna och uthämtade läkemedel i Nationella läkemedelslistan. Senast 1 maj 2023 ska uppgifterna från Nationella läkemedelslistan kunna nås från alla journalsystem.

För att kunna kräva elektronisk förskrivning måste alla förskrivare (även till exempel pensionärer och fritidsförskrivare) ha tillgång till ett elektroniskt system för förskrivning. Därför har E-hälsomyndigheten tagit fram ett kostnadsfritt sådant; Förskrivningskollen. Idag går det bara att ta del av information om en patients förskrivna

och uthämtade läkemedel i detta, men från november ska det gå att förskriva i det (förutsatt att det inte blir ytterligare förseningar). Informationen i Förskrivningskollen hämtas från Nationella läkemedelslistan.

Förskrivningskollen nås från E-hälsomyndighetens webbplats. Idag krävs SITHS-kort för inloggning men i november ska det gå att logga in med e-legitimation.

Länkar:

[Förskrivningskollen](#)

Ny vice ordförande

Milad Rizk har utsetts till vice ordförande i Läkemedelskommittén, en post som varit vakant i flera år. Milad fortsätter som chef på reumatologkliniken och styrelseledamot i svensk reumatologisk förening. Förutom djup kunskap inom sin specialitet har Milad ett brett medicinskt kunnande och har engagerat sig alltmer i kommittéarbetet, inte minst när det gäller nya läkemedel, fortbildning och arbetet med basläkemedelslistan. Milad kommer framöver att synas allt mer i kommittésammanhang och önskas lycka till med arbetet!



Hänt sen sist

Läkemedelsverket

Xeljanz (tofacitinib)

Ökad risk för allvarliga kardiovaskulära händelser och maligniteter vid användning av tofacitinib jämfört med TNF-alfa-hämmare. Se NT-rådets rekommendation för JAK-hämmare [här](#).

Pyrvin godkänt för behandling av springmask

Pyrvin kommer att kunna säljas receptfritt på apotek och innehåller samma aktiva ämne som Vanquin. Pyrvin har styrkan 100 mg per tablett till skillnad från det befintliga läkemedlet Vanquin som har styrkan 50 mg. Doseringen och maxdosen av Pyrvin skiljer sig något jämfört med Vanquin men detta bedöms sakna praktisk betydelse.

TLV får uppdrag om att säkra tillgången till antibiotika

TLV, Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket har fått i uppdrag av regeringen att stärka tillgången till äldre antibiotika. Uppdraget innebär att både analysera nuläget och att föreslå åtgärder som gör att äldre antibiotika finns kvar på marknaden.

E-hälsomyndigheten

Avbrott i receptfunktionen

Natten 27–28 november kommer alla receptfunktioner att vara avstängda under ca 13 timmar. Pascal kommer inte heller att fungera. Det går inte att skicka elektroniska recept och apoteken kan inte expediera recept. Pappersrecept kan skrivas ut i Cosmic, men de kan inte hämtas ut under tiden för driftstoppet. Mer information kommer senare.

Läkemedelskommittén

Melatonin APL

oral lösning avregistreras

Då det nu finns godkända läkemedel innehållande melatonin 1 mg/ml i form av oral lösning har lagerberedningen från APL utgått sedan den 14 september. Extemporeberedningar expedieras automatiskt inom förmånssystemet varför det blir en skillnad vid övergång till godkänt läkemedel. För de godkända läkemedlen gäller att förmån endast ges till barn 6–17 år med ADHD, dvs samma som för tablettarna. Nytt recept på något av de godkända läkemedlen krävs efter 14 september.

Alternativ till ceftibuten

Ceftibuten är ett viktigt preparat vid peroral behandling av febril UVI hos barn och gravida kvinnor. När Cedax som innehöll ceftibuten försvann från marknaden ersattes det av licenspreparatet Isocef. Nu finns varken det eller något annat ceftibuteninnehållande preparat att tillgå. Cefixim kan då vara ett alternativ. Det är liksom ceftibuten en tredje generationens cefalosporin som finns tillgänglig i form av tablett och mixtur på licens. Läkemedelsverket har sedan tidigare beslutat att läkemedel innehållande cefixim får förskrivas på recept och expedieras på öppenvårdsapotek förutsatt att det finns en generell licens. För region Västmanland finns följande generella licenser för cefixim:

Tabletter: **Cefixim AL 400 mg** 10 tab från Aliud Pharma

Granulat till oral lösning: **Infectopticef** 100 mg/5 ml 50 ml från Infectopharm (alt Suprax, utredning pågår)

[Länk till Läkemedelsverkets beslut om receptförskrivning av cefixim](#)

Alternativ till Primperan

Läkemedelsverket har även beslutat att licenspreparat får förskrivas istället för Primperan på grund av rådande brist-situation. Vi har i Västmanland godkänd licens för följande preparat innehållande metoklopramid:

MCP AL 10 tabletter 10 mg från Aliud Pharma

[Länk till Läkemedelsverkets beslut om receptförskrivning av metoklopramid](#)

Läkemedelskommitténs lunchseminarier

Hösten 2021

28 oktober

3D-printing av läkemedel, Mattias Paulsson

25 november

Hjärtsvikt – nya riktlinjer, Ingemar Lönnberg

Äntligen kan vi samlas igen! I samråd med Enheten för smittskydd och vårdhygien vill vi att endast fullvaccinerade deltar vid våra lunchseminarier. Som tidigare håller vi till i samlingsalen Ing 29, kl 12.00–13.00. Läkemedelskommittén bjuder på lätt lunch och kaffe. Inbjudan skickas ut någon vecka i förväg. Du kan också anmäla dig via e-post: lakemedelskommitten@regionvastmanland.se