

Läkemedelsbulletinen

Utgiven av Läkemedelsrådet Region Skåne

www.skane.se/lakemedelsradet

PSORIASIS

Psoriasis är en kronisk inflammations-sjukdom som huvudsakligen drabbar huden. Ungefär en femtedel av patienterna utvecklar även ledbesvär av olika svårighetsgrad.

Orsaken till psoriasis är okänd men etiologin omfattar en ärftlig benägenhet som i kombination med omgivningsfaktorer utlöser sjukdomen.

Omgivnings-/miljöfaktorer

Ett flertal omgivningsfaktorer kan kopplas till både debut och försämring av psoriasisjukdomen. Skada mot huden kan utlösa lesioner på platsen (Köbnerfenomen). Streptokockinfektion i svalget har mycket stark koppling till guttat psoriasis.

Akut krisreaktion kan ofta kopplas till försämring av plackpsoriasis. Alkohol och rökning diskuteras som riskfaktorer, i alla fall finns det ett visst stöd för att rökning kan ha en negativ inverkan på sjukdomen.

Läkemedel som litium, betablockerare, ACE-hämmare och interferon-alfa kan provocera ett insjuknande, försämrar psoriasis eller framkalla terapivikt. Alla personer som får dessa läkemedel försämrars dock inte.

Epidemiologi

Prevalensen av psoriasis är ca 3% i norra Europa. Sjukdomen kan debutera i alla åldrar men två insjuknandetoppar noteras, den första och högsta toppen, i samband med puberteten, och den andra efter 40 års ålder. Någon könsskillnad avseende förekomst och svårighetsgrad har inte påvisats.

Associerade sjukdomar

Psoriasisartrit är en inflammatorisk led-/ryggsjukdom som är associerad med psoriasis. Det finns även indikationer på att psoriasis är associerad med ökad risk för att utveckla hjärt-kärlsjukdom. Orsakerna till detta möjliga samband är oklara, men kan bero på en kombination av genetisk predisposition, ogynnsamma livsstilsfaktorer och en patologisk blodfetsprofil.

Vissa immunologiska sjukdomar såsom Crohn's sjukdom, ulcerös kolit och även multipel skleros har rapporterats i ökad

frekvens hos individer med psoriasis och deras nära släktingar.

Symptom och behandling

Patienter med mildare former av psoriasis kan ofta behandlas i primärvården medan svårbehandlade patienter och speciella grupper som barn och gravida kvinnor bör få stöd av hudspecialist i sin behandling. Patienter med svårare former av psoriasis såsom utbredd plackpsoriasis, pustulös psoriasis, psoriasiserythrodermi och svår handpsoriasis bör behandlas av dermatolog. Patienter med psoriasisartrit bör handläggas i samarbete mellan dermatolog och reumatolog.

Vid val av behandling bör man utgå från patientens ålder, kön, sjukdomens svårighetsgrad, det allmänna hälsoläget och eventuell annan samtidig medicinering samt patientens preferenser och förväntningar.

Plackpsoriasis

Karakteriseras av kraftigt fjällande, välavgränsade hudförändringar. En vanlig lokalisation är armbågar och knän liksom hårbotten. En fast kombination med kalcipotriol och glukokortikoid grupp III i salvbas har god effekt, så även kalcipotriol som monoterapi och utvärtes glukokortikoider grupp III-IV. Betonas bör de mjukgörande krämerna av fjällande effekt, en förutsättning för att mer potent lokalbehandlingspreparat ska ha bättre penetrans.

Guttat psoriasis

Består av små droppstora förändringar utspridda över stora kroppsytor. Den debuterar ofta ett par veckor efter en halsinfektion med streptokocker hos en individ som har en ärftlighet för psoriasis. Viktigt är att utesluta en streptokockinfektion och att i förekommande fall ge penicillin. Ofta är behandling med mjukgörande kräm tillräckligt. Vid klåda kan utvärtes grupp III glukokortikoider ges. Ibland kan ljusbehandling vid hudklinik bli aktuell.

Hårbottenpsoriasis

För att erhålla en god effekt av lokalbe-

Månadens fråga?

Under denna vinjett i Bulletinen låter vi Läkemedelsrådets terapigrupper besvara läsarnas frågor kring rekommendationer och terapiområden.

Skicka din fråga till

maria.landgren@skane.se



Fråga:

Dosen av metformin bör sänkas vid försämrad njurfunktion. Vid vilka GFR-värden gäller detta? FASS-texten är otydlig.

Svar:

Eftersom metformin utsöndras via njurarna skall det inte användas vid gravt nedsatt njurfunktion. Det finns numera möjlighet att bestämma s-metformin som ett dalvärde före morgondosen. Vid utvärdering av analysmetoden har patienter med njurfunktion ned till 30 ml/min/1,73 m² visat sig ligga på låga serumkoncentrationer (cirka 1/20 av koncentrationer som ses vid laktacidosis). Metformin kan således ordineras till patienter med måttligt reducerad njurfunktion (GFR ca 45 ml/min/1,73 m²) under förutsättning att njurfunktionen följs regelbundet. Bäst uppskattas njurfunktionen med s-estimerat GFR baserat på antingen s-cystatin C eller p-kreatinin. Information om prov för bestämning av s-metforminkoncentration kan fås på www.analysforteckning.usil.se

Ibe Lager

Ordf. Terapigrupp Diabetes

forts sid 2.

forts från föregående sida

handlingsmedlen krävs en inledande avfjällande behandling. Preparat med 2-5% salicylsyra i krämbas eller olja masseras in i hårbotten till natten och tvättas ur nästföljande morgon. När hårbotten fjällats av används glukokortikoidlösning/emulsion/schampo grupp III-IV dagligen i 3-4 veckor, därefter långsam utglesning. Erfarenhetsmässigt ser man sällan biverkningar av långvarig behandling med potent glukokortikoider i hårbotten. Det finns idag även en fast kombination med kalcipotriol och glukokortikoid grupp III i gelform till hårbotten.

Invers psoriasis

Utgörs av en välavgränsad rodnad utan fjällbildning i hudveck och är huvudsakligen lokaliserad till axiller, submammart, naveln, ljumskar, crena ani eller vulva. Behandlingen består av glukokortikoider grupp II-III initialt två gånger dagligen, vid förbättring långsam utglesning, detta för att undvika hudatrofi. Glukokortikoiderna finns även i kombination med antibakteriella och antimykotiska medel, användningen av kombinationspreparaten har dock minskat. Erfarenhetsmässigt har calcineurinhämmare, pimekrolimus och takrolimus, visat sig kunna ha god effekt på psoriasis på inversa lokaler och även i ansiktet.

Ansiktsporiasis

Tillståndet är svårt att skilja från mjäll-eksem eller seborroiskt eksem. Glukokortikoider grupp I-II används oftast. Vid längre tids behandling med glukokortikoider finns risk att utveckla rosacea och perioral dermatit.

Hand- och fotpsoriasis

Kan utgöras av både hudförtjockning med rodnad och hudsprickor samt tillstånd med pustler. Lokalbehandling med glukokortikoidlösning grupp III-IV under hydrokolloidalt förband ger god effekt, dock observans på atrofiriskan. Den fasta kombinationen av glukokortikoider grupp III i kombination med kalcipotriol i salvbas är också ett lämpligt alternativ.

Nagelpsoriasis

25% av patienterna har nagelförändringar i form av små gropar i nagelytan, förtjockade ogenomskinliga naglar eller så kan nagelplattan drabbas och lyfts då upp (onykolys). Bra lokalbehandling saknas. Bucky-behandling (mjukröntgen) har liksom methotrexate och biologiska läkemedel dock visats kunna ha effekt.

Barn

Barn med misstänkt psoriasis bör ses av dermatolog, då det är sällsynt och kan vara svårt att diagnostisera. Glukokortikoider grupp II har ofta bra effekt.

Behandling av svårare psoriasisformer

- Utbredd plackpsoriasis
- Pustulös psoriasis
- Psoriasiserythrodermi
- Svår handpsoriasis
- Psoriasisartrit med aktiv ledinflammation

Dessa former av psoriasis bör skötas av dermatolog. Även vid dessa svåra former utgör lokalbehandlingen en bas. Utöver denna har man medicinsk UV-ljusbehandling i form av UVB för utbredda lesioner. Ifall UVB-behandling inte har effekt eller inte kan genomföras väljs systembehandling. Förstahandsvalet är methotrexate i andra hand PUVA (bad eller oral). Andra invärtes läkemedel är ciklosporin och acitretin.

Biologiska läkemedel

Idag finns fyra läkemedel under denna grupp registrerade för behandling av vuxna med måttlig till svår plackpsoriasis som inte svarar på annan systemisk behandling eller när biverkningar eller kontraindikationer förekommer. I avvaktan på ytterligare erfarenhet av behandling med dessa läkemedel bör de sättas in när andra mer beprövade behandlingsformer inklusive ljusbehandling har prövats. Dessa preparat skall enligt regionala riktlinjer (www.skane.se/lakemedelsradet/lakemedelsriktlinjer) endast sättas in vid regionens hudkliniker.

*Meirav Holmdahl
för Terapigrupp Hud*

ENKÄT om Skånelista, Bakgrundsmaterial och Läkemedelsbulletin

Läkemedelsrådet i Region Skåne genomför en enkätundersökning om Skånelistan och dess bakgrundsmaterial samt om Läkemedelsbulletinen. Med undersökningen vill vi bilda oss en uppfattning om hur materialet tas emot och används av professionen samt om hur det kan utvecklas. Vi hoppas att du vill hjälpa oss genom att besvara en del frågor och framföra dina synpunkter.

Enkäten finns på Läkemedelsrådets hemsida to m den 8/2: www.skane.se/lakemedelsradet/svar

Ett antal biobiljetter lottas ut bland de som besvarar enkäten. Vill du vara med i utlottningen ber vi dig att fylla i namn- och adressfälten. Ditt svar kommer sedan att avidentifieras för vidare bearbetning.

INBJUDAN Nya perorala antikoagulantia

– vilken plats bör de få
i klinisk praxis?

Tid: Torsdag den 11 mars 2010, kl 17-20

Plats: Universitetssjukhuset MAS, MFC,
Lilla Aulan, ingång 59

Inom de närmaste åren beräknas flera nya perorala antikoagulantia och trombocythämmare nå den europeiska marknaden. Några exempel är prasugrel (Efient) som under 2009 godkänns vid akuta koronara symtom, vilket även ticagrelor (Brilinta) förväntas bli godkänt för 2010/2011. Dabigatran (Pradaxa) förväntas få indikationen "Prevention av stroke vid förmaksflimmer" godkänd under 2010. Frågan om detta preparat, samt flera kommande nya antikoagulantia, kan vara ett alternativ till Waran är givetvis i fokus.

Läkemedelsrådet i Skåne, Terapigrupp Hjärta-kärl och Terapigrupp Antikoagulation inbjuder härmed till en kväll där föreläsning och paneldebatt förväntas bidra till konsensus och riktlinjer för hur vi i Region Skåne ska förhålla oss till dessa nya läkemedel.

PROGRAM 11 MARS 2010

- 17.00 Inledning
Ole Hansen, Kardiologiska klin., UMAS
- 17.10 Efter 60 år med hepariner och warfarin - dags för nya perorala antikoagulantia?
Peter Svensson, Hematolog-koagulationsskt., Medicinklin., UMAS
- 17.40 Trombocythämning då och nu.
David Erlinge, Hjärt-lungdivisionen, USIL
- 18.10 Paus med macka
- 18.30 Hur ska vi i Region Skåne använda dessa nya preparat i klinisk praxis?
Paneldebatt
Expertpanel bestående av (förutom ovanstående föreläsare) representanter från specialiteterna kardiologi, neurologi, intermedicin och allmänmedicin.
Diskussionen summeras i en rapport/riktlinjer för Skåne.

Anmälan

till Iréne Edqvist (irene.edqvist@skane.se) senast den 1 mars 2010.

Väl mött!

Ulf Hallgärde
Ordf. Läkemedelsrådet

Ole Hansen
Ordf. i Terapigrupp Hjärta-Kärl

Peter Svensson
Ordf. i Terapigrupp Antikoagulation

Läkemedel i Skåne 10 & 11 mars 2010

Välkommen till **Läkemedel i Skåne** – rekmässan – Skånes årligen återkommande utbildningsdag kring läkemedel och kliniska vardagsproblem, som arrangeras av Läkemedelsrådet i Region Skåne. **Läkemedel i Skåne** – rekmässan – har också i år ett omfattande program med föreläsningar och utställningar. **Observera att programmet DUBBLERAS** så att du kan välja att komma den 10 eller 11 mars.

Vår **målgrupp** är läkemedelsförskrivare i offentlig och privat vård

i Skåne (läkare, tandläkare, tandhygienister, sjuksköterskor, barnmorskor). Läs mer om målgrupperna m m på nätet: www.skane.se/lakemedelsradet/rekmassa2010

Målsättningen för Läkemedel i Skåne är att du som förskrivare ska vara delaktig i Skånes framtida läkemedelshandtering. Passa på tillfället att träffa och utbyta tankar med kollegor från hela Skåne. Välkommen!

/Läkemedelsrådet i Region Skåne

PRELIMINÄRT PROGRAM

09.00 **Välkommen och inledning.** *Berit Wirödal, regionråd, ordf. i politiska styrgruppen för läkemedel, samt Ulf Hallgärde, ordförande i Läkemedelsrådet, Region Skåne*

09.15 **Plenarföredrag: Vad ska vi äta för att må bra?**
Charlotte Erlanson-Albertsson, professor i medicinsk och fysiologisk kemi vid Lunds Universitet

10.15 KAFFE och POSTERSESSION.

SEMINARIEBLOCK I: KL 10.45-11.45:

10.45 **Vem kan man lita på? Värdering av klinisk dokumentation.**
Hans Melander, Läkemedelsverket

10.45 **Behandling och handläggning av handeksem (30 min).**
Cecilia Svedman, Hudkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Psoriasis – Biologisk behandlingsrevolution för patienten? (30 min)
Bertil Persson, VO Hud, Universitetssjukhuset, Lund

10.45 **Hur förbättrar vi äldres läkemedelsanvändning?**
Expertgrupp Läkemedel och äldre

10.45 **KOL och astma – nya kvalitetsregister**
Claes-Göran Löfdahl, Alf Tunsäter, Birgitta Jagorstrand, Allergikompetenscentrum, Universitetssjukhuset, Lund

● KORTFÖREDRAG OM SKÅNELISTAN, BLOCK I:

10.45 Smärta

11.05 Gynekologi

11.25 Urologi (PSA och prostatacancer)

11.45 LUNCH med POSTERSESSION.

SEMINARIEBLOCK II: KI 12.45-13.45:

12.45 **Förmaksflimmer – gamla och nya terapimöjligheter. Hur tror vi att framtiden kommer att se ut?**
Peter Svensson, Hematolog-Koagulationssektionen, Medicinkliniken samt Tord Juhlin och Ole Hansen, Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

12.45 **Kärlekens risker – aborter, klamydia, hepatit och HIV**
Sylva Rampe, Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Lund Annika Johnsson, Hudkliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö Bengt Ljungberg, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset, Lund

12.45 **Rörelseorganens sjukdomars påverkan på individ och samhälle. Om läkemedel, sjukvårdskonsumtion och sjukskrivning i Skåne.**
Ingemar Petersson och Martin Englund, MORSE-projektet, Universitetssjukhuset, Lund

12.45 **Bipolaritet och stämningsreglerare (30 min)**
Psykofarmakologisk frågestund (30 min)
Terapigrupp Psykiatri

● KORTFÖREDRAG OM SKÅNELISTAN, BLOCK II:

12.45 **Allergi/Obstruktiva lungsjukdomar**

13.05 **Gastroenterologi**

13.25 **Neurologi**

13.45 **FRUKT- & FÖRFLYTTNINGSPAUS.**

SEMINARIEBLOCK III: KI 14.00-15.00:

14.00 **Nationella Riktlinjer för Diabetesvården 2010 Vision och Verklighet**
Terapigrupp Diabetes

14.00 **Praktisk farmakologi.**
Ellen Vinge, Läkemedelskommittén, Landstinget Kalmar

14.00 **Ben- och fotsår. Etiologi. Diagnos och behandling.** (Repris från 2009.)
Katarina Lundqvist, VO Hud, Universitetssjukhuset, Lund

14.00 **Restless legs – evidensbaserade riktlinjer.**
Håkan Widner, VO Neurologi, Universitetssjukhuset, Lund

● KORTFÖREDRAG OM SKÅNELISTAN, BLOCK III:

14.00 **Antibiotika/infektioner**

14.20 **Hjärt- och kärlsjukdomar**

14.40 **Lipider**

15.00 **KAFFE & POSTERSESSION.**

SEMINARIEBLOCK IV: KI 15.30-16.45:

15.30 **Plenarföredrag: Ett år med nya influensan.**
10 mars: *Annika Linde, Smittskyddsinstitutet*
11 mars: *Hans Bertil Hansson, Smittskydd Skåne*
10-11 mars: *Anders Widell, VO Klinisk mikrobiologi, Labmedicin Skåne*

Obs! Programmet är preliminärt.

På Läkemedelsrådets hemsida www.skane.se/lakemedelsradet/rekmassa2010 finns alltid den senaste versionen.

DIN ANMÄLAN vill vi ha senast den 16 februari 2010!

Du anmäler dig elektroniskt på vår hemsida: www.skane.se/lakemedelsradet/rekmassa2010

På det elektroniska formuläret anger du vilka seminarier du vill anmäla dig till (plenarföredragen behöver ingen föranmälan). Även behov av ev. specialkost ska du uppge här. När din anmälan registrerats kommer en bekräftelse att skickas till den e-postadress du anger. **I bekräftelsen finns också två namnskyltar som ska användas vid registreringen på plats.**

Kontaktuppgifter:

Läkemedelsrådet, Region Skåne, Box 1, 221 00 Lund
Telefon: 044-309 30 51 eller 044-309 34 39.

E-post: lakemedelsradet@skane.se

Ingen konferens- eller måltidsavgift tas ut för deltagandet men antalet platser är begränsat. Om du uteblir och ej avbokar din plats senast 27/2 debiteras 500 kronor.

ADRESSÄNDRING

Uppgifter sänds till
Läkemedelsrådets kansli,
se adress nedan.
OBS! Ange även gamla adressen

B



Läkemedel i Hälsoval

Enligt modellen för läkemedelsbudget har Hälsovalsenheterna ett befolkningsbaserat kostnadsansvar (50% under 2009) för basläkemedel till listade patienter, medan sjukhusen har ett kostnadsansvar för den egna förskrivningen av klinikläkemedel. Se www.skane.se/lakemedelsradet/budget för information om läkemedelsbudget och definitioner.

Under perioden januari-oktober sjönk för-månadskostnaden för basläkemedel med 5% i Region Skåne, medan volymen mätt i DDD ökade med 3%. Patentutgångar, lägre generikapriser samt ökad följsamhet till Skånelistans rekommendationer om kostnadseffektiva val kan förklara kost-

nadsminskningen. För perioden maj-oktober erhöll Hälsovalsenheterna totalt 282 mkr i läkemedelsersättning för basläkemedel, medan deras faktiska kostnad för 50% av basläkemedlen uppgick till 259 mkr. "Läkemedelsnettot" blev positivt för de flesta enheterna.

Eftersom Hälsovalsenheterna inte har något budgetansvar för klinikläkemedel kan det vara intressant att notera att kostnaden för dessa läkemedel ändå inte har ökat i förskrivning från Primärvården utan tvärtom minskat med 3%. Region Skånes totala kostnad för klinikläkemedel ökade däremot med 4%. Bland Hälsovalsenheternas förskrivning av klinikläkemedel är långverkande insulinanaloger, antikoagu-

lantia, demensläkemedel, tunga opioider samt Lyrica de kostnadsmässigt största preparaten. Volymen av klinikläkemedel förskrivna från Hälsovalsenheter är relativt liten och utgör 0 - 4,1% av Hälsovalsenheternas förskrivna läkemedelsvolymen maj-oktober.

En farhåga inför Hälsovalsstarten var att den skulle bidra till att Skånes redan höga behandlingstryck med antibiotika skulle öka ytterligare. Hittills tyder inte data på att så skulle vara fallet (se bild). Hälsovalsenheterna följs upp när det gäller behandlingstryck med antibiotika till listade patienter samt val av antibiotika inom grupperna luftvägsantibiotika till barn respektive urinvägsantibiotika till vuxna kvinnor.

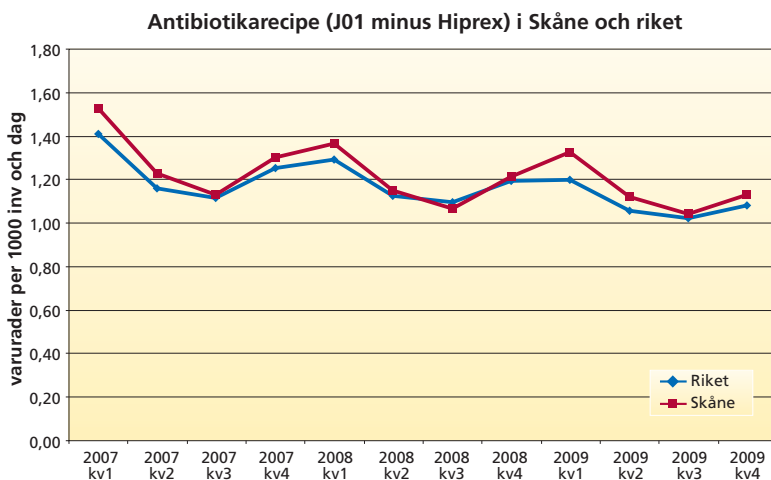
Läkemedelsrådets måltal ingår också i uppföljningen av Hälsovalsenheterna. Fem av förskrivningsmåltalen kunde följas upp vid detta första tillfälle:

- PPI – 90% generiskt omeprazol.
- Statiner – 80% generiskt simvastatin.
- RAAS-blockad – 80% ACE-hämmare.
- Plavix – max 2% utanför sjukhus.
- Triobe – max 10% i relation till volymen av B12.

Två enheter uppfyller samtliga måltal medan 15 enheter inte uppfyller något. 32 enheter uppfyller minst tre av måltalen. Flest enheter (88 st) uppfyller måltalet om simvastatinandel, medan måltalet om ACE-hämmare endast nås av 14 enheter.

Maj Carlsson

Koncernkontoret, Region Skåne



Miljökrav vid tillverkning av läkemedel

Läkemedelsverket publicerade nyligen en rapport om miljökrav vid tillverkning av läkemedel. Rapporten är ett resultat av ett regeringsuppdrag att kartlägga möjligheten att skärpa miljökraven.

Svenska forskningsresultat har visat på utsläpp vid tillverkning av läkemedel i Indien i en omfattning som allvarligt kan påverka människor och djur, samt vår miljö. Läkemedelsrester återfinns

både i dricks- och i grundvatten. Produktion av både råvaror och färdiga läkemedel sker idag till stor del utanför Sverige. En harmoniserad lagstiftning inom EU har därför bättre förutsättningar att kunna påverka läkemedelssektorns miljöpåverkan än en nationell.

I rapporten föreslås bland annat att miljöperspektivet blir en tvingande del av tillverkningsreglerna inom EU och att möj-

lighet ges att neka ett godkännande för läkemedel p g a miljörisiker.

Läkemedelsverket föreslår också en översyn av det nationella förmåns-systemet. Det är oklart hur förmåns-systemet påverkar den ekologiska dimensionen av en hållbar utveckling eftersom miljöåtgärder initialt ökar kostnaderna för läkemedelsproduktionen.

Källa: www.lakemedelsverket.se