



Rekommenderat

Information från Värmlands läkemedelsråd, Landstinget i Värmland

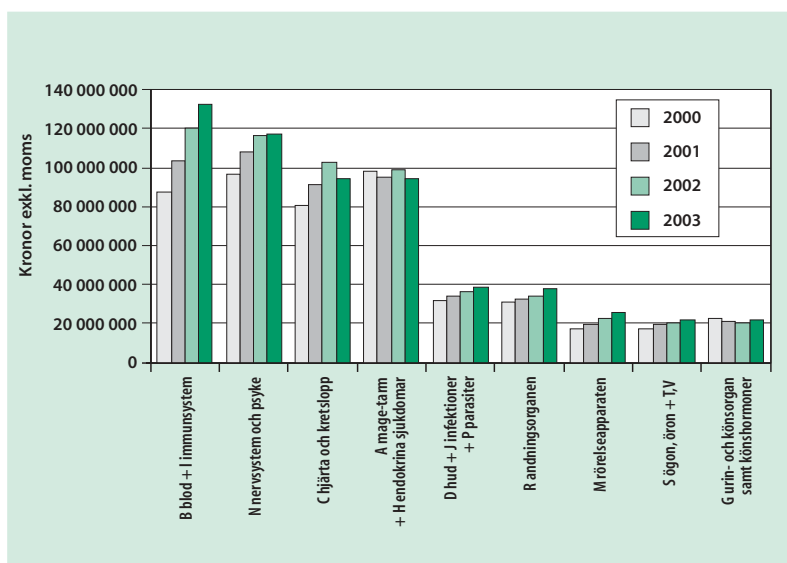
En blick i backspegeln

Ofta behöver man stanna upp och reflektera över ett och annat - ett bra hjälpmedel är alltid backspegeln. Vad har exempelvis hänt med våra läkemedelskostnader det senaste året?

Landstingets s.k. förmånskostnader (läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel) uppgick till 559 miljoner kronor under 2003. Dessutom hade landstinget kostnader för rekvissionsläkemedel på 95 miljoner kronor. Patienterna själv betalade därutöver 168 miljoner kronor i egenavgifter. Ökningen av landstingets förmånskostnader var 1,9 procent jämfört med föregående år (2,1 procent i riket).

Diagrammet visar hur landstingets kostnader för läkemedel (förmån och rekvission) fördelar sig på olika terapiområden under åren 2000-2003. Inom flertalet områden ser man en svag och jämn ökning. Inom hjärta-kärlområdet har kostnadsökningen för 2003 varit negativ till följd av patentutgång för simvastatin men totalt sett är kostnaderna för hjärta-kärl läkemedel cirka 9 procent högre i Värmland under 2003 jämfört med riket. Även inom terapiområdena nervsystem och psyke samt mage-tarm har kostnadsökningen bromsats upp. Kraftigast ökning noteras inom området blod- och immunsystem där kostnadsökningen varit cirka 50 procent under 3 år.

Vad har lagen om generikautbyte på apotek inneburit? Lagen, som började gälla okto-



Landstingets kostnad för läkemedel i öppen och sluten vård vid olika sjukdomar. Förbrukningsartiklar vid t.ex. diabetes är ej inkluderade. (Källa: Xplain, Apoteket AB)

Observera att kostnaden för koagulationsfaktorer till blödarsjuka, bromsmediciner vid HIV/AIDS och läkemedel mot Gauchers sjukdom delas solidariskt av alla landstingen och är därför inte med i jämförelsen. Värmlands del av de solidariska kostnaderna utgjorde 23 miljoner kronor år 2003.

ber 2002, innebär att apoteket ska expediera de billigaste generika som finns i lager oavsett vad som förskrivits och såvida inte patienten eller förskrivaren motsätter sig detta. Effekterna av lagen kan analyseras ur olika synvinklar, nyligen har en analys av kostnadseffekterna för riket för de första 15 månaderna redovisats av Apoteket AB, Landstingsförbundet och Läkemedelsförmånsnämnden. Andra aspekterna analyseras fortfarande, exempelvis patientsäkerheten.

Rekommenderat

Informationsbladet Rekommenderat ges ut fyra gånger per år av Värmlands läkemedelsråd, Landstinget i Värmland.

Ansvarig utgivare Per-Olof Olsson, telefon 054-61 43 10, telefax 054-61 41 59, e-post per-olof.olsson@liv.se

www.liv.se/lakemedelsrad.htm • Tryckt hos Tryckeri AB Knappen i Karlstad



Landstinget
i Värmland

Analysen visar att samhällets kostnader för att uppnå en viss medicinsk effekt (genomsnittspriset per enhet aktiv substans) har sjunkit för icke-patentskyddade substanser med cirka 27 procent. Därvid skulle samhället erhålla samma "läkemedelskorg" under 2004 till en kostnad som ligger cirka 2 miljarder kronor lägre än kostnaden före reformen. Kostnadsreduceringen har skett successivt under 2003 och den beräknas därför till cirka 1 miljard lägre kostnader för 2003. En stor del av kostnadsreduceringen beror på patentutgångar för fyra storsäljande läkemedel, framför allt simvastatin och omeprazol. Drygt 60 procent av expedierade läkemedel är utbytbara på apoteken enligt Läke-medelsverkets lista.

Intressant är skillnader mellan landstingen. Beräkningar av ett s.k. kedjeindex innebär att man månadsvis beräknat kostnaden i kr per DDD för de volymmässigt största substanserna och sedan gjort en avvägning mot försäljningsvolymen. Härvid konstateras att det föreligger skillnader i läkemedelskostnader mellan landstingen på upp till 4 procent. Värmland ligger något sämre till, dvs. analy-

sen pekar på att vi betalar cirka 1 procent mer för våra icke-patentskyddade läkemedel än landstingen i genomsnitt och 3 procent mer än bästa landsting (Kronoberg). Någon direkt förklaring till dessa skillnader har man inte men man pekar på att apotekens lagerhållning av billigaste generika har stor betydelse för kostnaden. En annan förklaring skulle vara att patient eller förskrivare motsätter sig utbyte men bedömningen är att detta endast sker i ett fåtal fall.

Sammanfattningsvis ser man i backspeglarna att kostnaderna för utbytbara läkemedel har sjunkit kraftigt under 2003 och kostnadsökningarna har bromsats upp för läkemedel fr a inom områdena hjärta-kärl, mage-tarm och nervsystem-psyke till följd av patentutgångar. Å andra sidan tycks vi ha utnyttjat effekterna av generikareformen något sämre än landet i genomsnitt. Slutligen ses betydande kostnadsökningar inom andra terapiområden, fr a inom blod-immunologi.

Per-Olof Olsson, ordförande i Värmlands läkemedelsråd

Citalopram rekommenderas i nytt LOK-uttalande

LOK, ordförandena i landets läkemedelskommittéer, samt kommittéernas specialister i psykiatri har vid ett gemensamt möte den 4 maj diskuterat läkemedelsbehandlingen vid depressionssjukdom hos vuxna utifrån den nyligen publicerade SBU-rapporten. Man rekommenderar därvid att i första hand använda citalopram. Uttalandet har kommenterats i Dagens Medicin nyligen där LOKs ordförande Ola Ohlsson framhåller att SBU-rapporten kommit fram till att SSRI-preparaten är likvärdiga i klinisk effekt och eftersom en dagsdos citalopram kostar 91 öre medan det mest försålda SSRI Zoloft (sertralin) kostar cirka 10 ggr så mycket finns "ingen anledning att betala dyrt för något som inte är bättre". Psykiatriprofessor Hans Ågren är kritisk och anser att prisskillnaden inte får vara det enda avgörande då patienter svarar olika på olika preparat. Något överraskande tycker vd för Läke-medelsindustriföreningen, Rickard Bergström, att rekommendationen från LOK är rimlig!

Per-Olof Olsson, ordförande i Värmlands läkemedelsråd

Här följer LOKs uttalande

- Depressionsepisoder kan vara enstaka eller återkommande. Symtombilden kan variera mellan individer och även växla i svårighetsgrad. Dessa faktorer styr valet av behandling. Validerade skattningsskalor för bedömning av svårighetsgrad och behandlingseffekt bör användas.
- Lindriga till medelsvåra depressioner behandlas ofta i öppen vård. I likhet med flera tidigare behandlingsöversikter har SBU kommit fram till att tillgängliga SSRI-preparat har likvärdig klinisk effekt. Inga väsentliga skillnader avseende biverkningsmönster föreligger.
- Dosoptimering och adekvat behandlingstid är viktigt att beakta.
- Dålig följsamhet eller abrupt avbrytande medför risk för ut-sättningssymtom.
- Det finns inget stöd för att SSRI är beroendeframkallande. Med hänsyn tagen till låg risk för interaktioner och utsättningsproblem samt dagens prissättning, rekommenderar landets läkemedelskommittéer i första hand citalopram vid läkemedelsbehandling av depressionssjukdomar hos vuxna.

Riktlinjer för apodos klara!

Från och med hösten 2004 kommer cirka 20 000 patienter att få sina läkemedel från Dosapoteket i Örebro. Värmlands patienter flyttades över den 1 maj 2004 och den 1 oktober är det Sörmlands tur.

För att få en säker och effektiv hantering av ApoDos har gemensamma riktlinjer arbetats fram. På uppdrag av läkemedelskommitteerna har Läkare, MASar och farmaceuter från de 3 länen ingått i en arbetsgrupp som stött och blött de förbättringsmöjligheter som utkristalliserats efter inkomna svar på enkäter från förskrivare och synpunkter från kommunal vårdpersonal.

Värmlands representanter har varit Hans Dahlberg sluten vård, Ulla Engström MAS Sunne, Cecilia Nedéus och Ulf R Nilsson Apoteket AB.

Resultatet har sedan remissbehandlats och godkänts av landstingets samordningsgrupp och verksamhetsansvariga i kommunen. Förslaget stöddes av läkemedelsrådet.

Materialet är nu överlämnat till verksamhetsansvariga chefer för implementering.

PAL-problematiken olöst

PAL-begreppet och förlängningar av ordinationer från specialister är alltid föremål för diskussion, inte bara i Värmland. Ett nationellt grepp har tagits i frågan och påbörjades den 28 april med en Workshop, där Landsting, Kommun och Apoteket AB var representerade. När den frågan är utredd kommer de via e-mail utskickade riktlinjerna att revideras och tryckas i en mer tilltalande layout.

Vad finns det då som kan förbättras?

- Det är patientens behov som avgör
- Det är förskrivaren som tillsammans med patienten beslutar om ApoDos ska sättas in.

- Patienten ska vara i en stabil läkemedelsfas.
- Förskrivaren ska anteckna i journalen om det är en dospatient för att undvika dubbelförskrivning.
- Ordinationsändring ska göras i e-dos alternativt på aktuellt dosrecept (tas ut i e-dos).
- Akut/buffertförråd kommer att inrättas på fler kommunala boenden för att minska antalet akuta ordinationsändringar. Frekventa ändringar i dospåsar ökar osäkerheten i hanteringen.
- För snabb expedition av Akut hel förpackning som inte finns i akut/buffertförråd ska ordination göras i e-dos (hämtas efter 4 timmar på lokalt apotek, endast vardagar) alternativt görs insättning på aktuellt dosrecept som medtages eller faxas till lokalt apotek.
- Vanliga gula receptblanketter och e-recept ska inte användas till dospatienter. Kan förorsaka dubbelförskrivning.

Detta är ett axplock ur de riktlinjer som nu finns på pränt. Om alla följer Riktlinjerna bäddar det för en säkrare, effektivare och billigare ApoDoshantering.

De synpunkter och förbättringsförslag som kommit in under arbetsgång kommer att bearbetas och plockas in successivt.

Nu återstår implementeringen till all personal som kommer i kontakt med ApoDos.

Hör gärna av er till någon av oss så ställer vi gärna upp!

Ulla Engström MAS ulla.engstrom@sunne.se

Cecilia Nedéus Kommunfarmaceut cecilia.nedeus@apoteket.se

Forsteo (teraparavid) – ett nytt läkemedel – en ny behandlingsprincip

Läkemedelsverket bedömer preparatet som ett intressant behandlingsalternativ. Det är godkänt till postmenopausala kvinnor med manifest osteoporos och med tidigare en eller flera frakturer.

Studier har inte visat signifikant reduktion av frakturincidensen vid osteoporos hos män. Preparatet är därför inte godkänt för behandling av män med osteoporos.

Teraparavid är ett fragment av parathormon och ger både en ökad bennybildning och benresorption där bennybildningen överväger. Studier har visat att benmassan ökar under behandlingstiden. Preparatet har visat signifikant effekt vid kotkompressioner hos kvinnor som minskade med 14,3 procent i jämförelse med placebo under en period av 19 månader. Inga studier visar signifikant effekt på höftfrakturer. Man behöver behandla 11 kvinnor i 19 månader för att undvika en eller flera nya kotfrakturer.

Teraparavid ska kombineras med calcium och D-vitamin.

Rekommendationen med en längsta behandlingstid på 18 må-

nader bör följas, då det är en ny behandlingsprincip där långtidsdata saknas.

Före behandlingen startas måste Mb Paget och hyperparathyroidism uteslutas.

Terapin ges som dagliga subkutana injektioner under maximalt 18 månader.

Preparatet är dyrt. Kostnaden för 28 dagars behandling är ca 4 000 kronor, vilket ger en årskostnad på 50 000 kronor.

Det är viktigt med en samlad erfarenhet av nya behandlingsprinciper. Preparatet kan bli aktuellt för ett fåtal kvinnor i Värmland.

Efter överenskommelse mellan länsverksamhetscheferna ska Forsteo förskrivas enligt följande i Värmland:

Forsteo betraktas i nuläget som ett specialisläkemedel som endast förskrives via internmedicin Värmland där också kostnadsansvaret finns. Förskrivning av läkare inom annan specialitet (allmänmedicin, ortopedi) kan diskuteras med internmedicins länsledning

Christina Eskilson, Informationsläkare



Publiken lyssnade på intressanta föredrag.

Välbesökt utbildning



Roland Carlsson



Peter Nilsson

Den 5 maj arrangerade Värmlands läkemedelsråd en heldagsutbildning kring hjärtkärlprevention med fokus på diabetes och lipidrubbingar. Målgruppen för utbildningen var läkemedelsförskrivare (läkare).

Glädjande nog kunde vi räkna in nästan 100 diskussionsglada deltagare! Utbildningsdagen utgjorde en del av lanseringen av läkemedelsrådets nya terapiriktlinjer, som kommer att finnas i tryck i början av sommaren. Det hela vävdes ihop med beskrivning av aktuell läkemedelsförskrivning i Värmland samt en genomgång av det metabola syndromet (doc Peter Nilsson, Malmö) och uppmärksammade data kring förekomsten av diabetes och nedsatt glukostolerans bland hjärtinfarktpatienter (med dr Åke Tenerz, Västerås).

Lipidläkemedel

Roland Carlsson, kardiolog och ordförande i terapigruppen för hyperlipidemi, redogjorde för betydelsen av lipidnivåer och lipidbehandling vid kardiovaskulär prevention. Roland betonade vikten av en total riskbedömning varvid bl.a. riskkartor, exempelvis Heart Score, kan vara till hjälp. Tidigare målgränser för behandling kvarstår, dvs. total-kolesterol < 5,0 mmol/l och LDL-kolesterol < 3,0 mmol/l men internationellt går trenden mot lägre nivåer. Simvastatin utgör den mest väldokumenterade och kostnadseffektiva statinen och utgör ett första handsval vid farmakoterapi.

Metabola syndromet

Peter Nilsson gjorde en omfattande genomgång av kunskapsläget vad gäller både orsaker och behandling vid det metabola syndromet. I fokus stod insulinresistensen och möjligheterna att påverka denna både genom livsstilsintervention och farmakologiskt. Peter visade att det nu finns tydliga evidens för att utvecklingen från nedsatt glukostolerans (IGT) till diabetes kan förhindras både genom livsstilsintervention och farmaka såsom metformin. Men faktum är att livsstilsintervention är överlägset!

Diabetesläkemedel

Per-Olof Olsson redovisade de nya terapirekommendationerna kring diabetes mellitus. Betydelsen av individuella mål exempelvis vad gäller HbA1c framhölls samtidigt som kravet på allt bättre HbA1c sprids

ggsdag om lipider och diabetes

internationellt (i storleksordningen högst 1 procent över normalvärdet). Metformin har befast som ställning som ett förstahandsmedel vid diabetes och övervikt medan de nya thiazolidindionerna (Actos, Avandia) saknar data på långsiktiga effekter på morbiditet och mortalitet. Insulinsortimentet ökar raskt med nya s k analoginsuliner och nu rekommenderas kortverkande analoginsuliner (Humalog, NovoRapid) istället för kortverkande humaninsulin (Actrapid) i första hand. Förslag till omfattningen av självtester presenterades med en kraftig differentiering mellan insulinbehövande, tablett- och kostbehandlade patienter.

Hjärtinfarkt och glukostolerans

Många blev nog överraskade av Åke Tenerz data kring förekomst av nedsatt glukostolerans bland hjärtinfarktpatienter. Åke har deltagit i studier, bl.a. publicerade i Lancet, som visar att endast en tredjedel av patienterna med akut hjärtinfarkt har normal glukostolerans. Och allra viktigast – de flesta vet inte om att de har typ 2 diabetes eller nedsatt glukostolerans (IGT). Mycket talar för att denna kunskap kommer att ha stor betydelse för hur vi ska utreda och behandla hjärtinfarktpatienter, och kanske också andra hjärtkärlsjuka.

Förskrivningsmönster i Värmland

Marianne Byfält, vetenskaplig sekreterare i Värmlands läkemedelsråd, visade på intressant statistik kring förskrivningen av såväl lipidsänkande läkemedel som diabetesläkemedel. På lipidsidan konstateras att det finns betydande skillnader mellan de olika kommunerna, exempelvis vad gäller fördelningen mellan förstahandsvalet simvastatin och andrahandsvalet Lipitor och att om alla anpassade sig till det billigaste förskrivningsmönstret skulle läkemedelskostnaden bli flera miljoner kronor lägre. På diabetessidan konstateras att metforminförskrivningen är hög vilket pekar på ett gott och evidensbaserat förskrivningssätt. Den icke oväsentliga förskrivningen av s.k. glinider (NovoNorm, Starlix) måste däremot ifrågasätta då evidens för långsiktiga effekter på morbiditet och mortalitet saknas.



Per-Olof Olsson



Åke Tenerz



Exempel på felaktig livsstil: Marianne Byfält kör åkgräsklippare.

Aktuella kostråd vid diabetes och lipidrubbningar

De kostrekommendationer som den europeiska expertgruppen Diabetes and Study Group (DNSG) of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) tagit fram, ligger även till grund för de kostrekommendationer som vi har i Sverige.

Dessa rekommendationer stämmer väl överens med de svenska (SNR) och nordiska rekommendationerna (NNR). DNDGs rekommendationer passar inte bara på personer med diabetes, utan används även vid metabola syndromet dvs. vid övervikt lipidrubbningar och hypertoni.

Kostråden baserar sig på det vetenskapliga underlag som finns tillgängligt, och förändras allt eftersom forskningen går framåt och nya studier blir tillgängliga.

Syfte med kostbehandlingen

- 1 Optimera den glykemiska kontrollen för att minska riskfaktorerna för kardiovaskulär sjukdom och nefropati.
- 2 Individens livskvalitet bör sättas i fokus, dvs. balans mellan krav på metabol kontroll och förebyggande av riskfaktorer och välbefinnande.

Energibalans

För personer med övervikt så uppmuntras ett minskat intag av energitäta livsmedel med ett högt fettinnehåll. I de fall som personen inte lyckas uppnå resultat av dessa råd, bör rådgivning mer specifikt om hur energiintaget kan minskas med minst 500 kcal per dag.

Regelbunden fysisk aktivitet uppmuntras till, helst varje dag i minst 20–30 minuter.

Fördelning mellan energigivande näringsämnen

Mättat fett och transfett bör bidra med mindre än 10 procent av det totala energiintaget. Transfetsyror är fettsyror som innehåller en eller flera dubbelbindningar i transställning, dvs väteatomerna sitter på motsatt sida av dubbelbindning-

en, vilket innebär att fettsyrorna blir raka kedjor och får liknande egenskaper som mättat fett. Dessa fettsyror bildas vid industriell härdning av fetter och oljor och i våmmen hos idisslare. Livsmedel som ofta innehåller transfetsyror är t.ex. kex, pulversoppor, friterade potatisprodukter etc. Kliniska och epidemiologiska studier har visat att transfetsyror påverkar blodfetterna negativt och ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Intaget av fleromättat fett bör begränsas till 10 procent av energiintaget. Vid högt intag av fleromättat fett finns förmodligen en ökad risk för lipidoxidation och en sänkning av HDL-kolesterol. Fet fisk bör konsumeras minst en gång i veckan för att få tillräckligt med n-3 fettsyror. Andra bra källor är rapsolja eller sojaolja och nötter.

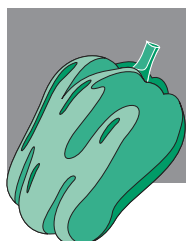
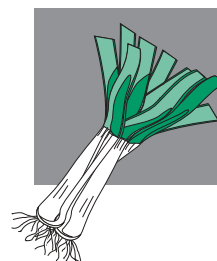
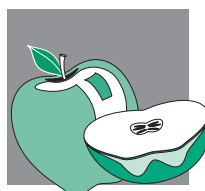
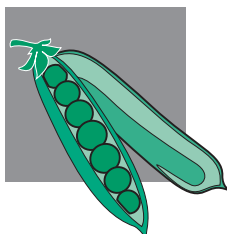
Mängden protein bör ligga mellan 10–20 procent av energitillförseln.

Resterande del av energiintaget bör komma från en kombination av kolhydrater och enkelomättat fett. Detta innebär en spridning av kolhydrater på mellan 45–60 procent, och ett totalt fettintag mellan 25–35 procent av hela energiintaget. De flesta vuxna diabetiker rekommenderas en kolhydratrik kost som är fiberrik och har ett lågt glykemiskt index, dvs. livsmedel som är rika på lösliga kostfiber (grönsaker, rotfrukter, baljväxter, frukt, bär, spannmålsprodukter). Den rekommenderade mängden är 25–35 g kostfiber per dag för alla vuxna. För personer som är i behov av ett högre energiintag rekommenderas en större andel fett i kosten rekommenderas i första hand enkelomättat fett från rapsolja eller olivolja.

Av det totala energiinnehållet begränsas intaget av sackaros till mindre än 10 procent.

En mindre mängd 5–10 g kan ingå i måltider utan att blodsockret påverkas nämnvärt.

Sötningemedel som sockeralkoholer och andra energigivande sötningsmedel, ex fruktos bör inte rekommenderas eftersom det inte anses ha några fördelar framför vanligt socker.



Alkohol

Restriktivitet p.g.a. att:

- 1 Alkohol innehåller mycket kalorier
- 2 Ökad risk för hypoglykemi
- 3 Förhöjda triglycerider
- 4 Negativ inverkan på högt blodtryck

Ett acceptabelt alkoholintag kan vara 15 g per dag för kvinnor, och 30 g per dag för män.

Vitaminer och antioxidanter

Ökad konsumtion av frukt och grönsaker vilka är rika på antioxidanter, för att minska den oxidativa stressen och därmed minska den kardiovaskulära risken. Rekommenderad mängd halvt kilo per dag.

Mineraler och spårelement

Det finns inga hållpunkter för att rekommendera extra tillskott av mineralämnen och spårelement i en allsidigt sammansatt kost. En begränsning av saltintaget är helt i linje med de svenska näringsrekommendationerna, detta gäller framför allt för personer med hypertoni.

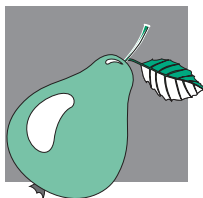
DNSGs rekommendationer kommer att revideras under året, och kommer att presenteras under ett evidensbaserat perspektiv.

Praktiska kostråd vid diabetes och lipidrubbingar

- * Fördela maten över dagen. Tre huvudmål två till tre mindre mellanmål
- * Välj maten vid huvudmåltiderna enligt tallriksmodellen
- * Välj fiberrika och långsamma livsmedel
- * Fett – lagom mycket av rätt sort. Mindre mättat fett och mer omättat fett
- * Njut av frukt och grönt fem gånger om dagen!
- * Nyckelhålmärkningen – en symbol för fettsnåla och fiberrika livsmedel
- * Minska mängden socker!

Åsa Ahlén, dietist

Endokrin- och diabetescentrum, CSK



Nytt terapeutiskt område för S-digoxin

I takt med att nya, bättre dokumenterade farmaka har etablerats i behandlingen av hjärtsvikt har digoxinets betydelse minskat. I aktuella riktlinjer rekommenderas digoxin framförallt vid hjärtsvikt och samtidigt förmaksflimmer. Om förmaksflimmer ej föreligger kan digoxin användas som tilläggsbehandling till ACE hämmare och betablockad.

Tidigare terapeutiskt riktområde för digoxin (1,4–2,6 nmol per liter) grundar sig på gamla toxicitetsstudier snarare än effektstudier. På senare år har flera studier publicerats där lägre serumkoncentration visat bättre resultat vad gäller överlevnad och morbiditet än högre serumkoncentration.

Det bör observeras att det inte finns någon studie som visar ökad överlevnad med digitalis som tilläggsbehandling, däremot minskat antal sjukhusinläggningar och minskade symtom.

Till följd av det nya kunskapsläget har man runt om i landet och även internationellt ändrat det terapeutiska området för S-digoxin till < 1,4 nmol per liter. Trots bristande dokumentation har man beslutat att låta detta gälla både vid förmaksflimmer och hjärtsvikt med bibehållen sinusrytm.

Med anledning av det nya riktvärdet bör man vara frikostig med serumkoncentrationsbestämningar. Patienter med känd serumkoncentration över det nya riktvärdet bör få reducerad dos.

Johan Lugnegård
Internmedicin CSK

Rickard Carlhed
Laboratoriemedicin i Värmland

Efter 15 juni gäller nytt terapeutiskt riktvärde för S-Digoxin
S-Digoxin < 1,4nmol/L

Referenser

1. The Digitalis intervention group NEJM 1997;336:525-33
2. Eichhorn et al NEJM 2002;347:1403-11
3. Rathore et al JAMA 2003;289:871-8
4. Gheorgiade et al AHJ 1997;134:3-12
5. Läkemedsbulletinen (Lund) nr 5;2003
6. Nytt från klinisk kemi och farmakologi(Uppsala) Nr 17/03

Trevlig sommar!
önskar redaktionen

Geografisk variation i kostnad för läkemedel inom Värmland

Under 2003 varierade förmånskostnaden för läkemedel i öppen vård mellan 1 692 kronor per invånare i Säffle-Grums och 1 896 kronor per invånare i Kristinehamn-Filipstad-Storfors.

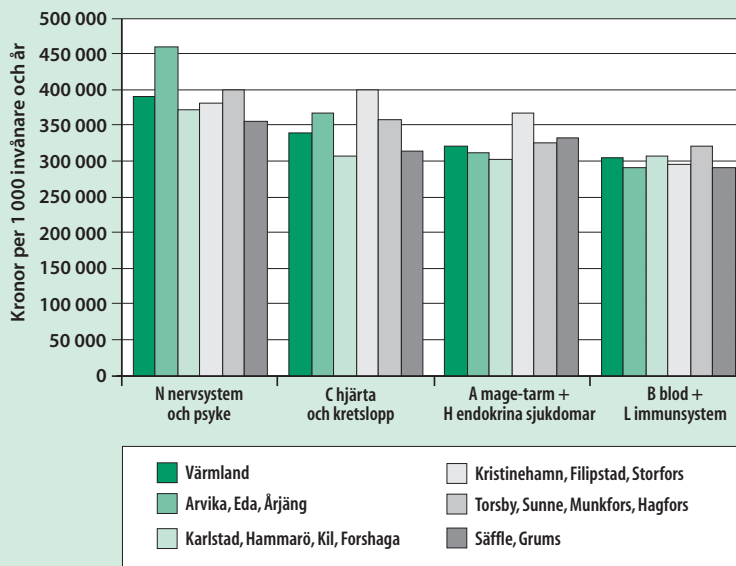
I figur 1 visas fördelningen av förmånskostnaden för läkemedel inom de fyra mest kostsamma terapiområdena under 2003 exklusive kostnaden för hemofilipreparat och bromsmediciner vid HIV/AIDS, vars kostnader delas solidariskt med andra landsting. Nerv- och psykläkemedel kostade mest, allra mest i Arvika-Eda-Årjäng (även efter ålders- och könsstandardisering). Hjärta-kärl-läkemedel kostade mellan 307 kronor per invånare i den relativt unga Karlstadsregionen och 398 kronor per invånare i länets östra kommuner. För övriga terapiområden är den mest noterbara skillnaden den högre kostnaden för mage-tarmläkemedel i östra Värmland.

Figur 2 visar kostnadsbilden i olika delar av Värmland första tertialen 2004. Förmånskostnaden för alla läkemedel var oförändrad (-0,1 procent) jämfört med samma period året innan. Kostnaden för hjärta-kärl-läkemedel har däremot minskat med 8 miljoner kronor eller 24 procent. Denna kostnadsminskning har skett i alla regioner. Kostnaden är liksom tidigare högst i östra Värmland och starkt beroende av val av blodfetsänkande behandling.

Kostnaden för mage-tarmläkemedel har minskat i alla delar av Värmland utom i öst, där kostnaden har ökat med 13 procent och nu uppgår till 142 kronor per invånare och tertial. Ökningen förklaras av extremt dyra Fabrazyme mot sällsynt åkomma (Fabrys sjukdom). För hela Värmland ses en svag kostnadsminskning.

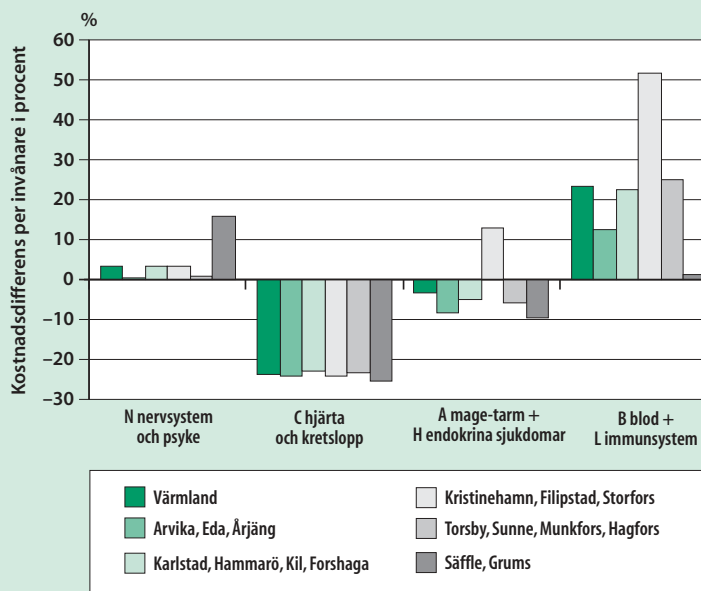
Nerv- och psykläkemedel kostar som tidigare mest i västra Värmland. Kostnaden har i genomsnitt ökat med tre procent. En markant kostnadsökning (+16 procent) ses i Säffle-Grums. Den största kostnadsökningen återfinns inom blod- och immunsystem (+6 miljoner kronor eller +23 procent). Speciellt har kostnaderna för dessa läkemedel ökat i östra Värmland.

Marianne Byfält, vetenskaplig sekreterare



Figur 1

Landstingets kostnad för läkemedel per sjukdomsområde på recept och apodos i de olika geografiska områdena 2003.



Figur 2

Landstingets förändrade kostnad för läkemedel per sjukdomsområde på recept och apodos i de olika geografiska områdena under första tertialen 2004 jämfört med samma period 2003.