

# Rapport

# Benchmarking

# Läkemedel

# Innehåll

---

Förord	3
Sammanfattning	4
Metod	6
Bakgrund	9
Resultat	10
Statiner	10
SSRI	12
Övriga antidepressiva	14
ACE-hämmare och ARB	16
Bronkdilaterande medel	18
Protonpumpshämmare	20
Obesitasmedel	22
Teststickor	23
Nya läkemedel	24
Bilaga 1	
Nya läkemedel	26
Verksamhetsformens andel av total förskrivning	
Bilaga 2	
Förhållanden mellan landstingsområden	28
Läkemedelsbehandlingskostnad	
Läkemedelsanvändning	
Bilaga 3	
Definitioner	30

## **Förord**

Hälso- och sjukvårdsdirektörerna inom Stockholms läns landsting (SLL), Region Skåne samt Västra Götalandsregionen (VGR) har lämnat ett uppdrag till respektive landsting/region att tillsammans genomföra benchmarking inom läkemedelsområdet. Tidigare finns ett etablerat samarbete inom den så kallade, 4-länsgruppen där också landstinget Östergötland (LiÖ) ingår. På ett möte med 4-länsgruppens företrädare 24 februari, 2004, bestämdes att även LiÖ ska ingå i benchmarkingarbetet.

En arbetsgrupp tillsattes i maj 2004. Arbetsgruppen har samordnat arbetet och sammanställt rapporten.

I arbetsgruppen har följande personer ingått:

Region Skåne: Henrik Ohlsson, adj. Cecilia Tibell (Läkemedelsenheten Region Skåne)  
SLL: Åke Karlsson (LäkemedelsEpidemiologiskt Centrum, LEpC), Per Göransson, Sten Ronge, Björn Wettermark (Apoteket AB och LEpC)  
VGR: Christina Edward, adj. Peter Amundin (Läkemedelsenheten VGR)  
LiÖ: Mikael Svensson, adj. Lena Alsén-Melin (Läkemedelsgruppen LiÖ)

I denna rapport jämförs, mellan de fyra landstingen/regionerna, ett antal läkemedelsgrupper både ur befolknings- och förskrivarperspektiv. En jämförelse har gjorts mellan de olika Läkemedelskommittéernas rekommendationer och hur dessa eventuellt påverkat förskrivningen.

Använda termer och begrepp, likväl som de läkemedel som studerats definieras sist i dokumentet, se bilaga 3.

**Arbetsgruppen januari 2005**

## Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsdirektörerna inom Stockholms läns landsting (SLL), Region Skåne samt Västra Götalandsregionen (VGR) har lämnat ett uppdrag till respektive landsting/region att tillsammans genomföra benchmarking inom läkemedelsområdet. Även Landstinget i Östergötland (LiÖ) ingår i detta benchmarkingarbete.

I denna rapport jämförs ett antal läkemedelsgrupper både ur befolknings- och arbetsplatsperspektiv. En jämförelse har även gjorts mellan de olika läkemedelskommittéernas rekommendationer och hur dessa eventuellt påverkat förskrivningen. Inom samtliga fyra landsting/regioner finns uppsatta måttal för läkemedelsförskrivningen. Alla har tillgång webbaserade uppföljningsverktyg.

### Omfattning

Följande läkemedelsgrupper har valts ut: Statiner, Antidepressiva, ACE hämmare, Bronkdilaterande medel, Protonpumpshämmare, Obesitasmedel och Teststickor för blodsockerkontroll. Läkemedelsgrupperna har bl.a. valts mot bakgrund av att de är vanligt förekommande och att läkemedelsvalet kan ha påtaglig betydelse för behandlingskosten. Vidare har utvecklingen av ett antal nya läkemedel följts upp.

### Befolkningsspektiv

Befolkningsspektiv (se tabell 1): Inom grupperna Statiner, PPI, Bronkdilaterande medel samt nya läkemedel har Region Skåne både högst användning (DDD/inv) samt högst kostnad (kr/inv) under 1:a halvåret 2004. För antidepressiva gäller att VGR har högst användning samt högst kostnad. För samtliga grupper (exklusive PPI och Antidepressiva,) har LiÖ lägst kostnad, men nödvändigtvis inte lägst användning (exempelvis statiner och ACE-hämmare).

#### Tabell 1

I tabellen nedan har en förenklad sammanställning gjorts av kostnad och användning för olika läkemedelsgrupper under 1:a halvåret 2004. För utökad information om förhållanden mellan landstingsområden, se bilaga 2.

Högst: högst användning - DDD/inv

Dyrast: högst kostnad - kr/inv

Läkemedelsgrupp	SLL	Region Skåne	LiÖ	VGR
Statiner		Högst + dyrast	Billigast	Lägst
PPI	Lägst + billigast	Högst + dyrast		
Antidepressiva	Lägst + billigast			Högst + dyrast
ACE hämmare			Högst + billigast	
Bronkdilaterande medel	Lägst	Högst + dyrast	Billigast	
Obesitasmedel	Dyrast	Dyrast	Billigast	
Teststickor			Billigast	
Nya läkemedel		Högst + dyrast	Lägst + billigast	

## Kvoter

För kvoterna (se tabell 2), ser mönstret likartat ut då LiÖ:s kvoter i högre grad motsvarar rekommendationerna för ett bra terapival.

**Tabell 2 Kvoter**

Läkemedelsgrupp	Kvot
Statiner	simvastatin/statiner
SSRI	Andel SSRI som inte är Zoloft eller Cipralex
Övriga antidepressiva	Andel SSRI av antidepressiva
ACE-hämmare	Andel ACE-hämmare av medel som påverkar RAAS-systemet
Bronkdilaterande medel	Andel Spiriva av antikolinerga luftvägsvidgare

## Arbetsplatsperspektiv

Kvoterna (se ovan) och användandet av nya läkemedel har analyserats ur ett arbetsplatsperspektiv. Det finns även här ett gemensamt mönster, då de privata förskrivarna i mindre grad infriar de lokala terapirekommendationerna, framförallt inom gruppen statiner (andel simvastatin av statiner). Även för nya läkemedel står de privata för en relativt stor andel av förskrivningen. Dock har de nya substanser som lanserats den senaste tiden inte fått så stor förskrivning totalt sett. Introduktionen av nya läkemedel på marknaden var en helt annan för några år sedan.

## Rekommendationer

Ett entydigt, tydligt samband mellan Läkemedelskommitteernas rekommendationer och förskrivningen i respektive landstingsområde är svårt att se. Rekommendationernas genomslagskraft påverkas ju av ett flertal andra faktorer. Marknadsföringsinsatser kan t.ex. skilja sig mellan landstingsområden. LiÖ uppvisar en generellt bättre följsamhet till rekommendationerna. En förklaring kan vara att rekommendationerna sannolikt lättare får genomslag om ansvaret för läkemedelskostnaderna decentraliserats och på så sätt tydliggjorts.

**S**lutsats Ökande läkemedelskostnader tyder inte automatiskt på en oriktig läkemedelsanvändning. Inriktningen bör vara en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Det kan dels betyda höjda läkemedelskostnader via nya och bättre läkemedel och dels att man använder beprövade preparat i stället för nyare och dyrare utan förtjänster. Sammantaget visar rapporten att de olika landstingsområdena skiljer sig med avseende på i vilken grad följsamhet till förstahandsrekommendationen sker. Behandlingstryck och behandlingskostnader skiljer sig också åt på ett påtagligt sätt. Sannolikt kan en del av skillnaderna förklaras av skillnader i ansvar för läkemedelskostnader samt i vilken utsträckning förskrivare är medvetna om skillnader mellan olika behandlingsalternativ kostnadsmässigt.

Studien visar att för samtliga landstingsområden är utvecklingen positiv på flera områden utifrån målsättning. Förskrivarkategorierna skiljer sig också generellt sinsemellan. Förskrivare från primärvården uppvisar en högre följsamhet till rekommendationerna och mer kostnadseffektiv förskrivning. Privata vårdgivare uppvisar det motsatta mönstret och verkar i högre grad än andra verksamhetsföreträdare snabbare ta till sig nya läkemedel.

Flera viktiga frågeställningar kan inte besvaras med den läkemedelsstatistik landsting/regioner i dag har tillgång till. Läkemedelsstatistik på individnivå är nödvändig för utvecklad och fördjupad kunskap om läkemedelsförskrivning och användning. De data som idag är möjliga att arbeta med kan emellertid nyttjas mer effektivt för att underlätta verksamhetsuppföljning och kvalitetsutvecklingsprojekt. Även jämförelser mellan landstingsområden som genomförts t ex i denna rapport är värdefulla och kan utvecklas vidare. För förbättrade framtida möjligheter till jämförelser är det även nödvändigt med gemensamma definitioner och utökad samverkan mellan landsting.

Denna studie har genererat nya frågeställningar som är intressanta att arbeta vidare med. Dels vore det intressant att genomföra motsvarande analys med ökad detaljeringsgrad mellan/inom vårdgivare. Dels vilken benägenhet har förskrivare att ta till sig läkemedelskommittéernas rekommendationer? Vidare ser vi ett behov av att genomföra en djupare analys av vad som förklarar skillnader i förskrivningsmönster och läkemedelskostnader mellan landsting.

## Metod

Vid gruppens första möte identifierades ett antal strategiska läkemedelsgrupper som var intressanta att jämföra. Önskemål fanns att jämföra receptförskrivningen uppdelad på:

- Primärvård
- Sjukhus
- Privata vårdgivare

Viktigt att notera är att de olika landstingsområdena skiljer sig åt både med avseende på definition av förskrivarkategorier och med avseende på fördelningen mellan olika förskrivarkategorier. Att de olika landstingen/regionerna har olika definition på begreppet vårdgivare /vårdform är ett problem vid jämförelser. För förbättrade framtida möjligheter till jämförelser är det nödvändigt med gemensamma definitioner och utökad samverkan mellan

landsting. Idag saknas ett gemensamt arbete på detta område. Den kodstruktur som tidigare tagits fram av Socialstyrelsen är inte anpassad till dagens organisation i de olika landstingen. Ytterligare en begränsning är de i dagsläget små möjligheterna att enkelt följa användningen av läkemedel per indikation och/eller förskrivningsorsak.

I tabell 3 nedan redovisas fördelningen av förskrivningen mellan olika vårdgivare avseende belopp och volymer.

**Tabell 3**

SLL	DDD		Belopp		Patientdel		Förmånsdel		Subvention
	Antal	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	
<b>Förskrivargrupp</b>									
Sjukhus	66 076 280	16%	855	36%	86	16%	769	42%	90%
Primärvård	204 266 000	49%	764	32%	249	45%	515	28%	67%
Övriga (främst privata specialister)	149 595 180	36%	783	33%	217	39%	566	31%	72%
<b>Totalt</b>	<b>419 937 461</b>	<b>100%</b>	<b>2 403</b>	<b>100%</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>	<b>1 851</b>	<b>100%</b>	<b>77%</b>

Skåne	DDD		Belopp		Patientdel		Förmånsdel		Subvention
	Antal	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	
<b>Förskrivargrupp</b>									
Sjukhus	77 820 735	26%	656	43%	101	28%	555	47%	85%
Primärvård	106 529 431	36%	393	26%	120	33%	273	23%	69%
Privata	106 255 998	36%	481	31%	139	39%	342	29%	71%
Övriga	7 053 608	2%	37	2%	10	3%	27	2%	73%
<b>Totalt</b>	<b>297 659 772</b>	<b>100%</b>	<b>1 530</b>	<b>100%</b>	<b>360</b>	<b>100%</b>	<b>1 170</b>	<b>100%</b>	<b>76%</b>

VGR	DDD		Belopp		Patientdel		Förmånsdel		Subvention
	Antal	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	
<b>Förskrivargrupp</b>									
Sjukhus	94 094 732	26%	876	43%	112	24%	764	48%	87%
Primärvård	183 345 744	50%	711	35%	212	46%	500	32%	70%
Privata (övriga)	88 337 980	24%	448	22%	135	29%	313	20%	70%
varav allmän	52 295 419	59%	260	58%	78	58%	182	58%	70%
varav specialist	21 396 747	24%	113	25%	33	25%	79	25%	70%
<b>Totalt</b>	<b>365 778 456</b>	<b>100%</b>	<b>2 035</b>	<b>100%</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>	<b>1 576</b>	<b>100%</b>	<b>77%</b>

LiÖ	DDD		Belopp		Patientdel		Förmånsdel		Subvention
	Antal	%	Mkr	%	Mkr	%	Mkr	%	
<b>Förskrivargrupp</b>									
Sjukhus	26 226 577	27%	213	42%	31	28%	181	46%	85%
Primärvård	60 271 093	62%	218	43%	63	56%	155	40%	71%
Övriga	10 454 697	11%	74	15%	19	17%	55	14%	74%
<b>Totalt</b>	<b>96 952 367</b>	<b>100%</b>	<b>505</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>391</b>	<b>100%</b>	<b>77%</b>

I dokumentet gäller följande definitioner för de olika områdena:

- Region Skåne
  - Primärvård:** Offentlig primärvård
  - Sjukhus:** Alla sjukhus (även privata)
  - Privata vårdgivare:** Verksamheter med avtal eller taxa men även helt utan offentlig finansiering
  - Övriga:** Kommunal sjukvård, odefinierade arbetsplatser samt arbetsplatser utanför Skåne.

- SLL  
**Primärvård:** All primärvård även privat  
**Sjukhus:** Alla sjukhus (även privata)  
**Övriga:** Privata vårdgivare som ej omfattas av ovan, pensionärer, övriga förskrivare
  - VGR  
**Primärvård:** Offentlig  
**Sjukhus:** Offentlig  
**Privata vårdgivare:** Verksamheter med avtal eller taxa men även helt utan offentlig finansiering, kommunal sjukvård samt odefinierade arbetsplatser.  
**Privata vårdgivare varav allmän:** Verksamheter med avtal eller taxa, allmänmedicin.  
**Privata vårdgivare varav specialist:** Verksamheter med avtal eller taxa, specialist.
- LiÖ  
 samt privat primärvård med avtal  
**Primärvård:** Offentlig primärvård  
**Sjukhus:** Offentlig  
**Övriga:** Omfattar fritidsförskrivare, pensionärer, privata vårdgivare etc.

#### Val av läkemedelsgrupper

Uppföljning har gjorts utifrån ett befolkningsperspektiv, (kr/TIN och DDD/TIN) och i form av kvoter. Följande läkemedelsgrupper valdes ut:

- Statiner
- SSRI
- Övriga antidepressiva
- ACE hämmare och ARB
- Bronkdilaterande medel

Dessa läkemedelsgrupper valdes utifrån följande kriterier:

- läkemedel med stor användning
- val av substans var av stor betydelse för behandlingens kostnaden
- tydliga förstahandsrekommendationer

I kvoterna som redovisas i tabellform för respektive läkemedelsgrupp ser man hur stor andel av förskrivningen inom en läkemedelsgrupp som uppfyller de lokala rekommendationerna för ett bra terapival, mätt i DDD.

Ytterligare ett antal läkemedelsgrupper har följts upp, enbart ur ett befolkningsperspektiv: protonpumpshämmare, obesitasmedel och teststickor för blodsockerkontroll. Dessutom har utvecklingen av ett antal nya läkemedel studerats.



## **Bakgrund**

### **Lokal uppföljning**

#### **Region Skåne**

Inom Region Skåne finns möjligheter till webbaserad uppföljning via Region Skånes statistikverktyg. Verktöget är tillgängligt för alla förskrivare, såväl privata som offentliga, men används idag endast av ett fåtal. Dessutom finns uppföljningsmöjligheter av budgeten (se avtal) för förvaltningarna, där följande måltal är enkla att ta fram. För fem grupper finns det särskilt fokus: statiner (75% av DDD simvastatin, exkl Zocord), SSRI (75% av DDD citalopram, exkl Cipramil), PPI (20 % ned p.g.a. konstaterad överförskrivning) samt beta-receptorblockerare och Plavix. Förvaltningarna rapporterar tertialvis.

#### **SLL**

Inom SLL har skapats webbaserad uppföljning på enhetsnivå. Dessa finns på internet och är lösenordsskyddade. Uppföljningen består av ett antal fasta rapporttyper där finns bland annat uppföljning av de så kallade kloka råden som innefattar val av statin, val av SSRI, val av PPI. För statiner gäller målet att 75% (DDD) av den totala statinförskrivningen skall vara simvastatin, för SSRI gäller att 60 % (DDD) skall vara citalopram och för PPI att 40 % (DDD) skall vara generiskt omeprazol.

#### **VGR**

Inom VGR har alla verksamhetschefer erbjudits möjlighet till att använda det webbaserade statistik/uppföljnings-verktyget Xplain, som erbjuder färdiga excelrapporter. Rapporterna uppdateras månadsvis. Möjlighet finns också för förvaltningarna att ha tillgång till större analyser (s.k fri sökning i Xplain). Uppföljning inom ramen för ”God Hushållning” görs kvartalsvis på förvaltningsnivå. Respektive förvaltning tar själva fram underlag på lokal verksamhetsnivå. Målvärdet sätter förvaltningen själv. God hushållning innefattar val inom följande strategiska läkemedelgrupper; ACE-hämmare, antidepressiva, antiinflammatoriska, betablockerare, protonpumpshämmare och statiner,

#### **LiÖ**

Inom LiÖ sker ingen särskild återrapportering till landstingsledning eller läkemedelskommitté. Läkemedelskommittén arbetar med stöd för att kunna sätta lokala mål (både kvalitativa och kvantitativa) bl.a. med hjälp av ett eget verktyg för uppföljning av läkemedel, tillgängligt på intranätet. Inga centralt satta mål finns definierade i procent etc. Det åligger dock alla produktionsenheter att vid tre tillfällen per år lämna prognos/helårsbedömning över verksamhetens totala läkemedelskostnader (inom förmånen).

### **Avtal**

#### **Region Skåne**

Har infört ett decentraliserat kostnadsansvar fr.o.m. den 1/1 2004.

#### **SLL**

Beställarorganisationen har träffat kvalitetsutvecklingsavtal med ett flertal primärvårdsenheter där målsättningarna i de kloka råden har skärpts. De enheter som har kvalitetsutvecklingsavtal kan följa upp utfallet i den webbaserade uppföljningen. De enheter som klarar målsättningen i avtalen får en ekonomisk ersättning.

## **VGR**

Decentraliserat ansvar fullt ut från 2004. En beställarnämnd av fyra har lagt in incitamentsavtal i sin överenskommelse med vårdgivarna rörande God Hushållning.

## **LiÖ**

Har decentraliserat kostnadsansvar sedan år 2002. De produktionsenheter, som är sjukhus och därmed är kostnadsansvariga för de läkemedel som definierats som klinikläkemedel, erhåller en separat årlig ersättningsram för dessa läkemedel. Landstingets vårdcentraler och privata VC med avtal där läkemedel inkluderats är kostnadsansvariga för de läkemedel som klassificerats som allmänläkemedel. Vårdcentralerna erhåller via en kapitationsmodell, en ersättning per listad patient, som är baserad på läkemedelsbehovet/kostnaden för olika ålders- och könsgupper.

## **Resultat**

### **Statiner**

#### **Bakgrund**

Simvastatin är en av de mest väldokumenterade statinerna. Patentet för simvastatin upphörde våren 2003. En kraftig prissänkning har därefter skett med cirka 85 %. Baserat på förskrivningen inom SLL augusti 2004, har en beräkning gjorts på vad en tremånaders behandling kostar med simvastatin, c:a 80 kronor, att jämföra med den statin som tidigare ökade mest, atorvastatin (Lipitor), vars motsvarande kostnad är c:a 550 kronor. Alla landsting/regioner, liksom det nationella nätverket för landets läkemedelskommittéer LOK, rekommenderar simvastatin som förstahandsval bland gruppen statiner.

#### **Målsättning**

Ökad förskrivning samt hög andel simvastatin

#### **Resultat**

I tabellen redovisas procentuella andelen simvastatin av totala statinförskrivningen uppdelat på tidigare definierade grupperingar. I kolumnen längst till höger redovisas den totala förskrivningen av statiner under andra kvartalet 2004, för att visa hur statinförskrivningen fördelas mellan olika vårdgivare.

Tabell 4

		Andel simvastatin av statiner (DDD)				Statiner DDD
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2	2004 kv2
SLL	Sjukhus	68%	69%	71%	71%	1 502 317
SLL	Primärvård	62%	65%	68%	70%	6 863 777
SLL	Övriga	44%	46%	48%	51%	3 515 171
Skåne	Sjukhus	61%	63%	67%	70%	2 177 132
Skåne	Primärvård	62%	65%	67%	70%	2 942 905
Skåne	Privat vård	46%	48%	50%	52%	3 197 779
Skåne	Övriga	45%	44%	48%	51%	73 708
VGR	Sjukhus	53%	57%	59%	61%	2 219 185
VGR	Primärvård	59%	61%	63%	66%	4 236 026
VGR	Privata	37%	40%	43%	47%	2 351 783
VGR	<i>varav allmän</i>	37%	40%	43%	47%	1 837 018
VGR	<i>varav specialist</i>	40%	41%	44%	44%	330 935
LiÖ	Sjukhus	55%	59%	62%	64%	755 277
LiÖ	Primärvård	68%	73%	78%	82%	2 001 375
LiÖ	Övriga	31%	36%	42%	43%	142 605

### Förskrivning per invånare

Region Skåne och LiÖ har högre förskrivning än riksgenomsnittet, räknat i DDD/TIN, SLL och VGR lägre. När det gäller kr/TIN och kr/DDD har LiÖ en betydligt lägre nivå vilket avspeglar att man har en kostnadseffektiv förskrivning och i hög utsträckning väljer simvastatin.

### Rekommendationer

#### Region Skåne

Simvastatin (Zocord) har varit rekommenderat sedan år 2000 och pravastatin (Pravachol) under 2000-2003.

#### SLL

Simvastatin har varit rekommenderat sedan år 2000 och pravastatin (Pravachol) under 2000-2002.

#### VGR

Inom VGR finns det 5 läkemedelskommittéer och alla kommittéerna har under de senaste fyra åren rekommenderat simvastatin. Atorvastatin (Lipitor) har varit rekommenderat i 2 av 5 kommittéer under 2000- 2003, pravastatin (Pravachol) har varit rekommenderat i 3 av 5 kommittéer under 2000- 2003.

#### LiÖ

Simvastatin har varit rekommenderat sedan år 2000. Atorvastatin (Lipitor) hade en andrahandsrekommendation 2000-2001.

**Slutsats** Granskningen visar en tydlig ökning av förskrivningen samtidigt som kostnaden minskar. Simvastatin är en av de mest väldokumenterade statinerna. Den terapeutiska skillnaden mellan de olika statinerna är marginell. Det är därför oerhört viktigt för den totala kostnadsutvecklingen för statiner att det låga priset fått genomslag.

I övrigt noteras att:

- Marknadsutvecklingen, vad gäller andelen simvastatin är positiv för alla landsting/regioner.
- Ökningen ser inte ut att vara så dramatisk men man ska beakta att det varit en kraftig volymökning mätt i DDD, upptill 25 % för hela gruppen statiner.
- Den tidigare kraftiga ökningen av atorvastatin (Lipitor) har avstannat.
- Privata vårdgivare eller gruppen övriga har alla en lägre andel simvastatin av den totala statinförskrivningen.
- VGR har en lägre andel av simvastatinförskrivning både inom sjukhus och primärvård än övriga landsting. En orsak till detta kan vara att flera av de fem läkemedelskommittéerna rekommenderade atorvastatin (Lipitor) och pravastatin (Pravachol) medan SLL och LiÖ under de senaste åren valt att enbart rekommendera simvastatin.

## **SSRI**

### **Bakgrund**

Patentet för citalopram (Cipramil) upphörde 2002. Efter detta har förskrivningen av citalopram minskat. Marknadsföringen har varit intensiv för de patentskyddade SSRI, sertralin (Zoloft) och Escitalopram (Cipralext). Baserat på förskrivningen inom SLL augusti 2004, har en beräkning gjorts på vad en tremånaders behandling kostar med citalopram, c:a 90 kronor, att jämföra med c:a 750 kronor för motsvarande behandling med Zoloft. I SBU-rapporten "Behandling av depressionssjukdomar" 2004, noteras under sammanfattning och Sammanfattande kommentarer, "Det finns inga säkerställda skillnader i effekt mellan olika antidepressiva läkemedel vid behandling av lindriga och måttliga depressioner". Det nationella nätverket LOK, för landets läkemedelskommittéer, rekommenderar citalopram som förstahandsval bland gruppen SSRI.

### **Målsättning**

Gemensam målsättning rörande volym saknas idag. Hög andel citalopram av SSRI rekommenderas.

### **Resultat**

I tabellen redovisas procentuella andelen av SSRI förskrivningen som inte utgörs av de patentskyddade läkemedlen Cipralext och Zoloft, uppdelat på tidigare definierade grupperingar. I kolumnen längst till höger redovisas den totala förskrivningen av SSRI under andra kvartalet 2004, för att visa hur SSRI-förskrivningen fördelas mellan olika vårdgivare.

Tabell 5

		SSRI som inte är Zoloft eller Cipralext (DDD)				SSRI DDD
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2	2004 kv2
SLL	Sjukhus	63%	63%	62%	64%	251 301
SLL	Primärvård	67%	67%	68%	68%	3 262 773
SLL	Övriga	57%	56%	56%	56%	3 544 882
Skåne	Sjukhus	62%	62%	61%	61%	1 168 854
Skåne	Primärvård	72%	72%	72%	72%	1 738 629
Skåne	Privat vård	61%	60%	59%	59%	2 121 488
Skåne	Övriga	58%	55%	54%	57%	205 829
VGR	Sjukhus	59%	58%	57%	57%	1 717 200
VGR	Primärvård	67%	67%	67%	68%	3 370 395
VGR	Privata	56%	55%	55%	54%	1 715 497
VGR	<i>varav allmän</i>	58%	58%	57%	57%	1 231 980
VGR	<i>varav specialist</i>	57%	57%	57%	55%	359 857
LiÖ	Sjukhus	64%	63%	61%	63%	380 609
LiÖ	Primärvård	77%	78%	79%	79%	1 094 627
LiÖ	Övriga	52%	48%	48%	49%	191 178

### Föreskrivning per invånare

Region Skåne och VGR har en högre föreskrivning än riksgenomsnittet räknat i DDD/TIN av SSRI preparat. VGR har den högsta kostnaden när det gäller kr/TIN och kr/DDD, SLL och LiÖ ligger under riksgenomsnittet.

### Rekommendationer

#### Region Skåne

Fluoxetin samt citalopram (Cipramil) har varit rekommenderade sedan 2000. Sertralin (Zoloft) fanns endast med på listan under 2000.

#### SLL

Citalopram (Cipramil) har varit rekommenderat sedan år 2000. År 2000-2002 fanns även andra SSRI rekommenderade t.ex fluoxetin och paroxetin. Sertralin (Zoloft) fanns endast med på listan under 2000.

#### VGR

Inom VGR rekommenderar tre av fem kommittéer år 2004, både citalopram och sertralin (Zoloft). Två kommittéer rekommenderar endast SSRI där patentskyddet upphört. Under åren 2000-2003 har alla kommittéer haft sertralin (Zoloft) med på REK-listan.

#### LiÖ

Samtliga icke patentskyddade SSRI på REK-listan 2004.

**S**lutsats SSRI gruppen visar en annan utveckling än statinerna trots den stora prisskillnaden mellan patentskyddade läkemedel och de SSRI där patentskyddet upphört. Inom gruppen antidepressiva är det sannolikt svårare att byta läkemedel jämfört med t.ex. medel mot hjärt-kärlsjukdomar. Detta har särskilt tydligt visat sig i samband med lagen om generisk substitution. En rad biverkningsrapporter har inkommit som gäller biverkningar av citalopram trots att Läkemedelsverket har klassat preparaten som utbytbara.

I övrigt noteras att:

- VGR har den högsta förskrivningen av patentskyddade läkemedel och därmed den högsta kostnaden kr/TIN. En förklaring är med största sannolikhet att VGR ända fram till 2004 även rekommenderade det patentskyddade sertralin (Zoloft).
- Privata vårdgivare inom VGR ökar sin förskrivning av patentskyddade SSRI preparat, escitalopram (Cipralex) och sertralin (Zoloft).
- Patentet för sertralin (Zoloft) upphör i slutet av 2005. Visar tillverkarna av generiska synonyma läkemedel samma intresse, som när patentet för simvastatin upphörde att gälla, kan en stor prissänkning förväntas. Det kan komma att påverka de totala kostnaderna för SSRI gruppen mycket gynnsamt, såvida förskrivningen inte övergår till annat patentskyddat preparat.

## Övriga antidepressiva

### Bakgrund

Gruppen antidepressiva delas in i tre huvudgrupper, tricykliskt antidepressiva, SSRI och övriga. Under de senaste åren har gruppen övriga antidepressiva främst mirtazapin (Remeron/Remeron S) och venlafaxin (Eflexor/Eflexor Depot) ökat kraftigt och fått allt större marknadsandelar. När det gäller effektskillnader, se bakgrund SSRI.

### Målsättning

SSRI är tydliga förstahandsval. En hög andel SSRI (motsvarar en låg andel övriga antidepressiva) är önskvärd.

### Resultat

I tabellen redovisas procentuella andelen SSRI av totala förskrivningen av antidepressiva medel, uppdelat på tidigare definierade grupperingar. I kolumnen längst till höger redovisas den totala förskrivningen av antidepressiva under andra kvartalet 2004, för att visa hur förskrivningen av antidepressiva fördelas mellan olika vårdgivare.

Tabell 6

		Andel SSRI av antidepressiva (DDD)				Antidepressiva DDD
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2	2004 kv2
SLL	Sjukhus	76%	76%	75%	74%	339 520
SLL	Primärvård	82%	82%	82%	82%	3 991 637
SLL	Övriga	73%	73%	72%	73%	4 883 887
Skåne	Sjukhus	69%	69%	68%	68%	1 708 950
Skåne	Primärvård	80%	80%	80%	80%	2 173 990
Skåne	Privat vård	79%	79%	78%	78%	2 727 295
Skåne	Övriga	66%	66%	65%	65%	317 512
VGR	Sjukhus	64%	64%	64%	64%	2 668 063
VGR	Primärvård	75%	75%	75%	75%	4 464 535
VGR	Privata	73%	73%	73%	73%	2 730 532
VGR	varav allmän	76%	75%	75%	75%	1 637 779
VGR	varav specialist	68%	68%	67%	68%	528 001
LiÖ	Sjukhus	60%	61%	60%	61%	624 032
LiÖ	Primärvård	79%	79%	79%	79%	1 385 163
LiÖ	Övriga	73%	74%	72%	73%	266 240

### Förskrivning per invånare

Region Skåne och VGR har en högre förskrivning än riksgenomsnittet räknat i DDD/TIN av antidepressiva. VGR har den högsta kostnaden när det gäller kr/TIN och kr/DDD.

SLL ligger under riksgenomsnittet när det gäller både DDD/TIN och kr/TIN. LiÖ har en låg kostnad kr/DDD, under riksgenomsnittet och lägst för alla fyra landstingen/regionerna.

### Rekommendationer

#### Region Skåne

Venlafaxin (Efexor) och mirtazapin (Remeron S) har varit rekommenderade sedan 2001. 2004 finns även Efexor Depot och Remeron S med.

#### SLL

Rekommenderar tricykliskt antidepressiva. Mirtazapin (Remeron) var rekommenderat år 2001-2002.

#### VGR

Inom VGR rekommenderar fyra kommittéer år 2004, venlafaxin (Efexor Depot) och mirtazapin (Remeron S) och en kommitté rekommenderar endast venlafaxin. Preparaten har varit rekommenderade sedan 2001.

#### LiÖ

Varken venlafaxin eller mirtazapin har varit rekommenderade.

**S**lutsats Det är rimligt att sjukhusen och privata specialister i lägre grad använder SSRI än primärvård och övriga privata vårdgivare. Bilden är i stort densamma inom alla fyra landstingsområdena. Patentskyddet för mirtazapin upphörde hösten 2004. Remeron S är en ny beredningsform (munsönderfallande tablett) som registrerades 2002, samtidigt som den gamla beredningsformen avregistrerades i de förpackningar som används vid receptförskrivning. Läkemedelsverket har beslutat att mirtazapin generika inte skall vara utbytbara mot Remeron S. Exemplet illustrerar hur läkemedelsföretag med hjälp av produktutveckling försöker hindra generisk konkurrens.

I övrigt noteras att:

- Sjukhusen inom SLL använder sig i högre grad av SSRI än övriga landstingsområdets sjukhus.
- Marknadsföringen för Remeron/Remeron S och Efexor /Efexor Depot har varit omfattande och påverkar i hög grad den lokala förskrivningen inom landstingsområdena.
- Företaget Wyeth som levererar Efexor/Efexor Depot driver i samarbete med olika vårdgivare inom bland annat Region Skåne och VGR en patientskola, Contactus.
- VGR har den största förskrivningen när det gäller DDD/TIN av Remeron och Efexor/Efexor Depot. En bidragande orsak till detta kan vara att alla Läkemedelskommittéerna i flera år rekommenderat preparaten.

## **ACE hämmare och ARB**

### **Bakgrund**

ACE hämmare är en av flera läkemedelsgrupper som används mot högt blodtryck. ACE-hämmare är även förstahandsalternativet vid behandling av hjärtsvikt.

I rapporten oktober 2004, ”Måttligt förhöjt blodtryck” skriver SBU i sina Sammanfattande kommentarer, ”De olika grupper av blodtryckssänkande läkemedel som vanligen används i Sverige (tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumantagonister, angiotensinreceptorblockerare (ARB) och beta-blockerare) ger en likartad sänkning av blodtrycket (cirka 10/5 mm Hg) när läkemedlen används separat”.

Ordförandena i landets läkemedelskommittéer LOK, har lämnat följande koncensusuttalande efter SBU-rapporten avseende läkemedelsval. ”Vi rekommenderar därför följande preparat som basbehandling vid måttligt förhöjt blodtryck: Tiazid (hydroklortiazid, bendroflumetazid), ACE-hämmare (enalapril), beta-blockerare (atenolol) och kalciumantagonist (felodipin)”.

Patenten har upphört för ett antal ACE- hämmare under de senaste åren. En kraftig prissänkning har skett för de läkemedel där patentet upphört att gälla. Enalapril (Renitec) förskrevs före patentutgången i hela riket i relativt hög volym.

Nya läkemedel, ARB har registrerats för indikationen högt blodtryck och hjärtsvikt. Marknadsföringen har varit intensiv och gruppen har fått stora marknadsandelar. ARB är ett av flera behandlingsalternativ vid högt blodtryck och ingår som ett läkemedel i slutet av ”behandlingstrappan” för högt blodtryck.

### **Målsättning**

En ökad användning av ACE-hämmare och hög andel enalapril rekommenderas.



## Resultat

I tabellen redovisas procentuella andelen ACE-hämmare av alla läkemedel som verkar genom att påverka RAAS-systemet (ACE-hämmare och ARB), uppdelat på tidigare definierade grupperingar. I kolumnen längst till höger redovisas den totala förskrivningen av läkemedel som påverkar RAAS-systemet under andra kvartalet 2004, för att visa hur förskrivningen fördelas mellan olika vårdgivare.

Tabell 7

Andel ACE-hämmare av medel som påverkar RAAS-systemet (DDD)						Medel som påverkar RAAS-systemet, DDD
(C09A+C09B/C09)		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2	2004 kv2
SLL	Sjukhus	79%	77%	77%	76%	1 604 166
SLL	Primärvård	63%	62%	62%	62%	7 217 021
SLL	Övriga	56%	55%	55%	54%	3 364 390
Skåne	Sjukhus	77%	76%	75%	74%	2 253 996
Skåne	Primärvård	72%	70%	70%	70%	3 413 534
Skåne	Privat vård	50%	49%	49%	49%	3 507 164
Skåne	Övriga	62%	54%	57%	55%	65 590
VGR	Sjukhus	78%	77%	76%	76%	2 526 697
VGR	Primärvård	70%	69%	69%	68%	5 788 353
VGR	Privata	46%	45%	44%	43%	2 771 124
VGR	<i>varav allmän</i>	45%	44%	43%	42%	2 243 673
VGR	<i>varav specialist</i>	47%	45%	45%	43%	336 404
LiÖ	Sjukhus	83%	84%	79%	79%	670 146
LiÖ	Primärvård	79%	79%	79%	80%	2 544 950
LiÖ	Övriga	50%	51%	47%	43%	153 714

## Förskrivning per invånare

LiÖ har den största förskrivningen av ACE-hämmare mätt i DDD/TIN och den lägsta kostnaden i kr/DDD. Region Skåne har högsta kostnaden i kr/TIN och kr/DDD.

Region Skåne har högsta förskrivningen av ARB mätt i DDD/TIN och kr/TIN, Region Skåne och VGR ligger över riksgenomsnittet.

## Rekommendationer

### Region Skåne

ACE hämmarna, ramipril (Pramace/Triatec) och enalapril (Renitec) har varit rekommenderade sedan 2001, inga ARB finns med på rekommendationslistan.

### SLL

ACE hämmarna, enalapril och ramipril (Triatec), samt ARB, losartan (Cozaar) har varit rekommenderade år 2000-2004.

### VGR

Inom VGR rekommenderar alla fem kommittéerna enalapril och 1-2 olika ARB år 2004. Tidigare har upptill fyra olika ACE hämmare varit rekommenderade per kommitté.

## LiÖ

I LiÖ har enalapril varit ensam rekommenderad ACE-hämmare 2003 samt 2004. ARB, losartan (Cozaar) finns med som andrahandsval. Under 2000-2002 var även ramipril (Triatec) rekommenderat.

Alla läkemedelskommittéer inom landstingen/regionerna har under många år rekommenderat enalapril. Trots likartad rekommendation är det intressant att se skillnaden i utvecklingen av förskrivningen per halvår av enalapril. LiÖ har haft en mycket positiv utveckling under 2003 och 2004 jämfört med övriga. Tabellen nedan visar den procentuella andelen enalapril av totala ACE hämmareförskrivningen mätt i DDD per landstingsområde.

**Tabell 8**

	2002-H1	2002 -H2	2003-H1	2003-H2	2004-H1
Riket	46	45	44	45	46
Region Skåne	33	32	30	29	28
SLL	42	41	41	41	42
VGR	49	48	46	45	46
LiÖ	44	44	44	51	60

**S**lutsats Nationellt har farhågor rests om att användningen av ACE-hämmare inte är tillräcklig utan bör öka. Användningen av ACE-hämmare har också ökat under senare år.

I jämförelsen mellan landstingen/regionerna särskiljer sig LiÖ från övriga. LiÖ har den högsta användningen räknat i DDD/TIN och samtidigt den lägsta kostnaden (kr/DDD). LiÖ utveckling förklaras av ett förändrat förskrivningsmönster och härmed en ökande användning av enalapril. Både sjukhusen och primärvården har i sin förskrivning tagit påtaglig hänsyn till det kraftiga prisfall som skett för enalapril. Vidare har LiÖ i lägre grad anammat de nya dyrare ARB.

I övrigt noteras att:

- Den högre andelen ACE-hämmare vid sjukhusen kan delvis förklaras av skillnader i patientunderlag jämfört med primärvården och övriga vårdgivare.
- Trots att Region Skåne är det enda landsting som inte rekommenderar ARB så har man högst kostnad för dessa preparat.

## Bronkdilaterande medel

### Bakgrund

Tiotropium (Spiriva) godkändes 2002 på indikationen KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom). Dess föregångare ipratropium (Atrovent) har funnits i många år och har använts vid KOL. Marknadsföring har varit intensiv för Spiriva. På senare tid har kritik framförts mott att det saknas jämförande effektstudier mellan Spiriva och Atrovent i adekvata doser. Spiriva har längre effektduration än Atrovent och har marknadsförts som ett alternativ till patienter som behöver behandlas med höga Atroventdoser flera gånger dagligen.

## Målsättning

Gemensam målsättning rörande volym saknas idag. Hög andel ipratropium av antikolinerga läkemedel rekommenderas.

## Resultat

I tabellen redovisas procentuella andelen Spiriva av antikolinerga luftrörsvidgande medel (Atrovent+Spiriva) uppdelat på tidigare definierade grupperingar. I kolumnen längst till höger redovisas den totala förskrivningen av antikolinerga luftrörsvidgare under andra kvartalet 2004, för att visa hur förskrivningen fördelas mellan olika vårdgivare.

Tabell 9

Andel Spiriva av antikolinerga luftrörsvidgare (DDD)						Antikolinerga luftrörsvidgande DDD 2004 kv2
(Spiriva/(Spiriva +Atrovent))		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2	
SLL	Sjukhus	52%	53%	52%	54%	97 241
SLL	Primärvård	67%	63%	62%	58%	644 721
SLL	Övriga	47%	47%	46%	43%	267 352
Skåne	Sjukhus	31%	32%	32%	35%	230 978
Skåne	Primärvård	23%	25%	27%	29%	484 637
Skåne	Privat vård	40%	43%	46%	47%	293 662
Skåne	Övriga	21%	24%	31%	37%	9 055
VGR	Sjukhus	30%	31%	31%	31%	287 414
VGR	Primärvård	30%	34%	35%	39%	442 395
VGR	Privata	45%	48%	47%	51%	185 293
VGR	varav allmän	47%	51%	50%	53%	149 868
VGR	varav specialist	32%	33%	34%	37%	19 627
LiÖ	Sjukhus	26%	25%	28%	30%	77 482
LiÖ	Primärvård	16%	17%	18%	19%	256 677
LiÖ	Övriga	41%	50%	55%	55%	7 034

## Förskrivning per invånare

Atrovent, LiÖ har den högsta förskrivningen mätt i DDD/TIN. SLL den lägsta, under riksgenomsnittet.

Spiriva, Region Skåne har den högsta förskrivningen DDD/TIN, SLL och VGR ligger på riksgenomsnittet och LiÖ har den lägsta förskrivningen.

## Rekommendationer

### Region Skåne, SLL, LiÖ

Endast ipratropium (Atrovent) har varit rekommenderat under åren 2000-2004.

### VGR

Inom VGR rekommenderar fyra kommittéer både ipratropium (Atrovent) och tiotropium (Spiriva) år 2004, en kommitté (Skaraborg) endast ipratropium.

**S**lutsats Trots intensiv marknadsföring i hela landet har framförallt LiÖ lyckats bibehålla en stor andel förskrivning av Atrovent. Spiriva har därför inte fått så stora marknadsandelar som inom andra landsting. I LiÖ har vikten av att följa upp behandlingen vid KOL uppmärksammats via Läke-medelskommittén. Expertgruppen för andningsorganens sjukdomar har utarbetat ett koncept för hur uppföljning kan ske. I VGR rekommenderar fyra av fem läke-medelskommittéer Spiriva. Läke-medelskommittén i Skaraborg är den enda kommittén som inte rekommenderar Spiriva. Expertgruppen för andningsorganens sjukdomar har varit mycket aktiv med information när det gäller läke-medelsval vid KOL. Skaraborg uppvisar ett förskrivningsmönster som liknar LiÖ:s.

## Protonpumpshämmare

### Bakgrund

Kostnaden för protonpumpshämmare (PPI) har varit en av de enskilt största kostnaderna inom läke-medelsförmånen i många år i de flesta landsting/regioner. Det beror på en kombination av höga priser (patentskyddade läke-medel) och en högre förskrivningsvolym än vad som kan förklaras av förekomsten av ulcus- och refluxsjukdom. Tidigare var omeprazol den dyraste PPI:n. Efter att patentet upphörde har dock priset sänkts till ungefär hälften av vad de patentskyddade läke-medlen (bl.a. lansoprazol) kostar. Baserat på förskrivningen inom SLL augusti 2004, har en beräkning gjorts på vad en tremånaders behandling kostar med omeprazol, c:a 450 kronor, att jämföra med den PPI som tidigare ökade mest, Lanzo vars motsvarande kostnad är c:a 880 kronor.

Förskrivningen mätt i antal DDD är fortfarande hög. SBU rapporten ”Ont i magen” 2001, tog upp problematiken med att en del av PPI-förskrivningen sannolikt inte sker på korrekta indikationer. Alla landsting/regioner bevakar hur förskrivningen utvecklas. Ingen uppföljning per förskrivarkategori har gjorts på grund av den kraftiga variationen i rekommendationer från de olika landstingen/regionerna.

### Målsättning

Samtliga landstingsområden eftersträvar en lägre förskrivning av PPI. En hög andel omeprazol av PPI rekommenderas.

### Resultat

I tabellen redovisas totalbelopp protonpumpshämmare i öppen vård per kvartal, kr per 1000 invånare. Länssiffrorna är ålders- och könsstandardiserade mot riket.

Tabell 10

Kr/TIN	2003-kv 3	2003-kv 4	2004-kv 1	2004-kv 2
Region Skåne	29 575	29 205	28 515	28 119
VGR	26 923	26 503	25 400	24 930
Riket	25 240	25 832	23 995	23 446
LiÖ	24 248	23 861	23 316	22 752
SLL	21 670	21 958	421 419	21 046

I tabellen redovisas andelen Losec MUPS av omeprazol totalt i DDD per kvartal 2003 –4 samt den totala nivån för omeprazol resp protonpumpshämmare totalt kvartal 2 år 2004. Samtliga länssiffror är köns- och åldersstandardiserade mot riket.

**Tabell 11**

(DDD)	Andel Losec+ Losec MUPS / omeprazol				Omeprazol	PPI
	2003-KV3	2003-KV4	2004-KV1	2004-KV2	2004-KV2 (DDD/TIN)	
Skåne	48 %	37 %	31 %	25 %	1 269	3 348
VGR	41 %	25 %	20 %	18 %	1 355	2 989
Riket	54%	35%	27%	22%	1 152	2 790
LiÖ	39%	26%	19%	17%	1 145	2 718
SLL	62%	44%	34%	29%	978	2 212

### Förskrivning per invånare

Region skåne har ålders- och könsstandardiserat den högsta förskrivningen av PPI (DDD/TIN). Både Region Skåne och VGR hade kv 2 år 2004 en förbrukning över rikssnittet, +20% resp +7%. SLL uppvisar den lägsta förbrukningen av PPI per invånare, -21% jämfört med riket. Det är i linje med att totalbeloppet för PPI per invånare var 20% över riksgenomsnittet i Region Skåne jämfört med 10% under i SLL. Motsvarande för VGR och LiÖ var +6% resp -3%.

Andelen Losec plus Losec MUPS av omeprazol totalt i DDD/TIN var kvartal 2 år 2004 närmare 30% i SLL och Region Skåne eller +7% resp +3% jämfört med riket. I LiÖ och VGR var däremot andelen omeprazol med varumärke cirka 5% lägre än rikssnittet. Denna skillnad kan bero på faktorer som högre andel receptmarkering ”Får ej bytas” i SLL och Skåne jämfört med VGR och LiÖ.

### Rekommendationer

#### Region Skåne

Lansoprazol (Lanzo) har varit rekommenderat t.o.m 2003, tillsammans med rabeprazol (Pariet) (ej 2000). År 2004 rekommenderas omeprazol samt Nexium HP (även rekommenderat år 2003).

#### SLL

Lanzoprazol har varit rekommenderat under 2000-2003, pantoprazol (Pantoloc) under 2002-2003 och omeprazol 2003-2004. År 2004 rekommenderas endast omeprazol.

#### VGR

Inom VGR rekommenderade alla fem kommittéerna lanzoprazol t.o.m. 2003. År 2004 rekommenderar alla omeprazol och en kommitté rekommenderar både omeprazol och pantoprazol.

## LiÖ

LiÖ har Lanzo 15 mg rekommenderat tillsammans med omeprazol 2004. Under 2002 och 2003 var lanzoprazol ensam rekommenderad PPI. Under 2000 och 2001 var både omeprazol (Losec/Losec MUPS) och lanzoprazol rekommenderade.

**S**lutsats Trots rekommendationer om lägre förskrivning ses inte någon generell minskning av förskrivningen. De landsting/regioner som har den högsta förskrivningen/de största utköpen av PPI per capita (Region Skåne resp VGR) uppvisar också de högsta totalbeloppen per invånare för PPI. Det förefaller som om mer kostnadseffektiv förskrivning av PPI, alternativt konsekvent utlämnande av utbytbar PPI med lägsta pris, inte har så stor betydelse för läkemedelskostnaderna. Inom SLL har det sedan flera år förts en kampanj för mindre förskrivning av PPI mot syrabesvär som inte kan relateras till ulcus eller reflux, s k funktionell dyspepsi. Detta kan ha bidragit till låg totalförbrukning av PPI inom SLL. Förbrukningen av PPI var dock redan år 2000 väsentligt lägre i SLL än i Region Skåne. (Källa: Svensk Läke­medelsstatistik 2000).

## Obesitasmedel

### Bakgrund

Obesitasmedel, sibutramin (Reductil) och orlistat (Xenical) är åter förmånsberättigade läkemedel, under förutsättning att de villkor som LFN beslutat om är uppfyllda.

### Resultat

I tabellen redovisas antalet totalt förskrivna DDD av obesitasmedel och hur förskrivningen fördelar sig mellan olika vårdgivare.

Tabell 12

		Obesitasmedel antal DDD och %-andel av totala förskrivningen					
		2003 H 1		2003 H 2		2004 H 1	
		DDD	% andel	DDD	% andel	DDD	% andel
SLL	Sjukhus	28 427	6	41 111	6	55 405	6
SLL	Primärvård	234 878	51	373 926	54	519 995	56
SLL	Övriga	200 088	43	281 617	40	348 481	38
Skåne	Sjukhus	30 268	10	48 643	11	64 316	11
Skåne	Primärvård	80 017	27	128 660	29	165 375	28
Skåne	Privat vård	162 372	54	251 678	57	352 093	59
Skåne	Övriga	25 900	9	11 648	3	13 118	2
VGR	Sjukhus	40 243	12	58 898	13	78 078	12
VGR	Primärvård	128 499	39	175 735	38	246 015	38
VGR	Privata	150 059	48	223 594	49	329 875	50
LiÖ	Sjukhus	24 780	23	16 443	19	20 391	18
LiÖ	Primärvård	67 074	62	52 885	61	66 745	60
LiÖ	Övriga	15 491	15	17 066	20	24 136	22

### **Förskrivning per invånare**

Region Skåne och SLL har den största förskrivning DDD/TIN av både sibutramin(Reductil) och orlistat (Xenical) LiÖ skiljer sig markant från övriga landsting/regioner och riksgenomsnittet med den lägsta förskrivningen DDD/TIN för båda läkemedlen. Ingen skillnad ses mellan landstingen/regionerna i förskrivningen inom eller utom förmån.

### **Rekommendationer**

#### **Region Skåne, SLL**

Inga obesitasmedel på rekommendationslistan.

#### **VGR**

Inom VGR är sibutramin(Reductil) och orlistat (Xenical) rekommenderat 2004, av två av fem kommittéer.

#### **LiÖ**

Inga obesitasmedel på rekommendationslistan. Orlistat var rekommenderat med restriktioner år 2000-2001.

**S**lutsats Det är en markant skillnad i förskrivningen. Region Skåne, SLL och VGR har en betydligt högre förskrivning jämfört med LiÖ. I LiÖ finns ingen expertgrupp för obesitasmedel men Läkemedelskommittén har varit tidigt ute och aktivt kommenterat obesitasmedel och dess plats i terapin. Privata vårdgivare är stora förskrivare inom Region Skåne och VGR av obesitasmedel.

### **Teststickor**

#### **Bakgrund**

Kostnaden för teststickor för självmätning av blodglukos är idag en av de största kostnadsposterna inom läkemedelsförmånen. Arbete pågår inom många landsting med att utarbeta lokala rekommendationer om indikationer för självmätning av blodglukos, upphandla/prisförfråga på aktuellt sortiment samt att se över distributionsformer för teststickor.

#### **Förskrivning per invånare**

Region Skåne, SLL och VGR något högre än riksgenomsnittet mätt i kr/TIN.

#### **Rekommendationer**

##### **Region Skåne**

Arbete pågår med översyn av sortiment samt prisförfrågan.

## **SLL**

Arbete pågår med översyn av sortiment samt prisförfrågan.

## **VGR**

Inför 2005 utarbetat rekommendationer, prisförfrågan klar.

## **LiÖ**

LiÖ har utarbetat rekommendationer och gjort prisförfrågan som gäller under 2004.

**S**lutsats Det är för tidigt att utläsa eventuella vinster av utarbetande av rekommendationer. Erfarenheten hittills visar att utfallet på rabatter vid prisförfrågan är relativt måttligt.

## **Nya läkemedel**

Förskrivning av nya läkemedel är av intresse att följa. Hur ser förskrivningen ut utifrån ett befolkningsperspektiv och vilka förskrivargrupper tar snabbare till sig nyheter?

Gruppen identifierade följande nya läkemedel att jämföra

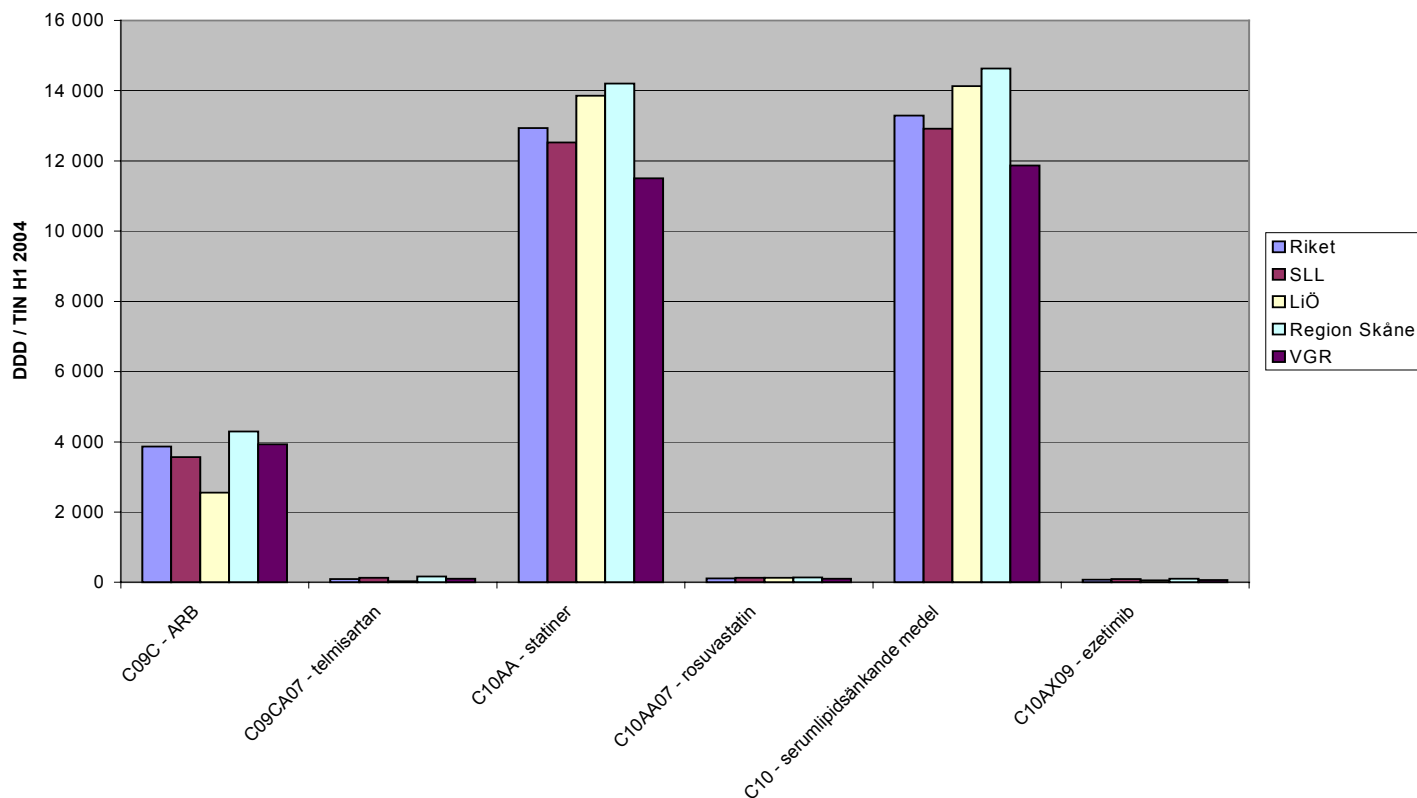
- Lantus (insulin glargin)
- Kinzalmono, Micardis (telmisartanARB)
- Crestor (rosuvastatin blodfettsänkare av statintyp)
- Ezetrol (ezetimib blodfettsänkare)
- Arcoxia (etoricoxib, Cox-2-hämmare)
- Ciprallex (escitalopram, kemisk variant av citalopram, antidepressivum)

*Befolkningsperspektiv* Förskrivningen mätt i DDD/TIN analyserades för de olika landstingsområdena första halvåret 2004. I nästan alla läkemedelsgrupperna har Region Skåne den högsta förskrivningen mätt i DDD/TIN.

LiÖ visar ett motsatt förhållande och har nästan genomgående lägst förskrivning.



I diagrammet nedan redovisas antalet DDD/TIN, för de aktuella läkemedelsgrupperna under första halvåret 2004.



Lantus (insulin glargin): Det finns ingen större skillnad mellan landstingen, Region Skåne har en något högre förskrivning än övriga.

Kinzalmono, Micardis (telmisartan): LiÖ har en mycket liten förskrivning.

Crestor (rosuvastatin): Marginell skillnad mellan landstingen.

Ezetrol (ezetimib): VGR och LiÖ har en något lägre förskrivning än övriga.

Arcoxia (etoricoxib): VGR och LiÖ har en något lägre förskrivning än övriga.

Cipralax (escitalopram): LiÖ har en betydligt lägre förskrivning än övriga.

### Förskrivargrupper

Förskrivningen av nya läkemedel och fördelningen mellan olika vårdgivare presenteras i bilaga 1.

**S**lutsats Nya läkemedel introduceras snabbare inom Region Skåne, SLL och VGR mätt i DDD/TIN. Privata vårdgivare verkar i högre grad än andra verksamhetsföreträdare snabbare ta till sig nya läkemedel.

## Bilaga 1 Nya läkemedel

Lantus	Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget				
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2
SLL	Sjukhus	74%	67%	67%	66%
SLL	Primärvård	10%	15%	18%	20%
SLL	Övriga	17%	17%	15%	15%
Skåne	Sjukhus	90%	86%	85%	84%
Skåne	Primärvård	5%	7%	10%	10%
Skåne	Privat vård	5%	6%	6%	6%
Skåne	Övriga	0%	0%	0%	0%
VGR	Sjukhus	93%	88%	87%	86%
VGR	Primärvård	4%	7%	8%	9%
VGR	Privata	4%	5%	5%	5%
VGR	<i>varav allmän</i>	0%	1%	1%	1%
VGR	<i>varav specialist</i>	4%	4%	4%	4%
LiÖ	Sjukhus	88%	81%	79%	76%
LiÖ	Primärvård	10%	17%	18%	22%
LiÖ	Övriga	2%	2%	2%	2%
Micardis	Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget				
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2
SLL	Sjukhus	2%	2%	2%	2%
SLL	Primärvård	58%	56%	57%	56%
SLL	Övriga	40%	42%	41%	42%
Skåne	Sjukhus	4%	3%	3%	4%
Skåne	Primärvård	27%	26%	27%	28%
Skåne	Privat vård	67%	71%	69%	67%
Skåne	Övriga	2%	0%	1%	1%
VGR	Sjukhus	7%	7%	7%	8%
VGR	Primärvård	41%	42%	41%	41%
VGR	Privata	52%	51%	52%	51%
VGR	<i>varav allmän</i>	42%	42%	43%	41%
VGR	<i>varav specialist</i>	8%	6%	8%	9%
LiÖ	Sjukhus	3%	4%	5%	8%
LiÖ	Primärvård	68%	59%	54%	54%
LiÖ	Övriga	29%	37%	40%	38%
Crestor	Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget				
		2003 kv3	2003 kv4	2004 kv1	2004 kv2
SLL	Sjukhus	7%	9%	9%	7%
SLL	Primärvård	39%	39%	42%	38%
SLL	Övriga	55%	52%	48%	55%
Skåne	Sjukhus	15%	16%	16%	17%
Skåne	Primärvård	19%	14%	15%	14%
Skåne	Privat vård	65%	69%	69%	69%
Skåne	Övriga	0%	0%	0%	0%
VGR	Sjukhus	14%	17%	21%	23%
VGR	Primärvård	34%	39%	33%	35%
VGR	Privata	52%	45%	47%	42%
VGR	<i>varav allmän</i>	39%	35%	37%	31%
VGR	<i>varav specialist</i>	9%	6%	6%	8%
LiÖ	Sjukhus	48%	53%	54%	56%
LiÖ	Primärvård	31%	44%	40%	38%
LiÖ	Övriga	20%	3%	6%	6%

<b>Ezetrol</b>		<b>Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget</b>			
		<b>2003 kv3</b>	<b>2003 kv4</b>	<b>2004 kv1</b>	<b>2004 kv2</b>
SLL	Sjukhus	20%	14%	17%	16%
SLL	Primärvård	45%	47%	44%	42%
SLL	Övriga	35%	40%	39%	42%
Skåne	Sjukhus	34%	33%	28%	30%
Skåne	Primärvård	11%	15%	16%	18%
Skåne	Privat vård	53%	51%	55%	50%
Skåne	Övriga	2%	1%	1%	2%
VGR	Sjukhus	41%	31%	33%	26%
VGR	Primärvård	22%	25%	24%	25%
VGR	Privata	37%	44%	43%	50%
VGR	<i>varav allmän</i>	30%	40%	37%	44%
VGR	<i>varav specialist</i>	4%	2%	4%	3%
LiÖ	Sjukhus	69%	65%	68%	68%
LiÖ	Primärvård	13%	28%	23%	25%
LiÖ	Övriga	18%	8%	9%	8%

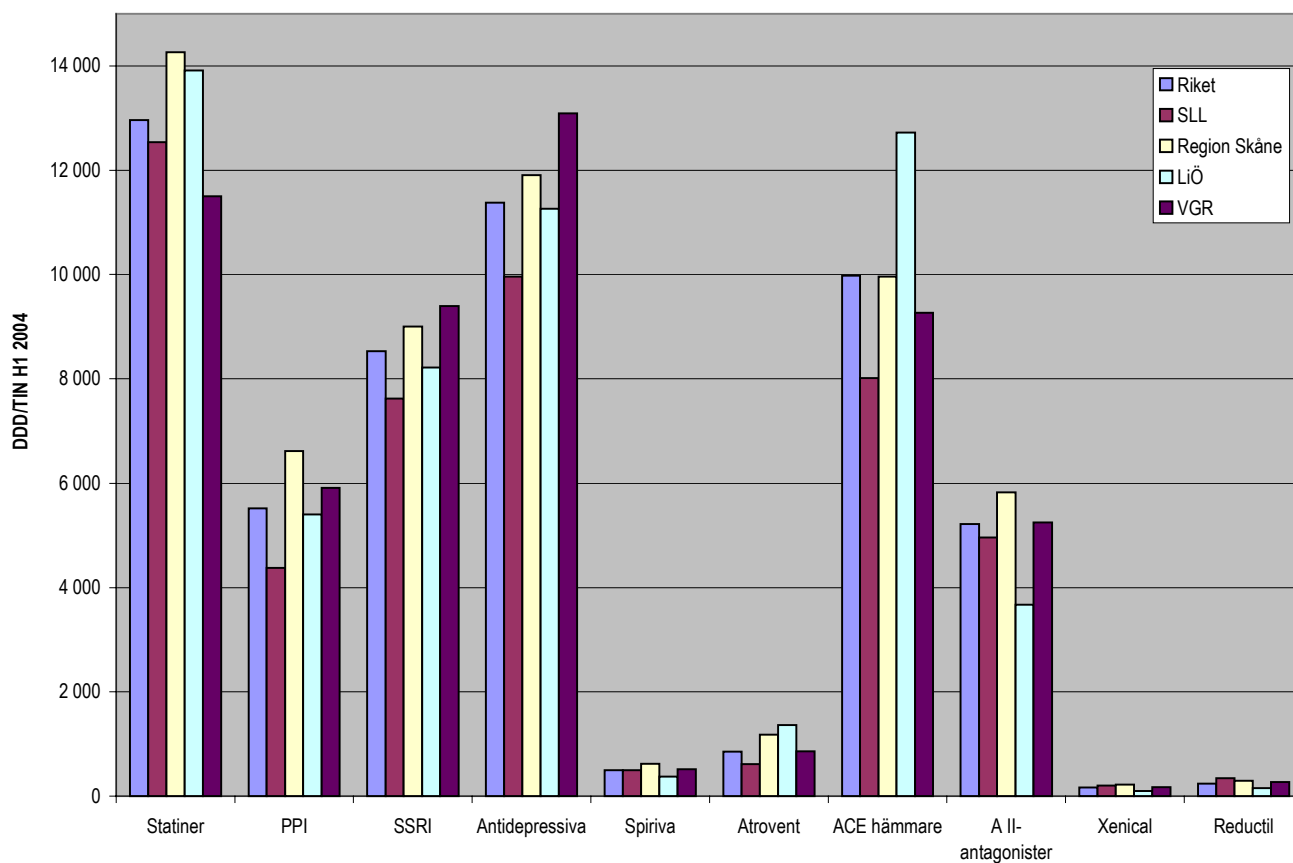
  

<b>Arcoxia</b>		<b>Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget</b>			
		<b>2003 kv3</b>	<b>2003 kv4</b>	<b>2004 kv1</b>	<b>2004 kv2</b>
SLL	Sjukhus	9%	10%	10%	11%
SLL	Primärvård	40%	37%	36%	36%
SLL	Övriga	52%	53%	55%	54%
Skåne	Sjukhus	6%	8%	8%	11%
Skåne	Primärvård	36%	34%	32%	29%
Skåne	Privat vård	56%	56%	57%	56%
Skåne	Övriga	2%	2%	3%	4%
VGR	Sjukhus	9%	9%	11%	11%
VGR	Primärvård	39%	40%	40%	40%
VGR	Privata	50%	51%	50%	50%
VGR	<i>varav allmän</i>	28%	28%	30%	27%
VGR	<i>varav specialist</i>	17%	15%	13%	15%
LiÖ	Sjukhus	20%	30%	30%	26%
LiÖ	Primärvård	21%	17%	21%	27%
LiÖ	Övriga	59%	54%	50%	46%

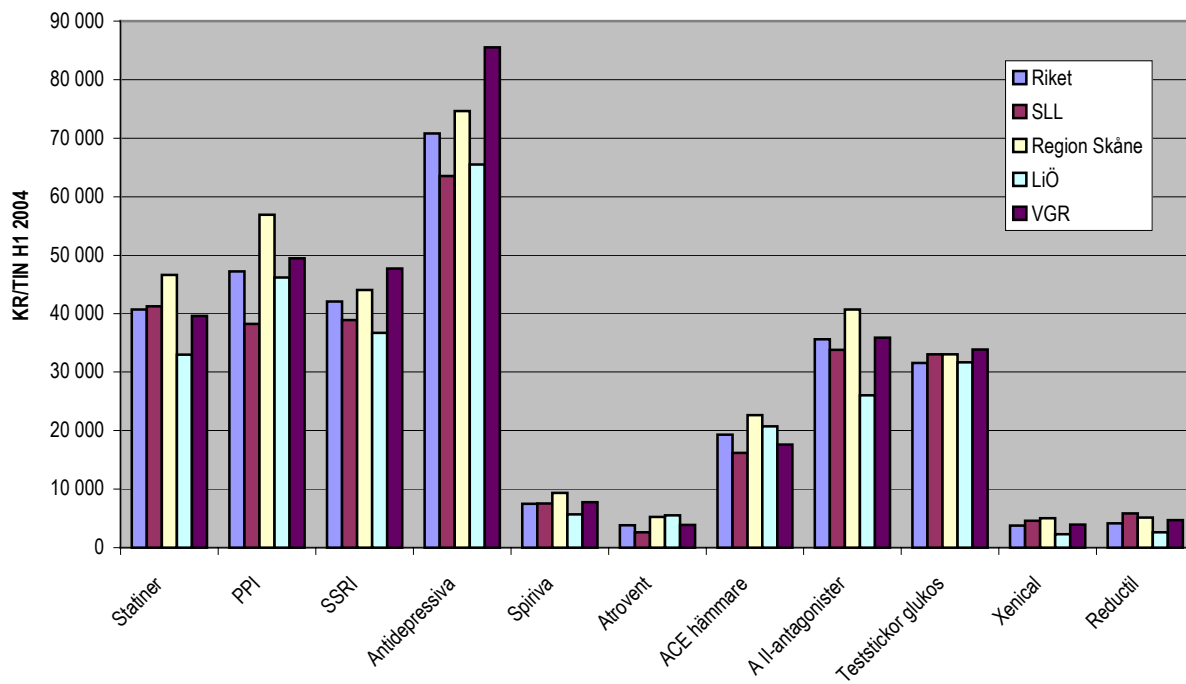
<b>Cipralext</b>		<b>Verksamhetsformens procentuella andel av total förskrivning i landstinget</b>			
		<b>2003 kv3</b>	<b>2003 kv4</b>	<b>2004 kv1</b>	<b>2004 kv2</b>
SLL	Sjukhus	3%	3%	3%	3%
SLL	Primärvård	28%	27%	28%	27%
SLL	Övriga	69%	70%	69%	70%
Skåne	Sjukhus	20%	20%	19%	20%
Skåne	Primärvård	19%	18%	19%	19%
Skåne	Privat vård	56%	58%	58%	58%
Skåne	Övriga	5%	4%	4%	3%
VGR	Sjukhus	25%	29%	30%	33%
VGR	Primärvård	27%	26%	24%	23%
VGR	Privata	47%	45%	46%	44%
VGR	<i>varav allmän</i>	24%	24%	25%	26%
VGR	<i>varav specialist</i>	7%	6%	6%	5%
LiÖ	Sjukhus	33%	34%	41%	35%
LiÖ	Primärvård	20%	20%	16%	17%
LiÖ	Övriga	48%	46%	43%	49%

## Bilaga 2 Läkemedelsanvändning DDD/1000 invånare första halvåret 2004



## Bilaga 2 Läkemedelsbehandlingskostnad kr/1000 invånare

första halvåret 2004



## Bilaga 3 Definitioner

### Termer inom läkemedelsstatistiken

DDD Definierade Dygnsdoser	Antagen genomsnittlig underhållsdos per dygn hos vuxna vid användning på läkemedlets huvudindikation. Internationellt volymmått för läkemedel som fastställs av WHO, Oslo. Ej tillämpligt för bl. a utvärtes beredningar.
Kr	Kronor. Avser om inget annat sägs totalbelopp, dvs summan av läkemedelssubventionen och patientens egenavgift.
TIN	Tusen Invånare (t ex DDD/TIN). Används som beräkningsgrund vid jämförelser inom en gemensam definierad tidsperiod t ex ett visst kvartal, halvår eller år.
TIND	Per Tusen Invånare och Dag (t ex DDD/TIND).

### Läkemedel – ordförklaringar

Allmänt / ATC-systemet	ATC Anatomical Therapeutic Chemical classification. Farmakologisk klassificering av läkemedel, jmf FASS 2004 sid. 16. <b>Position ett (bokstav):</b> Farmakologisk huvudgrupp t ex C , hjärta kärl. <b>Position två och tre (siffror):</b> Farmakologisk undergrupp, t ex C10, blodfettsänkande läkemedel. <b>Position fyra och fem (bokstäver):</b> Subgruppering i två nivåer t ex C10A läkemedel som sänker kolesterol och triglycerider och C10AA statiner. <b>Position sex och sju:</b> Enskilt läkemedel (substans) eller fast kombination.
ACE-hämmare	ATC-grupp C09A: Hämmare av Angiotensin Converting Enzyme. Kraftigt kärlvidgande medel. Verkar genom att minska bildandet av det blodtryckshöjande kroppsegna ämnet renin. Godkända för behandling av högt blodtryck och hjärtsvikt. Finns även i fast kombination med diuretika C09B. ACE-hämmare och kombinationer ingår i samma farmakologiska undergrupp som ARB, C09C och ARB-kombinationer C09D.
AII-antagonister	Se ARB.
Antidepressiva	ATC-grupp N06A: Läkemedelsgrupp som främst används mot depressions- och ångestsjukdom. Omfattar bl.a SSRI, N06AB.
Antiobesitasmedel	ATC-grupp A08. Medel mot övervikt
ARB	ATC-grupp C09C: Angiotensin Receptor Blockerare. Kraftigt kärlvidgande läkemedel. Verkar genom att blockera effekten av angiotensin II som behövs för bildande av det blodtryckshöjande kroppsegna ämnet renin, jämför

	ACE-hämmare. Godkänt för behandling av hypertoni. Vissa ARB är även godkända för behandling av hjärtsvikt.
Arcoxia	Se etoricoxib
Atorvastatin	Blodfettsänkande läkemedel i statingruppen. Patentskyddat som Lipitor.
Ipratropium	Antikolinergt verkande bronkdilaterande läkemedel med främsta användning vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Patentskyddat som Atrovent.
Atrovent	Se ipratropium.
Bronkdilaterande läkemedel	Läkemedel som vidgar luftrören. Används vid astmasjukdom eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Omfattar ATC-grupperna R03A, adrenergiskt verkande och R03BB, antikolinergt verkande.
C09B	Gruppen fasta kombinationer med ACE-hämmare och diuretika. Godkända mot högt blodtryck.
C09D	Gruppen fasta kombinationer med ARB och diuretika. Godkända mot högt blodtryck.
Cipralex	Se escitalopram.
Citalopram	SSRI. Tidigare patentskyddat under namnet Cipramil.
Cox-2-hämmare	ATC-grupp M01AH: Särskild grupp av icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Substansnamnen bär i allmänhet suffixet coxib varför gruppen ofta betecknas som coxiber. Några exempel är celecoxib, patentskyddat som Celebra eller etoricoxib, patentskyddat som Arcoxia.
Cozaar	Se losartan.
Crestor	Se rosuvastatin.
Efexor och Efexor Depot	Se venlafaxin.
Enalapril	ACE-hämmare med användning vid hypertoni och hjärtsvikt. Tidigare patentskyddat under namnet Renitec.
Escitalopram	SSRI. Patentskyddad variant av citalopram, under namnet Cipralex.
Esomeprazol	Protonpumpshämmare (PPI) Patentskyddad variant av omeprazol, under namnet Nexium.
Etoricoxib	Cox-2-hämmare, antiinflammatoriskt medel. Patentskyddat som Arcoxia.
Ezetimib	Patentskyddat läkemedel under namnet Ezetrol, som sänker kolesterol- och triglycerider med annan mekanism än statiner.
Ezetrol	Se ezetimib.

Insulin glargin	Analog till kroppseget insulin med längre blodsockersänkande effekt än vanligt snabbinsulin och medel-långverkande insulin. Patentskyddat som Lantus.
Kinzalmono	Se telmisartan.
Lansoprazol	Protonpumpshämmare (PPI), patentskyddad under namnet Lanzo.
Lantus	Se insulin glargin.
Lanzo	Se lansoprazol.
Lipitor	Se atorvastatin
Losartan	ARB godkänt mot högt blodtryck och hjärtsvikt. Patentskyddat som Cozaar. Ingår även i kombination med diuretika i ATC-grupp C09D.
Losec MUPS	Patentskyddad tablettformulering av omeprazol. Av Läkemedelsverket bedömd som utbytbar mot Losec och kopior till Losec
Losec	Se omeprazol.
Micardis	Se telmisartan.
Mirtazepin	Antidepressivum inom gruppen Övriga N06AX. Tidigare patentskyddat, Remeron. Patentskyddat som Remeron S.
Nexium HP	Kombinationsförpackning med Nexium och vissa antibiotika för behandling av magsår vid förekomst av bakterien Helicobacter pylorii.
Nexium	Se esomeprazol.
Obesitasmedel, eg. antiobesitasmedel	Läkemedel mot övervikt A08.
Omeprazol	Protonpumpshämmare, tidigare patentskyddat som Losec.
Orlistat	Antiobesitasmedel inom gruppen perifert verkande A08B. Patentskyddat under namnet Xenical.
Pantoloc	Se pantoprazol.
Pantoprazol	Protonpumpshämmare (PPI), patentskyddat under namnet Pantoloc.
Pramace/Triatec	Se ramipril.
Pravachol	Se pravastatin
Pravastatin	Blodfettsänkande läkemedel i statingrppen, patentskyddat under namnet Pravachol.
Protonpumpshämmare (PPI)	ATC-grupp A02BC: Läkemedelsgrupp som hämmar insöndringen av saltsyra i magsäcken och därigenom används vid behandling av magsår och andra syrerelaterade sjukdomar.



RAAS-systemet	Renin-angiotensinsystemet, se ACE-hämmare och ARB.
Ramipril	ACE-hämmare. Patentskyddat som Pramace/Triatec. Godkänt mot högt blodtryck och hjärtsvikt.
Reductil	Se sibutramin.
Remeron	Se mirtazapin.
Rosuvastatin	Blodfettsänkande läkemedel i statin-gruppen. Patentskyddat under namnet Crestor.
Sertralin	Patentskyddat SSRI, under namnet Zoloft.
Sibutramin	Antiobesitasmedel inom gruppen centralt verkande A08A. Patentskyddat som Reductil.
Simvastatin	Blodfettsänkande läkemedel i statin-gruppen. Tidigare patentskyddat läkemedel under namnet Zocord.
Spiriva	Se tiotropium.
SSRI	ATC-grupp N06AB: Serotoninspecifik återupptagshämmare. Läkemedelsgrupp som främst används mot depressions- och ångestsjukdom. Omfattar bl a citalopram, och sertralin.
Statiner	ATC-grupp C10AA: Läkemedel som ffa sänker halten kolesterol i blodet. Substansnamnen bär suffixet statin.
Telmisartan	ARB godkänt mot högt blodtryck. Patentskyddat under namnen Kinzalmono och Micardis. Finns även tillgängligt i kombinationsmedel med diuretika C09D.
Teststickor	Laboratoriehjälpmedel för haltbestämning av olika ämnen t ex glukos (druvsocker) t ex i blod (plasma, p). Teststickor för p-glukos: Hjälpmiddel som kan förskrivas fritt inom läkemedelsförmånen vid diabetes för egenbestämning av blodsockerhalten. Aktuella teststickor för p-glukos användes i kombination med särskild analysapparat.
Tiotropium	Antikolinergt verkande bronkdilaterande läkemedel som främst används vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Patentskyddat under namnet Spiriva.
Venlafaxin	Antidepressivum inom gruppen Övriga N06AX. Patentskyddat under namnen Efexor och Efexor Depot.
Xenical	Se orlistat.
Zoloft	Se sertralin.