



UPPSALA
UNIVERSITET

Användning av generiska läkemedel hos personer 75 år och äldre

Triva Syawish

*Handledare: Monica Bergqvist, sjuksköterska med Dr, och Britta Björkhag Johansson,
Farm.mag*

Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms Läns Landsting

*Examinator: Margareta Hammarlund-Udenaes
Institutionen för farmaceutisk biovetenskap
Avdelningen för farmakokinetik och läkemedelsterapi
Farmaceutiska fakulteten
Uppsala universitet*

Fördjupningsprojekt i farmakoterapi D, 30hp, Vårterminen 2012

Abstract

Introduktion: Generiska läkemedel definieras som medicinskt likvärdiga läkemedel som kan säljas billigare än originalläkemedel. Generisk substitution infördes i oktober 2002. För äldre patienter kan det vara förvirrande med generiska läkemedel, då de kan få flera olika läkemedelsnamn med samma aktiva substans vilket kan leda till överdosering. Det är bara 9 % av Sveriges befolkning som är 75 år och äldre, men de står för mer än 25 % av all läkemedelsförbrukning.

Syfte: Att studera användning av generiska läkemedel hos personer 75 år och äldre, hur detta har förändrats under ett 10-års period och om det finns könsskillnader.

Material och metoder: Retrospektiv studie baserad på data från Stockholms läns landstings VAL- databasen och data från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Studien inkluderar äldre personer (≥ 75 år) i hela Sverige under perioden 2001 till 2011.

Resultat: De vanligaste använda ATC-grupper med störst andel byte samt stor volym är: A02, A06, A10, C07, C08, C09, C10, J01, M01, M05, R01, R03, S01. Andelen byte har ökat successivt för dessa ATC-grupper mellan 2002 och 2011 från 0 till 31 %. Det finns tydliga könsskillnader i andelen byte med högre andel byten för män.. De många läkemedelsnamnen för samma aktiva substans medför att en person med 6 förskrivna läkemedel kan under en 12-månadersperiod få mer än 15 olika läkemedelsnamn utskrivna.

Konklusion: Användning av generiska läkemedel har ökat successivt sedan introduktion av generisk substitution 2002, men den varierar mellan olika läkemedelsgrupper. Andelen utbyte är högre hos män.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	s.4
1.1.Generisk substitution.....	s.4
1.2.Generisk substitution i andra länder.....	s.6
1.3.Tidigare studier ur patient perspektiv.....	s.6
1.4.Tidigare studier ur vårdpersonalperspektiv.....	s.7
1.5.Äldre och läkemedel.....	s.9
1.6.Polyfarmaci.....	s.10
1.7.Läkemedelsregister.....	s.11
2. Syfte.....	s.12
3. Material och metoder.....	s.12
3.1. Material och design.....	s.12
3.2. Studiepopulation.....	s.13
3.3. Urval av läkemedel.....	s.13
3.4. Genomförande.....	s.14
4. Resultat.....	s.14
4.1. Studiepopulation.....	s.14
4.2. ATC-grupper med störst andel byte.....	s.16
4.3. Andel byte/ år.....	s.17
4.4. Andel byte/ grupp och år.....	s.19
4.5. Andel byte/ åldersgrupp och kön.....	s.21
4.6. Vanligaste använda substanser och olika läkemedelsnamn.....	s.22
5. Diskussion.....	s.26
5.1. ATC-grupper med störst andel byte.....	s.27
5.2. Andel byte/ år.....	s.28
5.3. Andel byte/ åldersgrupp och kön.....	s.28
5.4. Vanligaste använda substanser och olika läkemedelsnamn.....	s.29
5.5. Styrkor och svagheter med studien.....	s.29
6. Slutsats.....	s.31
7. Referenser.....	s.32

1. Introduktion

Generiska läkemedel definieras som medicinskt likvärdiga läkemedel som kan säljas billigare än originalläkemedel om de har samma funktion, kvalitet och säkerhet [1]. De har samma aktiva substans, beredningsform och styrka som originalläkemedlet [2]. Däremot kan de ha olika tillsatssämnen, utseende, produktresumé- och bipacksedelinformation och produktnamn, de har även en annan leverantör än originalläkemedlet [3]. Orsaken till att generiska läkemedel kan säljas billigare än originalläkemedel är avsaknaden av kostnader för forskning och utveckling [1].

1.1 Generisk substitution

Generisk substitution infördes i oktober 2002 (Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.) [4]. Detta går ut på att apoteket ska erbjuda byte av dyrare förskrivet läkemedel till ett billigare generiskt läkemedel om detta finns åtkomlig [4,5]. Detta gäller bara om minst två jämförbara förpackningar finns, då skall farmaceuten utföra ett utbyte [3]. Giltighetstiden för priset är en månad, och under denna månad köper apoteket från leverantören som har det lägsta priset på det generiska läkemedlet. Leverantörerna kan byta pris en gång per månad och när Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) godkänner och därefter publicerar kommande månads priser kan läkemedlen säljas till alla aktörer [1]. Systemet betyder att den leverantör som har lägst pris på läkemedlet får sälja den till apoteket. Varje månad väljer TLV månads vara d.v.s. det billigaste generiska läkemedlet och 2 ersättare för den. Detta system har lett till att Sverige idag är ett av de landen i Europa med lägsta priser på generiska läkemedel.

Enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tjänar staten 8 miljarder kronor per år genom byte till generiska läkemedel. Idag står generiska läkemedel för 15 % i värde och 45 % i volym av den svenska läkemedelsmarknaden. Det är Läkemedelsverket som beslutar om ett läkemedel är utbytbar eller inte [6]. Utbytbara läkemedel är dem som finns med på Läkemedelverkets lista över utbytbara läkemedel, läkemedlet ska även ingå i högkostnadsskyddet [7].

Godkännandet som erhålls av Läkemedelsverket kräver studier som visar att båda läkemedlen har samma säkerhet och att det generiska läkemedlet är medicinskt likvärdigt [1]. Först när patenttiden för originalläkemedlet går ut, efter 20 år, kan generiskt läkemedel

komma på marknaden. Namnet på generiska läkemedel bestäms av WHO (Världshälsoorganisationen).

Ett godkänt generiskt läkemedel behöver inte vara utbytbar för att den kan ha samma effekt på gruppnivå men inte på individnivå [6]. Därför gäller inte utbytbarheten för alla läkemedel. Ett exempel är antiepileptika som har ett smalt terapeutiskt fönster, där små koncentrationsskillnader kan ge oönskade effekter eller biverkningar [8]. Därför beslutade Läkemedelsverket 2004 respektive 2005 att gabapentin och lamotrigin inte är utbytbara. Andra exempel där utbytbarheten inte gäller är avsaknad av information pga. avvikelser i bipacksedel, barnläkemedel med olika smaker och läkemedels hanterbarhet t.ex. annorlunda inhalatorer vid astma [6], förskrivna delade doser som halv tablett, särskilt anpassade förpackningar t.ex. för reumatiker [4] injektionspennor och läkemedel med avgörande hjälpmedel för administrering. Utbytbarheten gäller inte heller om det finns skillnader i produkttegenskaper t.ex. att lösa upp stora tabletter eller tuggtabletter, inte heller depotberedningar som har skillnader i uppbyggnad och upplösning får bytas [9].

Det finns ytterligare tillfällen då läkemedlet inte får bytas mot motsvarande generiskt läkemedlet [1,5]. Det ena är på beslut av förskrivaren baserat på medicinska skäl, t.ex. när patienten har svårigheter att identifiera läkemedel med avvikelser i utseende och namn eller på grund av allergi mot fyllnadsämnen eller färgämnen. Det andra fallet är när patienten bestämmer sig själv att betala för det förskrivna originalläkemedlet eller annat generikum även om det erbjuds ett billigare utbytbar preparat.

Det rekommenderas att förskrivaren har ett samtal med patienten och informerar om att läkemedelsutbytet på apotek går ut på möjligheten att nyttja billigare läkemedel som innehåller samma aktiva substans som originalläkemedlet [3]. Men även informera om att det billigare läkemedlet kan ha andra färgämnen, annan bipacksdelinformation, typ av förpackning och läkemedelsnamn. Patientsamtalet bör också innehålla informationen om att alla läkemedel är granskade och godkända av Läkemedelsverket, så att de har god effekt, säkerhet och kvalitet.

Generiska läkemedel kan ha ett annat läkemedelsnamn, och det finns två metoder för benämning [1]. Det ena är substansgenerika och innebär en sammansättning av den aktiva substansens och företagets namn. Det andra är namngenerika och innebär att samma system används som vid benämning av originalläkemedlet, dvs. att använda ett påhittat namn.

Läkaren kan skriva det generiska läkemedelsnamnet på receptet. För patienten blir det säkrare, mer kontroll, mindre felbehandlingar, missförstånd och onödiga läkemedelsskador [10]. Det blir också lättare för patienten att söka efter information om läkemedlet [1].

Läkarförbundet rekommenderar förskrivning av generiska läkemedel som första hands val, för att öka följsamhet, minska ihopblandning och diskussion av rätt läkemedel mellan läkare och patient [11]. Idag är generisk förskrivning inte tillåtet i Sverige [12].

1.2 Generisk substitution i andra länder

Generiskt utbyte finns även i Norge, Finland och Danmark där den liknar det svenska systemet [4]. Andra EU- länder som har generisk substitution är Tyskland och Frankrike, och flera stater i USA. I Storbritannien däremot finns det ingen reform för generiska utbyte men det finns generisk förskrivning.

Parallell importerat läkemedel är läkemedel som är godkänd och importeras från ett EU/ EES-land till ett annat, där den efter myndighets godkännande marknadsförs i det importerande landet [13]. För godkännande krävs jämförelse mellan det parallellimporterade läkemedlet och direktimporterade läkemedel, d.v.s. ett motsvarande godkänd läkemedel i importlandet. Båda läkemedlen skall ha samma aktiva substans och likvärdig sammansättning .

1.3 Tidigare studier ur patientperspektiv

En undersökning gjordes i Skåne 2000, alltså innan generiska reformens tillkomst, för att bl.a. undersöka inställningen till generikareformen, och den inkluderade 23 läkemedel [2]. I 73 % av fallen kunde apoteken genomföra ett generikautbyte, i 23 % var det patienterna som inte ville byta och i 2 % var det läkarna som av olika anledningar motsatte sig ett generikautbyte. Alltså det var patienterna som var mest negativa till bytet och läkarna har stor påverkan på dem. I studiens efterföljande intervjuer berättade flera av patienter att de fick biverkningar eller sämre effekt genom bytet till generiskt läkemedel.

En annan svensk undersökning gjordes på 58 apotek 5 år efter generiska reformen, för att se hur läkemedelsanvändare uppfattar generisk substitution [14]. Av de 1551 undersökta var det 60 % som inte upplevde något problem med genetisk substitution. Det var 40 % som meddelade minst ett problem som ledde till felmedicinering. Det rapporterades även oro p.g.a.

osäkerheten, allmän förvirring om användning och upplevd brist på effekt. Däremot var det 35 % som meddelade positiva upplevelser av generikautbytet, där den vanligaste var lägre pris. Det var 22 % som gav förslag till förbättringar, där de vanligaste var att dra in generiska substitutionen och att kriterierna för utbytbarheten skulle ändras.

Socialstyrelsen gjorde en enkätundersökning i samarbete med Apoteket AB 2004 av personer som fick läkemedel utbyta till generika [4]. Undersökningen omfattade 20 apotek, 699 kunder och pågick under en 2-veckors period. Det var 7,5 % av de tillfrågade kunderna som hade fått en generisk substitution som hade felmedicinerat. Vanligaste felet var intag av båda gammalt och nytt läkemedel. Det var 16 % av de som hade använt 2 olika utbytbara läkemedel som kände skillnader mellan dem, vanligast var sämre effekt av den generiska substitutionen och nya eller förvärrade biverkningar. Vanligaste läkemedlen var magsårsläkemedel, blodtrycksläkemedel, astma- och allergiläkemedel och antidepressiva läkemedel. Det var fler kvinnor än män som hade felmedicinerat (12 % jämfört med 4 %) och kände skillnader mellan läkemedlen (21 % jämfört med 12 %) och felmedicineringen var vanligast i åldern 51-60 år. De som använde 5 eller fler läkemedel var den vanligaste gruppen som felmedicinerade och som upplevde skillnader mellan original och generikasubstitutionen. Det var 76 % som tyckte att de hade fått tillräcklig information, 11 % tyckte att de inte hade fått det och 13 % visste inte.

1.4 Tidigare studier ur vårdpersonalsperspektiv

En studie gjordes i Norge för att utreda hur sjuksköterskor upplever generisk substitution, och om de anser att den innebär en risk för felmedicinering [15]. Av de 100 intervjuade sjuksköterskorna var det 91 % som ansåg att det höga antalet av generiska läkemedel kan innebära en risk för felaktiga utdelningar. Det var 42 % som hade varit med om fel p.g.a. generisk substitution och att vanliga orsaker till felen var svåra läkemedelsnamn, otillräcklig utbildning och introduktion av nya generiska läkemedel. Det var 72 % av sjuksköterskorna som brukade meddela patienten vid byte av läkemedelsnamn, det var också 72 % som meddelade att patienterna var emot byten där de istället fick förslag att betala för ett dyrare läkemedel.

I en annan studie som gjordes i Finland undersökte man vad läkare och apotekskunder tyckte om generiska substitutionen [16]. Undersökningen bestod av intervjuer av 49 läkare och

enkäter till 1696 kunder. De flesta läkare och kunder var positiva till generisk substitution, främst för att spara pengar. Däremot den viktigaste orsaken till att kunderna vägrade byta läkemedel, deras positiva erfarenhet av den tidigare använda läkemedlet. Det var hälften av läkarna som inte tyckte att alla utbytbara läkemedel var lika effektiva och säkra.

Det finns 2 olika typer av problem som kan uppstå i samband med läkemedelsutbyte ur patientens synpunkt [4]:

Typ1: sker då patienten skall använda ett läkemedel för första gången och hämtar ett läkemedel med annorlunda läkemedels namn jämfört med receptet. Förvirring kan uppstå p.g.a. olika läkemedelsnamn på förpackningen och receptet. En annan sak som kan ge förvirring är informations skillnader mellan förpackningen och FASS.

Typ 2: sker då patienten redan har använt receptet och hämtar ut ett läkemedel med annorlunda namn än tidigare. Patienten kan nu ha två läkemedel med olika läkemedels namn men med samma aktiv substans, vilket ökar risken för överdosering. En patient kan få olika produkter var tredje månad, i mindre vanliga fall där expeditionsintervallet är en månad kan man få ny produkt varje månad. Månadens vara, som har marknadens lägsta pris, kan variera från månad till månad [7].

Risker som patienten kan utsättas för p.g.a. generiskt utbyte [4]:

- För hög eller låg dos läkemedel: För hög dos kan erhållas om patienten har 2 olika generiska läkemedelsnamn med samma aktiva substans. Detta kan ge biverkningar och läkemedelsinteraktioner. För låg dos får patienten om medicinen inte intas p.g.a. tvivlen av olika läkemedelsnamn och utseende på båda läkemedel och förpackning. Detta kan ge ofullständig effekt och ett sämre behandlingsresultat.
- Bristande tilltro till behandlingen: För att åstadkomma god behandlings effekt är det viktigt att patienten har förtroende för läkaren. Om läkaren beskriver läkemedlet för patienten med annorlunda läkemedelsnamn än det som står på förpackningen och inte förklarar utbytet för patienten, kan patientens förtroende till behandling minska vilket minskar effekten av behandlingen. Patienter kan bestämma sig från att inte hämta ut eller använda det utbytta läkemedlet om dem inte vet att man kan betala för det dyrare förskrivna läkemedlet.
- Intoleransbesvär eller allergiska reaktioner: om läkaren glömmer markera att utbytet inte får ske för patienter med allergier eller överkänslighet. Detta kan även ske om

läkaren eller patienten inte kontrollerar tillsatsämnen. En risk som kan öka med generikareformen är överkänslighetsreaktioner mot tillsatts ämnen som man inte vet om och som finns i det nya läkemedlet.

- Försvårad biverkningsutredning: kan uppstå om det saknas uppgifter i journalen om läkemedlet som patienten fått på apoteket. Detta kan leda till att läkaren inte veta vilket läkemedel (eller tillsatsämne) det är som orsakar en viss biverkan.

1.5 Äldre och läkemedel

En av de vanligaste och viktigaste behandlingsformerna för äldre är läkemedel [17]. Med ökande ålder ökar även känsligheten för läkemedel pga. förändringar som sker i kroppen som påverkar läkemedelsomsättningen, d.v.s. läkemedlets kinetik (absorption, diffusion, metabolism och elimination). Detta leder till förlängd uppehållstid av läkemedlet i kroppen och därmed förlängd effekt och högre biverkningsrisk [18]. Risken för läkemedelsproblem och biverkningar ökar även för att många äldre har flera sjukdomar och därför använder många olika läkemedel samtidigt [17].

De viktigaste åldersförändringarna i kroppen som påverkar läkemedelsomsättningen är [18]:

- Njurarnas funktion börjar minska långsamt från 30-40 års ålder, för att vid 80 års ålder ha en halverad förmåga att filtrera blodet, vilket leder till risk för höga läkemedelskoncentrationer och därmed biverkningar. Detta har störst betydelse för vattenlösliga läkemedel som direkt utsöndras via njurarna, t.ex. digoxin, en hel del antibiotika och läkemedel som omvandlas till aktiva metaboliter såsom opioider och diabetesläkemedel i tablettform.
- Äldre har en minskad andel vatten och ökad andel fett i kroppen. Vilket medför en större fördelningsvolym för fettlösliga substanser och därmed ökad uppehållstid och förlängd effekt. Exempel på fettlösliga läkemedel är psykofarmaka, sömnmedel och lugnande medel.
- Minskad leverstorlek och blodflöde. Det sker även minskad kapacitet av några enzymer som metaboliserar läkemedel vilket leder till långsammare utsöndring av fettlösliga läkemedel, eftersom de måste metaboliseras till vattenlösliga substanser så att de kan utsöndras via njurarna. En långsammare utsöndring kan i sin tur medföra

risk för höga läkemedelskoncentrationer och biverkningar. Dessa förändringar är individuella.

Minskad kapacitet eller nedsatta receptorfunktioner kan förändra läkemedlets effekt vilket medför en ökad känslighet för vissa läkemedel. De viktigaste läkemedelgrupperna och dess effekter är:

- Opioiders, sömnmedels och lugnandemedels effekt på det centrala nervsystemet ökar vilket medför ökad risk för biverkningar som fall, trötthet och störningar av kognitiva funktioner. Hjärnan blir känsligare för antikolinerga läkemedel som kan orsaka minnesstörningar och förvirring, främst hos patienter med demens som tex Alzheimer. Exempel på antikolinerga substanser är hydroxizin (Atarax) och högdosneuroleptika (antipsykotiska läkemedel)
- Blodtryckets reglering påverkas. Baroreflexen blir långsammare vilket kan medföra att blodtrycket rasar vid uppressning. Detta kännetecknas som balansstörningar, yrsel, kognitiva störningar eller i värsta fall svimning. Äldre har en ökad känslighet för blodtryckssänkande läkemedel t.ex. diuretika, beta-blockerare och blodkärlsvidgande läkemedel.
- Magsäcksslemhinnans skyddsmekanismer mot yttre påverkan försvagas vilket ökar risken för blödningar av slemhinneirriterande läkemedel. t.ex. antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) och acetylsalicylsyra (ASA).
- Njurarna blir känsligare för cox-hämmare som kan orsaka vätskeretention som i sin tur kan orsaka njursvikt eller hjärtsvikt.

1.6 Polyfarmaci

De senaste 20 åren har användning av läkemedel hos äldre (≥ 75 år) ökat med ca 70 % [17]. Detta kan framför allt ses i särskilda boendeformer och hos svårt sjuka hemmaboende, där varje patient har i medeltal 10 olika läkemedel varje dag. Denna extrema polyfarmaci kan bero på introduktion av nya läkemedel, nya vårdprogram för läkemedelsbehandling av vanligt förekommande diagnoser samt avsaknad av rutiner för omprövning och uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Polyfarmaci d.v.s. användning av flera läkemedel är många gånger förknippad med olämplig

läkemedelsanvändning hos äldre. Olämplig läkemedelsanvändning kan vara användning av ett läkemedel utan indikation eller på fel indikation, användning av kontraindicerat eller olämpligt läkemedel i kombination med andra läkemedel eller olämpligt med tanke på patientens diagnos eller ålder. I de flesta studier definieras polyfarmaci som användning av 5 eller flera läkemedel samtidigt. Det finns flera risker med polyfarmaci, bl.a. ökad biverkningsrisk, där risken ökar exponentiellt med antal läkemedel. En annan risk är läkemedelsinteraktion. Ytterligare risk är att polyfarmaci minskar patientens fölsamhet till läkemedelsbehandlingen.

Orsaken till polyfarmaci hos äldre är flera diagnoser och introduktion av nya läkemedel som möjliggör behandling av många tillstånd. Andra orsaker är behandling för symtom istället för diagnos, enskild behandling av varje sjukdom och saknad av behandling genom helhetsbedömning av patienten, frånvaro av gemensam läkemedelslista och flera läkare till samma patient, misstolkning av läkemedelsbiverkningar och istället behandling med nya läkemedel, otillräckligt dokumentation, okunskap om alternativ icke farmakologisk behandling och utebliven omprövning av läkemedelsordinationer.

De äldres olämpliga läkemedelsanvändning är ett ökande problem [19]. Deras läkemedelsbehandling är komplicerad och många gånger förknippad med risker, särskilt på grund av att läkemedlets känslighet ökar i den åldrande kroppen. Det är 9 % av Sveriges befolkning som utgörs av personer som är 75 år och äldre, dessa förbrukar mer än 25 % av all läkemedel [20]. Idag använder en äldre i genomsnitt ca 5 olika läkemedel, i extrema fall kan de använda mer än tjugo [19].

Den läkemedelsbenämning som finns idag kan ge upphov till misstag, förväxlingar, förvirring, minskad följksamhet och hälsorisker för patienten och även svårigheter för förskrivare [10]. Idag är det många patienter som utan läkarordination avslutar behandlingen, ökar eller minskar läkemedelsdosen och glömmer läkemedelsindikationen.

För äldre patienter kan det vara förvirrande med generiska läkemedel, då de kan få flera olika läkemedelsnamn med samma aktiva substans vilket kan leda till överdosering [6].

1.7 Läkemedelsregister

Läkemedelsregistret är ett av de 5 registren som omfattas av lagen om hälsodataregister vid Socialstyrelsen [21]. Förutom läkemedelsregistret är det cancerregister, medicinskt

födelseregister, övervakning av fosterskador och patientregister och tandhälsoregister. Hälsoregistren får bara användas för framställning av statistik, forskning och kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvård. Redovisning av data ur registren skall alltid vara anonymt och får inte påverka en enskild individ.

I läkemedelsregistret finns det uppgifter om recept som expedierats på apoteket för varje individ [22]. För varje expedierad produkt finns det upplysning om dess identitet, mängd, pris, dosering och expedierings datum. Den innehåller även information om generiskt utbyte eller parallellimporterat läkemedel om sådana finns. Individuella uppgifter som registreras är ålder, kön, personnummer och folkbokföringsort. Genom dessa uppgifter kan man koppla samman data. Dessutom finns det uppgifter om förskrivarens yrke och utbildning, arbetsplats och total kostnad. Uppdatering av läkemedelsregistret sker varje månad.

2. Syfte

Syftet med denna studie är att studera användning av generiska läkemedel hos personer 75 år och äldre och hur detta har förändrats under ett 10-års period.

Frågeställningar:

- Vilka är de vanligaste använda generiska läkemedels ATC-grupper hos personer 75 år och äldre?
- Finns det könsskillnader mellan äldre som använder generiska läkemedel?
- Hur många olika läkemedelsnamn och företagsnamn har varje aktiv substans (bland de vanligaste använda hos äldre)?

3. Material och metoder

3.1 Design

Detta var en retrospektiv studie baserad på data från Stockholms läns landstings vårddatabas (VAL- databasen) och data från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Det är en deskriptiv analys av registerdata. De data som används i studien är individdata som innehåller information om uthämtade läkemedel.

3.2 Studiepopulation

Studien inkluderar äldre personer (≥ 75 år) i hela Sverige som hade hämtat ut minst ett recept under perioden 2002 till 2011. För att se hur generika användningen har förändrats över tid valdes alla år mellan 2002 och 2011. Generikareformen tillkom i oktober 2002.

Äldre kan enkelt definieras som 65 år och äldre [17]. Vidare kan gruppen äldre delas de in i *yngre äldre* som är 65 till 79 år och *äldre äldre* som är 80 år och äldre [23]. Från 75 års ålder börjar problemen med ökad läkemedelskänslighet, förändrad läkemedelsomsättning och polyfarmaci [17]. Socialstyrelsens Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre är skrivna för 75 år och äldre. De som är 75 år och äldre har också mer än andra flera sjukdomsdiagnoser, behöver rehabiliterings- eller funktionsuppehållande åtgärder under längre tid och har problem med reducerad ork och rörlighet [24], därför har åldersgruppen 75 år och äldre valts. Patienter vars ålder var okänd exkluderades.

3.3 Urval av läkemedel

De läkemedelgrupper som valdes ut var de som hade största andel utbyte i procent samt stor försäljningsvolym 2011: Läkemedlen delades upp utifrån Anatomic Therapeutic Chemical Classification (ATC). De utvalda läkemedelsgrupperna definieras med treställig ATC-kod.

Först sorterades de 20 största ATC-grupperna i storleksordning på försäljningsvolym, enligt DDD eller varurader. De 20 ATC-grupper som hade stor volym sorterades sedan efter andelen byte. Resultaten blev dessa 13 ATC-grupper:

A02: medel vid syralaterade symtom, t ex. omeprazol

A06: laxantia, t ex. laktulos

A10: diabetesmedel, t ex. glipizid

C07: beta-receptorblockerande medel, t ex. metoprolol

C08: kalciumantagonister, t ex. felodipin

C09: medel som påverkar renin-angiotensin systemet, t ex. enalapril

C10: medel som påverkar serumlipidnivåerna, t ex. simvastatin

J01: antibakteriella medel för systemiskt bruk, t ex. ampicillin

M01: antiinflammatoriska och antireumatiska medel, t ex. diklofenak

M05: medel för behandling av skelettsjukdomar, t ex. alendronsyra

R01: medel vid nässjukdomar, t ex. budesonid

R03: medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, t ex. terbutalin

S01: medel vid ögonsjukdomar, t ex. pilokarpin

Tabell 1. Totalt antal expeditioner av utvalda ATC-grupper (med största andel utbyte i procent samt stor försäljningsvolym 2011), år 2002-2011

År	Antal expeditioner
2002	8,5 miljoner
2003	9,8 miljoner
2004	11,2 miljoner
2005	12,1 miljoner
2006	13,3 miljoner
2007	14,3 miljoner
2008	15,3 miljoner
2009	16,1 miljoner
2010	16, 8 miljoner
2011	17, 6 miljoner

3.4 Genomförande

Framtagen data från VAL- databasen bearbetades och analyserades i programmet Microsoft Excel. Varurader (antal recept) valdes och inte DDD (definierade dygns doser). En varurad är ett uttaget recept på ett läkemedel, och DDD är ett tekniskt mått och anger den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen vid medlets huvudindikation [26].

4. Resultat

4.1 Studiepopulation

Om man antar att alla som är 75 år och äldre i riket hämtar ut minst ett recept under ett år, så kommer nedanstående tabell att motsvara populationen som inkluderades i studien för varje år [27]. Medelvärdet för åren (2002-2011) blir:

Total	Män	Kvinnor
798546	314514 (39 %)	484032 (61 %)

Faktaruta 1 ATC-systemet

ATC-systemet står för Anatomical Therapeutic Chemical Classification och den används för klassificering av läkemedel [25]. Huvudsyftet med ATC-systemet är att göra det lättare att studera läkemedelsanvändning. ATC-systemet är indelat i 14 huvudgrupper beroende på läkemedels huvudindikation. Varje huvudindikation svarar mot en bokstav i ATC-systemet.

ATC-systemets 14-huvudgrupper:

1. A- Matsmältningsorgan och ämnesomsättning
2. B- Blod och blodbildande organ
3. C- Hjärta och kretslopp
4. D- Hud
5. G- Urin- och könsorgan samt könshormoner
6. H- Hormoner exklusive könshormoner
7. J- Infektionssjukdomar
8. L- Tumörer och rubbningar i immunsystemet
9. M- Rörelseapparaten
10. N- Nervsystemet
11. P- Antiparasitära, insektsdödande och repellerande medel
12. R- Andningsorganen
13. S- Ögon och öron
14. V- Varia

Förutom de 14- huvudgrupperna klassificeras läkemedel på 4-andra nivåer. Där 2:a och 3:e är terapeutisk/ farmakologisk undergrupp, 4:e är farmakologisk/ terapeutisk/ kemisk undergrupp och 5:e är den kemiska substansen.

Exempel på ATC-kod är A10B B07, som motsvarar den aktiva substansen glipizid.

A- matsmältningsorgan och ämnesomsättning (huvudgrupp)

A10- diabetesmedel (terapeutisk undergrupp, 2:a nivån)

A10B- perorala diabetesmedel (farmakologisk undergrupp, 3:e nivån)

A10B- B- sulfonureider (farmakologisk/ terapeutisk/ kemisk undergrupp, 4:e nivån)

A10B B07- glipizid (aktiv substans, 5:e nivån).

Tabell 2. Folkmängd i riket 75 år och äldre för 2002-2011

År	Totalt	Män	Kvinnor
2002	792792	307152	485640
2003	795180	308694	486486
2004	796894	310329	486565
2005	799101	311796	487305
2006	800089	313337	486752
2007	800093	315157	484936
2008	798148	316052	482096
2009	798446	317568	480878
2010	799946	320389	479557
2011	804773	324668	480105

4.2 ATC-grupper med störst andel byte

Den ATC-grupp som hade störst andel byte år 2011 är J02 -antimykotika för systemiskt bruk, som hade 75 % byte. Det vill säga att av alla recept som förskrevs av denna läkemedelsgruppen fick patienten i 75 procent av fallen att annat läkemedel än det som stod på receptet. Sedan minskar andelen byte bland ATC-grupperna successivt, på 10:e plats kommer C10 - medel som påverkar serumlipider som hade 40 % byte (tab.3).

Tabell 3. 10 ATC-grupper med störst andel byte år 2011

	ATC- grupp	Alla expeditioner	Byte utfört	% byte
1	J02 - antimykotika för systemiskt bruk	30 766	22 940	75 %
2	A08 - antiobesitasmedel, exkl dietprodukter	5 052	3 706	73 %
3	J05 - virushämmande medel för system	32 764	21 812	67 %
4	R01 - medel vid nässjukdomar	212 556	119 216	56 %
5	A04 - antiemetika	12 842	6 246	49 %
6	R05 - medel mot hosta och förkylning	562 126	258 162	46 %
7	L04 - immunsuppressiva medel	79 880	34 832	44 %
8	A06 - laxantia	1 176 048	504 862	43 %
9	R03 - medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar	1 204 238	491 446	41 %
10	C10 - medel som påverkar serumlipidnivåerna	2 827 014	1 120 150	40 %

De ATC-grupper med stor andel byte i procent och stor volym varierade mellan 19 och 56 %. Där 56 % utgörs av R01- medel vid nässjukdomar och 19 % av A10- diabetesmedel, alltså i 56 respektive 19 % av alla köp har ett byte utfört år 2011 (tab. 4). Vissa av de utvalda ATC-grupperna finns även med i tabellen om de 10 ATC-grupper med störst andel byte. Dessa är R01 - medel vid nässjukdomar (56 % byte), A06-laxantia (43 % byte), R03- medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar (41 % byte) och C10- medel som påverkar serumlipidnivåerna (40 % byte).

Tabell 4. Andel byte i ATC-grupper med stor volym och stor andel byte år 2011

	ATC-grupp	Alla expeditioner	Byte utfört	% byte
1	A02- medel vid syralaterade symtom	3 061 598	745 274	24 %
2	A06-laxantia	1 176 048	504 862	43 %
3	A10- diabetesmedel	1 723 904	334 398	19 %
4	C07- beta-receptorblockerande medel	5 163 232	1 234 718	24 %
5	C08-kalciumantagonister	2 545 746	827 680	33 %
6	C09- medel som påverkar renin-angiotensinsystemet	4 550 236	1 517 590	33 %
7	C10- medel som påverkar serumlipidnivåerna	2 827 014	1 120 150	40 %
8	J01- antibakteriella medel för systemiskt bruk	1 221 682	356 670	29 %
9	M01- antiinflammatoriska och antireumatiska medel	662 952	230 440	35 %
10	M05- medel för behandling av skelettsjukdomar	620 738	243 530	39 %
11	R01- medel vid nässjukdomar	212 556	119 216	56 %
12	R03- medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar	1 204 238	491 446	41 %
13	S01- medel vid ögonsjukdomar	1 936 056	521 834	27 %

4.3 Andel byte/år

Andelen byte har, som förväntat efter generikareformens införande, ökat successivt från 2002 till 2011, där den 2002 var nära 0 % och 2011, 31 %. Störta ökningen var mellan 2002 och 2003 där andelen byte ökade från nära 0 till 6 % samt mellan 2003 och 2004 där andelen byte ökade från 6 till 12 % Mellan de andra åren ökade andelen utbyte mellan 1 och 4 % (diagram 1).

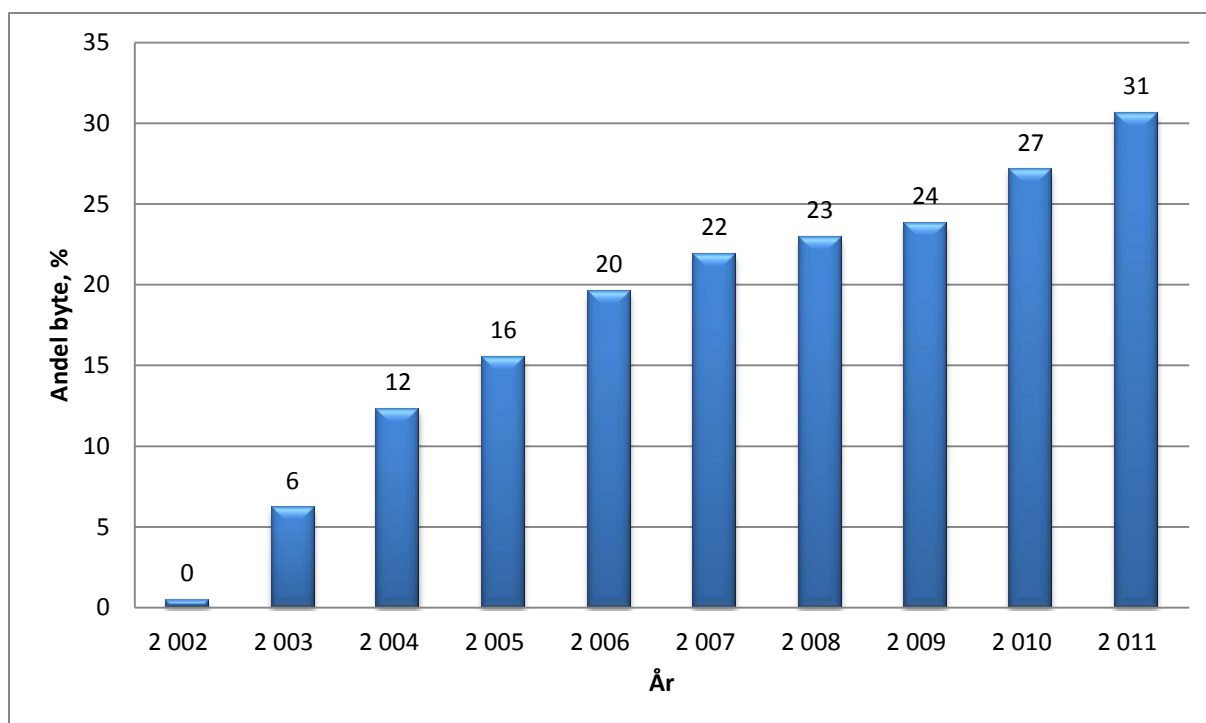


Diagram 1. Andel byte/ år av ATC-grupper med störst andel byte samt stor volym. A02, A06, A10, C07, C08, C09, C10, J01, M01, M05, R01, R03, S01.

*Observera att diagrammet inte visar några värden i exakta siffror utan talen är avrundade uppåt eller nedåt.

T.ex. i diagrammet står det att år 2002 var det 0 % byte, men man ser att den stapeln är lite högre än 0. Även år 2006, står det 20 % byte, men den stapeln når inte 20 och är avrundad.

Andelen byte har även ökat successivt för samtliga ATC-grupper mellan 2002 och 2011, men dock inte i samma omfattning. Här har andelen ökat från 0 till 17 % mellan 2002 och 2011. Största skillnaden i andelen byte mellan åren är 3 %, och detta är mellan 2002 och 2003, 2003 och 2004 och mellan åren 2010 och 2011. Mellan de övriga åren har andelen ökat mellan 1 och 2 %.

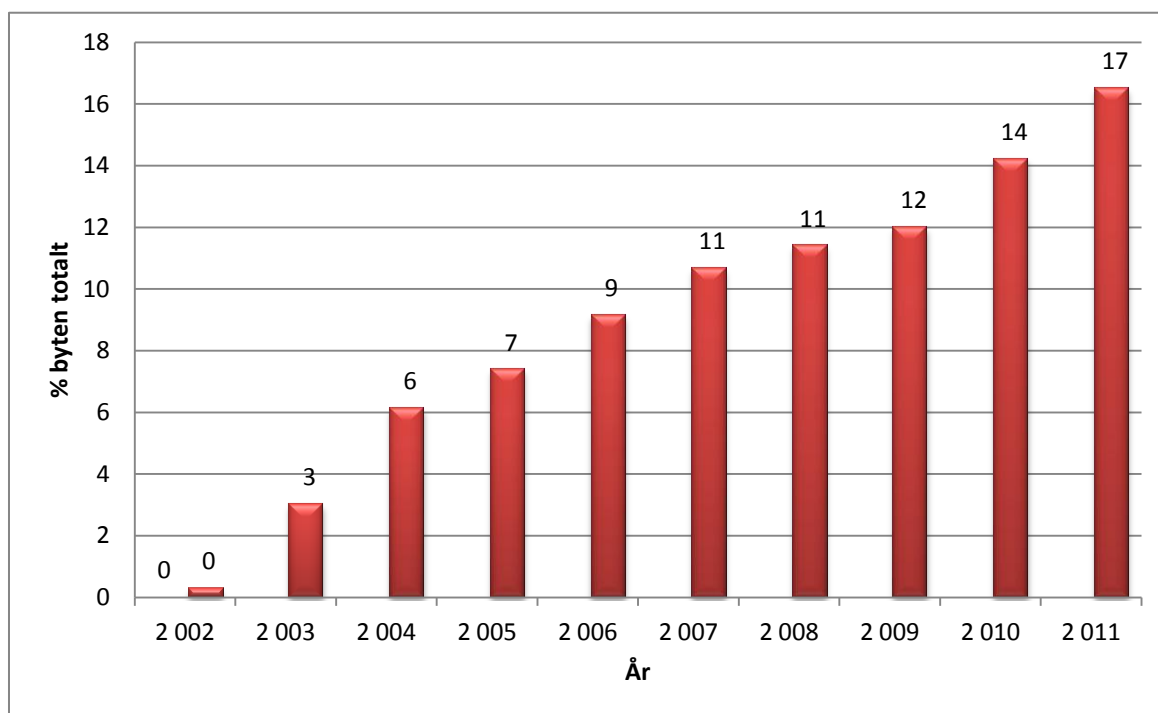


Diagram 2. Andel byten/ år för samtliga ATC-grupper.

*Observera att inga exakta siffror visas i diagrammet. Talen är avrundade uppåt eller nedåt. År 2002 var inte andelen byte 0 %, utan något högre som diagrammet visar. andelen byte för båda 2007 och 2008 är inte 11 %, utan år 2008 är andelen lite högre än 2007.

4.4 Andel byte/ grupp och år

Det finns stora skillnader i andelen byte mellan de olika läkemedelsgrupperna. Diagram 3a och b beskriver hur utvecklingen av antal byten per läkemedelsgrupp har sett ut under åren.

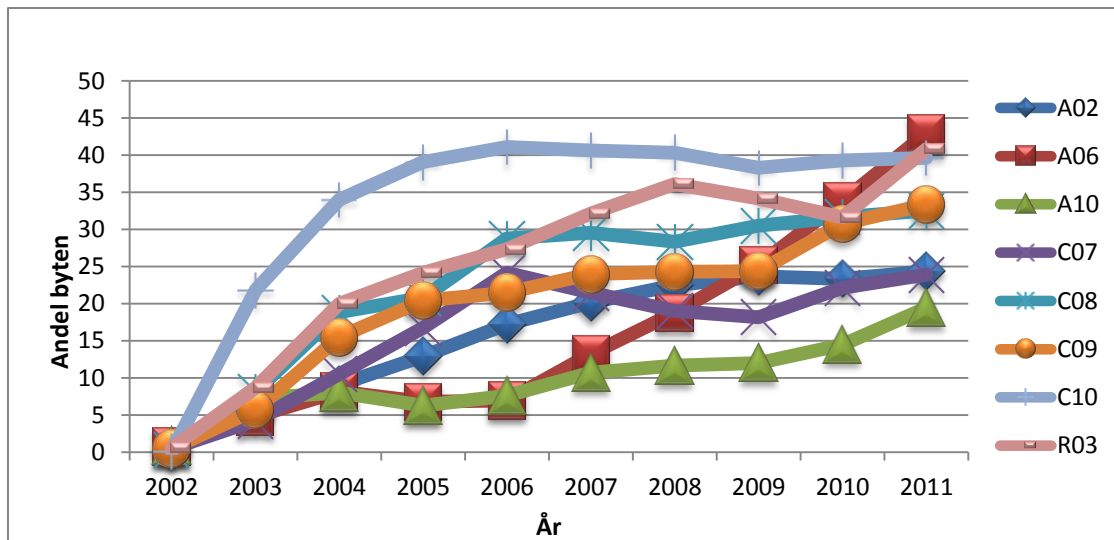


Diagram 3a. Andel byten för varje ATC-grupp/ år. ATC-grupperna A02-C10

Andelen byte har ökat för alla ATC-grupperna mellan 2002 och 2011, den grupp som avviker mest från de andra är C10 - medel som påverkar serumlipidnivåerna. C10 har ökat mer än de övriga grupperna under 2002-2006, och har sedan planat ut medan de övriga grupperna har ökat mer successivt mellan 2002-2011.

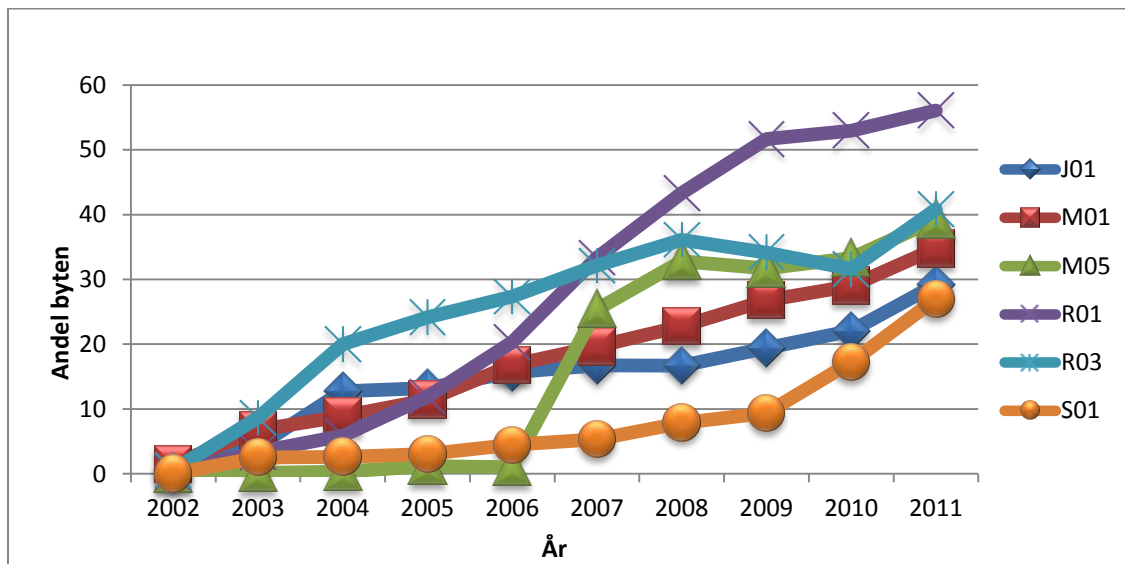


Diagram 3b. Andel byten för varje ATC-grupp/ år. ATC-grupperna J01-S01.

Den ATC-grupp vars andel byten som har ökat mest och ganska linjärt mellan åren 2002 och 2011 är R01 - medel vid nässjukdomar.

4.5. Andel byte/ åldergrupp och kön

Andelen byte minskar med ökande ålder och är högre hos män än hos kvinnor.

Könsskillnaden är ganska lika mellan åldersgrupperna och varierar mellan 4 och 5 %.

Andelen byte minskar stegvis för varje åldersgrupp. För männen minskar de med 6, 6 och 5 % mellan åldersgrupperna 75-80, 80-85 och 85-90 år. Motsvarande minskning för kvinnor är 7, 6 och 4 % (Diagram 4).

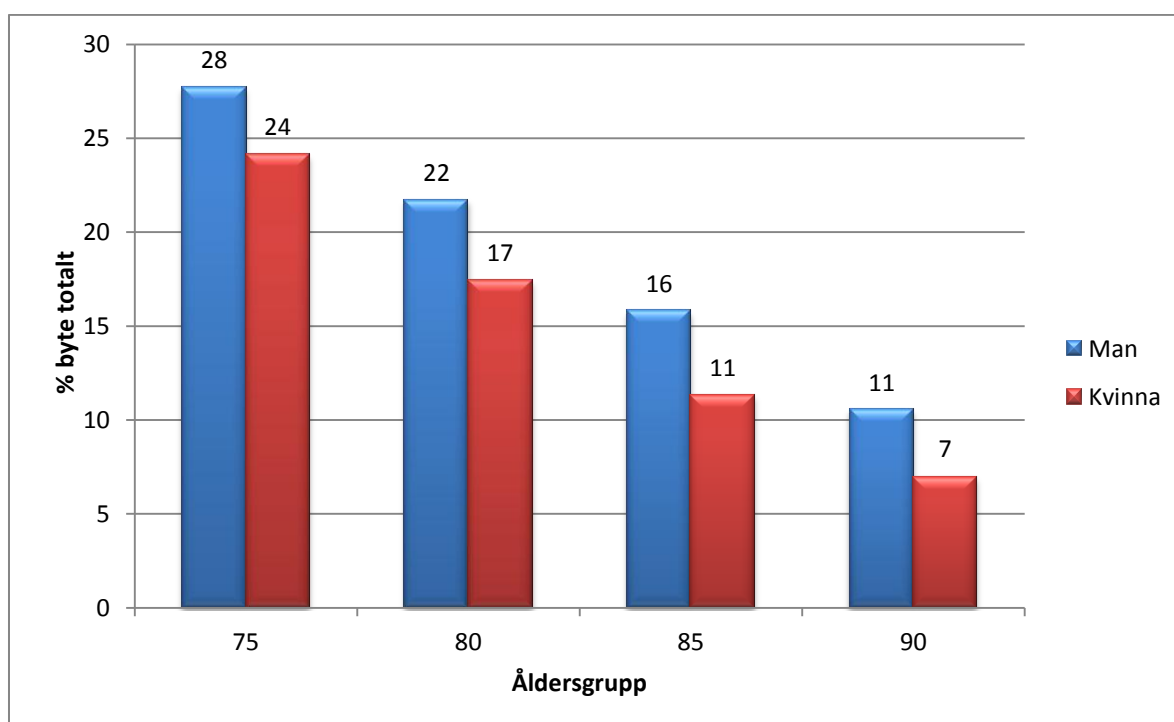


Diagram 4. Andel byten/ åldergrupp och kön samtliga ATC-grupper år 2011.

Andelen byte har ökat för varje år för båda män och kvinnor. För männen har andelen byte/ år ökat alla år mellan 2002 och 2011. Ökningen av andelen byte har varierat och var som högst 4 % mellan åren 2002 och 2003 och mellan åren 2003 och 2004 (Diagram 5).

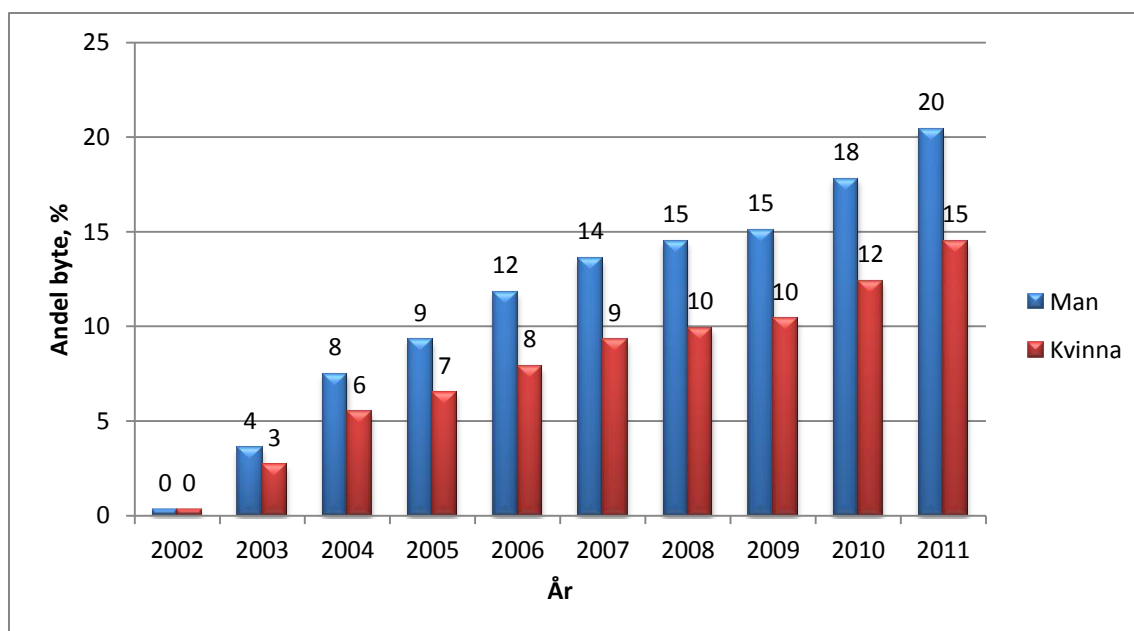


Diagram 5. Andelen byte/ år och kön för samtliga ATC-grupper.

4.6 Vanligaste använda substanser och olika läkemedelsnamn

Äldre personer har ofta flera diagnoser som med fördel kan behandlas med läkemedel. Detta leder till att några substanser förskrivs ofta till äldre och är vanligt förekommande. Ett exempel på en substans som förskrivs till ett stort antal äldre är acetylsalicylsyra (Trombyl) som förskrivs som profylax mot kardiovaskulära komplikationer. Tabell 5 visar de 10 vanligaste substanser som användes av personer 75 år och äldre år 2011, den visar även antal recept för varje substans.

Tabell 5. 10 vanligaste använda substanser hos äldre år 2011

ATC-kod	Aktiv substans	Antal recept år 2011
B01AC06	acetylsalicylsyra	54 395
N02BE01	paracetamol	47 419
C07AB02	metoprolol	39 026
C10AA01	simvastatin	35 337
C03CA01	furosemid	33 150
B03BA01	cyanokobalamin	31 145
A02BC01	omeprazol	29 375

N05CF01	zopiklon	26 593
A12AX	kalций, kombinationer med vitamin D och/ eller övriga läkemedel	23 447
C09AA02	enalapril	22 098

Den vanligaste använda substansen bland äldre år 2011 var acetylsalicylsyra, som hade 54 395 recept. Sedan minska antal recept, på 10:e plats kommer enalapril med 22 098 stycken år 2011.

Ett original läkemedel har ofta ett påhittat namn ett så kallat fantasinamn [28]. När läkemedlets patent gått ut och generika börjar tillverkas kan dessa namnges med andra fantasinamn eller med ett International Nonproprietary Name, INN det internationella generiska namn som rekommenderas av Världshälsoorganisationen. Detta innebär att en substans kan finnas att tillgå i obegränsat antal olika namn. Ett vanligt förskrivet läkemedel till äldre är paracetamol. Paracetamol säljs för närvarande i Sverige med 20 olika namn (tab. 6).

Tabell 6. Antal läkemedelsnamn och läkemedelsnamnen för varje aktiv substans, av de 10 vanligaste använda läkemedelssubstanser hos äldre:Läkemedelsnamnen är tagna från fass.se

Aktiv substans	Antal läkemedelsnamn	läkemedelsnamn
acetylsalicylsyra	2	-Acetylsalicylsyra Actavis, Actavis -Trombyl [®] , Pfizer
paracetamol	20	-Alvedon [®] Forte, GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Alvedon [®] , GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Pamol, Nycomed -Panodil [®] Brus, GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Panodil [®] Forte, GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Panodil [®] Zapp, GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Panodil [®] , GlaxoSmithKline Consumer Healthcare -Paracetamol Actavis, Actavis

-Paracetamol Apofri, Apofri
-Paracetamol Evolan, Evolan
-Paracetamol Fresenius Kabi, Fresenius Kabi
-Paracetamol Orifarm, Orifarm Generics
-Paracetamol Panpharma, FarmaPlus
-Perfalgan[®], Bristol-Myers Squibb
-Perfalgan, Omnia Läkemedel
-Perfalgan, Parx AB
-Pinex Cappuccino, Actavis
-Pinex Jordgubb, Actavis
-Pinex, Actavis
-Reliv[®], GlaxoSmithKline Consumer Healthcare

metoprolol 8

-Metoprolol GEA Retard, Sandoz
-Seloken, AstraZeneca
-Metomylan, Mylan
-Metoprolol Actavis, Actavis
-Metoprolol Orion, Orion Pharma
-Metoprolol Ratiopharm, Teva
-Metoprolol Sandoz, Sandoz
-SelokenZOC[®], AstraZeneca

simvastatin 14

-Simidon, Actavis
-Simvastatin Arrow, Arrow
-Simvastatin Bluefish, Bluefish Pharma
-Simvastatin Krka, KRKA
-Simvastatin Orifarm, Orifarm Generics
-Simvastatin Orion, Orion Pharma
-Simvastatin Pensa, Pensa Pharma
-Simvastatin Ranbaxy, Ranbaxy
-Simvastatin Ratiopharm, Teva
-Simvastatin Sandoz, Sandoz
-Simvastatin STADA[®], STADAPharm
-Simvastatin Teva, Teva

		-Vabadin, Menarini International Operations Luxembourg
		-Zocord [®] , MSD
furosemid	8	-Furix Retard, Nycomed
		-Furix [®] , Nycomed
		-Furosemid Copyfarm, Orifarm Generics
		-Furosemid Hexal, Sandoz
		-Furosemid Nordic Drugs, Nordic Drugs
		-Furosemid Recip, Recip
		-Impugan [®] , Actavis
		-Lasix [®] Retard, Sanofi
cyanokobalamin	4	-Behepan [®] , Pfizer
		-Betolvex [®] , Actavis
		-Betolvidon [®] , Abigo
		- <u>Betolvex[®]</u> , Actavis
omeprazol	16	-Losec, Medartuum
		-Ome-cat, Pensa Pharma
		-Omeprazol Actavis, Actavis
		-Omeprazol Alternova, Alternova
		-Omeprazol Apofri, Apofri
		-Omeprazol Arrow, Arrow
		-Omeprazol Bluefish, Bluefish Pharma
		-Omeprazol BMM Pharma, BMM Pharma
		-Omeprazol Mylan, Mylan
		-Omeprazol Orifarm, Orifarm Generics
		-Omeprazol Pensa, Pensa Pharma
		-Omeprazol Ratiopharm, Teva
		-Omeprazol Sandoz, Sandoz
		-Omeprazol STADA, STADapharm
		-Omeprazol Teva, Teva
		-Losec [®] , AstraZeneca
zopiklon	5	-Imovane [®] , Meda
		-Zopiclon Stada, STADapharm

		-Zopiclone Actavis, Actavis
		-Zopiklon Mylan, Mylan
		-Zopiklon Pilum, Pilum Pharma
kalcium, kombinationer med vitamin D och/ eller övriga läkemedel	10	-Cal-D-Vita [®] , Bayer
		-Calcichew-D3 Citron, Nycomed
		-Calcichew-D3 Forte Citron, Nycomed
		-Calcichew-D3 Mite Citron, Nycomed
		-Calcichew-D3 Spearmint, Nycomed
		-Calfovit D3, Menarini International Operations Luxembourg
		-Ideos [®] , Meda
		-Kalcipos [®] -D, Recip
		-Kalcipos-D forte, Recip
		-Kalcipos [®] -D mite, Recip
enalapril	7	-Enalapril Actavis, Actavis
		-Enalapril Astimex, Astimex
		-Enalapril Krka, KRKA
		-Enalapril Sandoz, Sandoz
		-Enalapril STADA [®] , PharmaCoDane
		-Enalapril Vitabalans, Vitabalans Oy
		-Renitec [®] , MSD

5. Diskussion

Generika utbyte är vanligt förekommande hos patienter 75 år och äldre, men andelen byten varierar mellan olika läkemedelsgrupper. En del läkemedelsgrupper byts mer än andra.

5.1 ATC-grupper med störst andel byte

Den ATC-grupp med störst andel byten i den här studien var J02 - antimykotika för systemiskt bruk år 2011. När man tittar närmare på denna grupp så ser man att den omfattar antibiotika (amfotericin B) mot generaliserad svampinfektion som sprids till blodet, imidazolderivat (ketokonazol) som är antimykotikum med brett spektrum och används mot sjukdomsalstrande jästsvampar, triazolderivat (flukonazol, itrakonazol, vorikonazol och posakonazol) som används mot svampinfektioner i olika delar av kroppen och övriga antimykotika för systemisk bruk (flucytosin, caspofungin, micafungin och anidulafungin) mot jästsvampinfektioner orsakade av svampcellen candida [29]. En orsak till den stora andelen utbyte kan vara att denna grupp används mot svampinfektioner, som endast kräver korttidsbehandling vilket innebär att patienter inte byter från ett läkemedel till ett annat och kommer då troligen inte heller säga nej till utbyte. En annan förklaring är att flera av dessa substanser är injektionsvätskor, vilket betyder att de endast ges på sjukhus.

I socialstyrelsens enkätundersökning i samarbete med apoteket AB 2004, så undersöktes utbytesfrekvensen av de 10 vanligaste läkemedelssubstanser mellan 2003 och 2004 [4]. Dessa ATC-grupper tillhörde C10, N06, J01, C09, C08, A02, M01, A10, A12 och R06. 7 av dessa finns med i tabell 2 om störst andel byte år 2011. Dessa är A02, A10, C08, C09, C10, J01, M01.

5.2 Andel byte/år

Andelen byte har ökat gradvis med åren för samtliga ATC-grupper och även för ATC-grupper med stor volym och stor andel byte, vilket var förväntat. Syftet med generikareformen var ju att minska läkemedelskostnader [4] och att öka konkurrensen mellan läkemedelsföretag [30]. Detta kan ha lett till att flera generiska läkemedel har tillverkats och därmed har utbytet ökat. Tack vare konkurrensen har priserna på de generiska läkemedlen mer än halverats sedan 2002, t.ex. har priset på läkemedlet Zocord, mot höga blodfetter, minskat med ca 95 % [30]. Den ökande andelen byte kan även bero på att kunskapen om generiska läkemedel har ökat sedan införandet av generisk substitution 2002, och att patienter vill spara pengar genom att byta till generiska läkemedel. Introduktionen av generiska läkemedel har många fördelar både för patienten och för samhället. Generikareformen kom i oktober 2002 [4], den gällde bara 3 månader under 2002 därför var andelen byte så låg under detta år, ca 0,2 % .

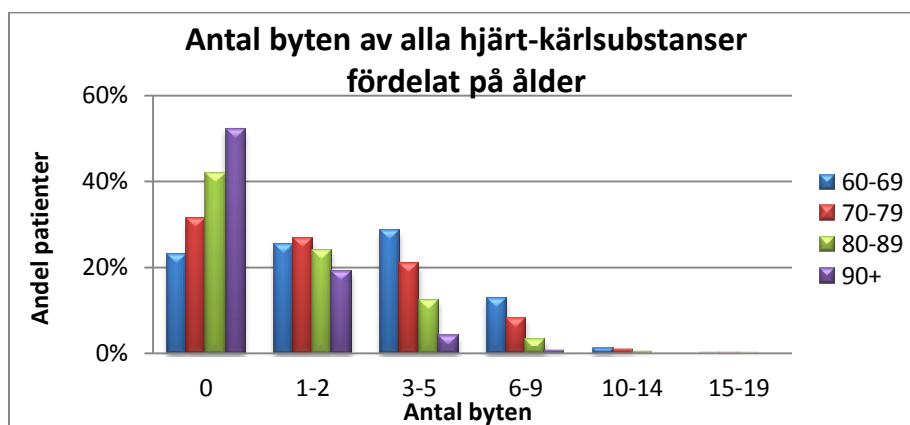
Andelen byte hade även ökat successivt varje månad under ett år i Socialstyrelsens undersökning om andelen recept som blev generiskt utbytta mellan juli 2003 och juli 2004 [4]. Andelen byten hade ökat från ca 5 till 9 % mellan juli 2003 och juni 2004.

5.3 Andel byte/ åldergrupp och kön

Andelen byte var vanligare hos männen, vilket kan bero på flera olika faktorer. En finsk studie som genomfördes fem år efter generisk substitution infördes i Finland visade att priset på läkemedel spelar mindre roll för kvinnor och att kvinnor påverkas mer av kännedom om läkemedlet än vad männen gör [31].

I Socialstyrelsens enkätundersökning i samarbete med apoteket AB 2004, var det fler kvinnor än män som upplevde skillnader mellan generiska läkemedel och originalläkemedel, 21 jämfört med 12 % [4]. Detta kan vara en annan orsak till könsskillnader.

Andelen byte minskar med ökande ålder för båda kvinnor och män. Ett tidigare examensarbete som gjordes för att undersöka generikautbyte hos hjärtsvikts patienter i Stockholms läns landsting mellan 2005 och 2007 visade också att andelen utbyte minskade med ökande ålder [32].



Diagrammet visar antal byten av alla hjärt-kärlsubstanser hos hela studiepopulationen, 18 månader efter första vårdtillfället för hjärtsvikt.

Det kan finnas flera orsaker till att andelen byte minskar med ökande ålder. Det kan vara så att förskrivaren bestämmer att läkemedlet inte får bytas, eftersom ju äldre patienten är desto

svårare kan han eller hon ha att hantera läkemedel med olika läkemedelsnamn och utseende. En annan orsak kan vara att de äldre väljer att betala för ett dyrare läkemedel för att de inte vill ha läkemedel med nytt namn.

En studie som gjordes i USA för att undersöka föreställningar om generiska läkemedel hos 315 st äldre patienter (≥ 65 år) visar att ca 47 % tyckte att generiska läkemedel fungerade lika bra som original läkemedel och är lika säkra, 23 % tyckte att de inte fungerade lika bra och resten visste inte [33]. Studien visade också att ca 11 % tyckte att de generiska läkemedlen gav mer biverkningar, 46 % tyckte inte det och resten visste inte. På frågan om generiska läkemedel är billigare än originalläkemedel, så svarade ca 77 % ja, 4 % svarade nej och 19 % visste inte.

5.4 Vanligaste använda substanser

Denna studie visar att det finns många olika läkemedelsnamn på de vanligaste använda läkemedelssubstanser hos äldre. De olika namnen på varje aktiv substans kan medföra risker för äldre, eftersom vid utbyte kan patienten få ett helt annat läkemedelsnamn för samma aktiva substans. Förpackningarna såväl som själva läkemedlet kan ha helt olika utseende från det läkemedel som patienten förskrivits tidigare. Då kan patienten tro att det är 2-olika läkemedel, vilket kan leda till överdosering.

En fallstudie från Frankrike beskriver en 75 årig kvinna som hade överdoserat buflomedil (kärilvidgande) på grund av byte till generiskt läkemedel [34]. Överdoserings ledde till att kvinnan fick regelbundna muskelkramper. Det var kvinnans make som hjälpte till med hanteringen av de 7 olika medicinerna. Kvinnan var blind. Varken kvinnan själv eller hennes make hade förstått eller fått tillräcklig information om att det generiska läkemedlet var densamma som originalläkemedlet.

Faktaruta 2

Hypotetisk patient: Emma Karlsson 80 år. Diagnos: hjärtsvikt, högt blodtryck och ulcus. Läkemedelsbehandling: Omeprazol, Laktulos, Metoprolol, Felodipin, Alvedon och Simvastatin

ATC-grupp	L.mnamn 1	Lm.namn2	Lm. namn3	Lm. namn4
------------------	------------------	-----------------	------------------	------------------

A02	Omeprazol Actavis	Losec	Omeprazol Teva	
A06	Laktulos			
C07	Metoprolol Actavis	Seloken ZOC	Metoprolol Sandoz	Metomylan
N02	Alvedon	Paracetamol Actavis	Panodil GlaxoSmithKline Consumer Healthcare	Reliv, GlaxoSmithKline Consumer Healthcare
C09	Enalapril Sandoz	Enalapril STADA	Renitec	
C10	Simvastatin Arrow	Simidin	Zocord	

I praktiken innebär det att Emma under en 1-årsperiod kan ha minst 18 olika läkemedelsförpackningar med olika utseende i sitt skåp hemma

I Socialstyrelsens enkätundersökning i samarbete med Apoteket AB 2004, förekom felmedicinering hos 11 % av patienterna med 5 eller fler läkemedel jämfört med 5 % hos de med färre än 5 olika mediciner [4]. Det var 23 % av de som använde 5 eller fler läkemedel som kände skillnader mellan generiska läkemedel och original preparat, jämfört med 15 % hos de som använde mindre än 5 olika läkemedel.

Åtgärder för att minska felen orsakade av generisk substitution [4]:

Otillräcklig information om utbyten till generisk substitution kan leda till felmedicinering till följd av att läkemedlets namn och utseende kan leda till osäkerhet hos patienten. För att undvika denna typ av felmedicinering är det viktigt att:

- Göra så få byten som möjligt.
- Ha bättre märkning och information till patienten. Detta genom mer fokus på aktiv substans vid information. Bättre information om utbyttssystemet i FASS och patient-FASS, att där det är lämpligt grunda läkemedelkommittéers rekommendationslistor på generiska namn och att det generiska namnet skall märkas tydligare på apoteksetiketter, läkemedelsförpackningar och bipacksedlar.

- förbättra möjligheter att spåra utbytbara läkemedel, detta genom att spara expeditions journaler av apoteken så länge som patientjournaler sparas. Detta skulle även ersätta kraven som finns nu att meddela läkaren vid utbyte av läkemedel på apotek.
- förbättra kvalitets åtgärder genom att använda elektroniska förskrivningsstöd, bättre rutiner av läkemedelshantering för vårdpersonal och regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Läkemedlets generiska namn bör vara framträdande på läkemedelsförpackningarna och i patientens läkemedelslista
- förskrivare och farmaceuter bör vara noga vid utbyte av ett läkemedel med att förklara att generiska läkemedel och original läkemedel är densamma och innehåller samma aktiva substans.
- Förskrivaren bör ta reda på om den äldre är i behov av hjälp med sin läkemedelshantering

5.5. Styrkor och svagheter med studien

Studien inkluderade personer 75 år och äldre i hela riket, vilket är en stor fördel, eftersom man får en bild av hela Sverige. Resultaten blir mer tillförlitliga och säkrare ju större population man har, det blir även färre slumpfel då de uppkommer p.g.a. osäkerhet då man undersöker stickprover ur stor population. Det är viktigt att notera att det inte är samma patienter som ingår i studien för alla år. Varje patient som fyllde 75 år inkluderades i studien och den som dog exkluderades. En av bristerna i studien är att läkemedelsnamnen till de 10 vanligaste använda substanser hos äldre är tagna från fass.se. Alla företag är inte med i fass, så att läkemedelsnamnen kan i verkligheten vara något flera. En annan brist är att de jämförda studierna i diskussionsdelen motsvarar inte alla denna studiepopulation. Studiepopulationen i denna studie var patienter 75 år och äldre, medan vissa av de jämförda studierna gällde för patienter från 18 år och en gällde enbart för hjärtsviktspatienter.

6. Slutsats

Användning av generiska läkemedel hos äldre har ökat successivt sedan införandet av generisk substitution 2002. Ökningen är högre hos män och minskar med ökande ålder. Denna ökning kan innebära risker för patienterna.

7.Referenser

[1] Föreningen för generiska läkemedel

URL: <http://www.generikaforeningen.se/page15/page7/page7.html> [2012-01-22]

URL: <http://www.generikaforeningen.se/page15/page8/page8.html> [2012-01-22]

[2] Filipsson A. undersökning om generisk substitution i Skåne klar: nästan var fjärde patient vill inte byta ut medicin mot billigare kopia. Läkartidningen 97: 289 (2000)

[3] Läkemedelsverket

URL: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Forskrivning/Utbytbara-lakemedel/> [8-2-2012]

[4] Socialstyrelsen. Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek (2004)

[5] Ohlin E. Proposition om generisk substitution ifrågasätts- Medvetna val viktigare än priset. Läkartidningen 98: 5730 (2001)

[6] Hedbäck S. Snäva indikationer för utbytbarhet med generika. Läkartidningen 99: 2922 (2002)

[7] TLV 2010

<http://www.tlv.se/Global/faq/fragor-och-svar-utbyte-lakemedel.pdf>

[8] Mattsson P, Lindqvist T. Liten forskrivning av generiskt lamotrigin och gabapentin. Läkartidningen 105: 385 (2008)

[9] Läkemedelsverket

URL: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Forskrivning/Utbytbara-lakemedel-/Kriterier-for-utbytbarhet/>(2012-02-02)

[10] Svaninger D. apropå! Förväxlingar, felmedicineringar och felaktiga förskrivningar: Generisk förskrivning- nu!. Läkartidningen 108: 845 (2011)

[11] Närlid M. Läkarförbundet förespråkargenerisk förskrivning i ny policy. Läkartidningen 105: 1367 (2008)

[12] Läkemedelsverket, 2006

<http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/forskrivning/Rapport%20Generisk%20f%C3%B6rskr.pdf>

[13] Läkemedelsverket

URL: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Foretag/Lakemedel/Parallellimport/> (8-2-2012)

[14] Frisk P, Rydberg T, Carlsten A and Ekedahl A. Patients' experiences with generic substitution: a Swedish pharmacy survey. Journal of pharmaceutical health services research 2: 9-15 (2011)

[15] Håkonsen H, Skjønhaug Hopen H, Abelsen L, Ek B and Toverud E-L. Generic Substitution: a Potential Risk Factor for Medication Errors in Hospitals. Springer Healthcare: 27(2): 118-126 (2010)

[16] Heikkilä R, Mantyselkä P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R. Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy* 2007;82:366-374.

[17] Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre (2010)

[18] Fass.se, 2011

http://www.fass.se/LIF/lakarbok/lakemedelhalsa_artikel.jsp?articleID=18383 (2012-02-02)

[19] Lif.se, 2012

http://www.lif.se/default.aspx?CS_23866PageNo=3&id=5615&ptid=0 (2012-04-27)

[20] Janusinfo.se, 2012

<http://www.janusinfo.se/v/Fortbildning/Symposiereferat-och-webbtv-sandningar/Mote-om-brister-i-aldres-lakemedelsanvandning/> (2012-04-27)

[21] Socialstyrelsen. Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet (2008)

[22] Socialstyrelsen. Fyra år med läkemedelsregistret (2009)

[23] Gerne, B. Flest läkemedel hos yngre äldre. Läkemedelsvärlden, 2003

[24] Jarbrink, K, Althoff, K, Naploszek, M. Multisjuka äldre – en utmaning för vårddataanalytiker och hälsoekonomer. Läkartidningen, 108. 2011.

[25] Läkemedelverket.se 1999

<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-1999/ATC-systemet---ett-internationellt-system-for-klassificering-av-lakemedel/> (2012-05-01)

[26] Nep.se 2008

<http://www.nepi.net/Volym.htm> (2012-04-28)

[27] Statistiska centralbyrån, 2012

<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tansss&xu=C9233001&huvudtabell=BefolkningNy&deltabell=R1&deltabellnamn=Folkm%E4ngden+i+riket+efter+civilst%E5nd%2C+%E5lder+och+k%E6n%2E+%C5r&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&innehall=Folkmangd&starttid=1968&stopptid=2011&Prodid=BE0101&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1> (2012-05-01)

[28] Läkemedelsverket

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Foretag/Lakemedel/Nya-godkannanden-andringar-och-fornyelser/Namngivning-av-lakemedel/> (2012-05- 29)

[20 fass.se

[\]http://www.fass.se/LIF/produktfakta/sok_lakemedel.jsp?expanded=J_J01_J02#J02](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/sok_lakemedel.jsp?expanded=J_J01_J02#J02)

[30] TLV, 2008

<http://www.tlv.se/press/ovriga-nyheter/sankta-priser-for-lakemedelskopior-sparade-fem-miljarder/>

[31] Heikkilä R, Mäntyselkä P och Ahonen R. Price, familiarity, and availability determine the choice of drug - a population-based survey five years after generic substitution was introduced in Finland. BMC Clinical Pharmacology 2011, 11:20

[32] Nouri C. Generisk substitution hos hjärtsviktspatienter, – föreligger skillnader i mortalitet samt sjukhusinläggningar vid olika antal läkemedelsbyten?. Examensarbete i farmakoterapi D, 30 hp, höstterminen 2009. Uppsala Universitet.

[33] Iosifescu A, Halmb E A, McGinn T, Siu A L och Federman A D. Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospitalbased primary care practices. NIH-PA Author Manuscript 2008, 73(2): 377–383.

[34] Chiffolleau A, Yatim D, Garrec F, Veyrac G, Raoult P, Larousse C, Bourin M. Warning! One buflomedil may hide another one! Therapie. 2000: 55:221-223.