

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger} \times \text{pris}} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

Medicintilskud – hvad skal du som læge gøre?

Af Ulla Kirkegaard Madsen, Lægemiddelstyrelsen

Her kommer en oversigt over de forskellige typer af medicintilskud – både dem, der gives automatisk, og dem, du som læge skal søge til din patient.

Generelle tilskud

Generelt (automatisk) tilskud

Generelt tilskud betyder, at patienten automatisk får tilskud til det enkelte lægemiddel på apoteket. Du skal ikke gøre noget.

Se tilskudsstatus på:

- medicinpriser.dk
- pro.medicin.dk

Generelt klausuleret tilskud

Generelt klausuleret tilskud betyder, at der er generelt tilskud til bestemte sygdomme eller persongrupper.

Det er dig som læge, der vurderer, om patienten er omfattet af klausulen. For at patienten får tilskud på apoteket, skal du markere "tilskud" på recepten. Du skal ikke søge om det.

Tilskudsklausulerne fremgår i de fleste lægepraksis-systemer, når du laver en recept. Du kan også finde dem på www.laegemiddelstyrelsen.dk.

Det er Lægemiddelstyrelsen, der sammen med Medicintilskudsrådet har fastsat klausulen. Hvis din patient ikke opfylder tilskudsklausulen, kan du søge om enkelttilskud. Se mere nedenfor.

OBS! Et håndkøbslægemiddel skal være ordineret på recept med markering i tilskudsrubrikken, for at patienten kan få tilskud til det. Der gives ikke tilskud til alle håndkøbslægemidler.

Individuelle tilskud

Du kan søge individuelle tilskud for dine patienter. Du skal sende ansøgningerne via fmk-online.dk

	Hvornår og til hvem?	Hvornår gælder tilskuddet fra?	Hvor længe gælder tilskuddet?
Enkelttilskud Sagsbehandlingstid ca. 2 uger	Du kan søge enkelttilskud til alle lægemidler, der ikke har generelt tilskud, eller hvis patienten ikke er omfattet af tilskudsklausulen for generelt klausuleret tilskud. Ansøgningen skal bl.a. indeholde indikation og begrundelse for valg af behandling. Vejledende kriterier for enkelttilskud til nogle lægemidler kan du se på www.laegemiddelstyrelsen.dk .	90 dage før ansøgningsdato (kan om nødvendigt sættes 180 dage tilbage).	Meget forskelligt. Nogle enkelttilskud tidsbegrænses til én eller få måneder – de fleste gælder livslangt.
Forhøjet tilskud Sagsbehandlingstid ca. 1 uge	Du kan søge forhøjet tilskud i de helt særlige tilfælde, hvor en patient ikke kan bruge de billigere synonyme lægemidler (samme lægemiddelstof), fx ved allergi over for hjælpestofferne eller uacceptable bivirkninger. Patienten skal normalt have forsøgt behandling med mindst 2 forskellige billigere synonyme lægemidler. Du skal søge tilskud til hver styrke og til hver pakningsstørrelse, du ordinerer.	14 dage før ansøgningsdato.	Livslangt (i enkelte tilfælde kortere tid).
Terminaltilskud Sagsbehandlingstid ca. 1-2 dage	Du kan søge terminaltilskud til døende patienter, når du vurderer, at patienten kun kan forventes at leve i kort tid, typisk få uger til få måneder, samt når hospitalsbehandling med henblik på at blive helbredt er udsigtsløs. Tilskuddet betyder, at patienten får alle lægemidler, som er udskrevet på recept, gratis. Terminaltilskud gælder kun lægemidler og eksempelvis ikke ernæringspræparater og utensilier. Terminalbevilling til dette kan du søge i hjemkommunen.	4 dage før ansøgningsdato (kan i særlige tilfælde sættes længere tilbage).	Tilskud ydes i 1 år. Hvis pt. opfylder betingelserne efter 1 år, vil lægen kunne søge om fornyet bevilling. Lægemiddelstyrelsen orienteres skriftligt, hvis pt. får det bedre.

Korrespondance: Ulla Kirkegaard Madsen, usk@dkma.dk

SSRI-behandling af patologisk gråd efter apopleksi

Af Dorthe Dideriksen*, Ulla Hedegaard*, Per Damkier* og Mette Marie Hougaard Christensen* (forfatterkorrektion)

I dette nummer af Rationel Farmakoterapi bringer vi besvarelse af et spørgsmål stillet til Klinisk farmakologisk afdeling i Odense. Behandling af patologisk gråd er ikke en godkendt indikation for SSRI, og der er derfor tale om *off label* behandling. Dette betyder, at der er skærpet informationspligt overfor patienten.

Spørgsmål

Hvilke selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) bør foretrækkes til behandling af patologisk gråd efter apopleksi?

Svar

Antidepressiva, herunder SSRI-præparater, synes at have en gunstig effekt til behandling af patologisk gråd efter apopleksi. Det er ikke muligt ud fra de tilgængelige data at fremhæve et specifikt SSRI fremfor andre med hensyn til effekt. Grundet det lave interaktionspotentiale og lavere risiko for QT-forlængelse anbefales sertralin frem for de øvrige SSRI'er.

Citalopram og escitalopram kan ved høje doser forlænge QTc-intervallet, og anbefalede maksimumdoser er derfor henholdsvis 40 mg og 20 mg daglig og for ældre 20 mg og 10 mg. Ud fra en kardiologisk synsvinkel bør andre SSRI'er derfor foretrækkes. Fluoxetin og paroxetin er hæmmere af CYP2D6 og fluvoxamin af CYP1A2, så samtidig brug af lægemidler, der metaboliseres af disse enzymer som fx flere antipsykotika, øger risikoen for interaktioner.

Baggrund

Emotionel inkontinens, såsom ukontrollerede udbrud af gråd eller latter, er almindeligt efter apopleksi og rammer omkring 20-25 % af patienterne indenfor de første 6 måneder efter en

apopleksi. Hyppigheden og omfanget fortager sig i løbet af det første år. Dog vil 10-15 % stadig have anfald efter et år, og hos nogle er det et vedvarende problem. Tilstanden opleves af mange apopleksipatienter som pinlig og frustrerende, og grådanfaldene kan medføre, at patienter isolerer sig socialt og får dårligere kontakt med familie og venner.

Patologisk gråd skyldes manglende hæmning af grådrefleksens, som formodentlig skyldes depletering af serotonin i CNS. Tilstanden har vist sig at være reversibel ved administration af SSRI med god og hurtigt indsættende effekt. Virningsmekanismen menes at være en øget ekstracellulær koncentration af serotonin.

Ifølge Dansk Selskab for Apopleksi bør patienter, der oplever patologisk gråd, tilbydes SSRI-behandling, som er effektiv, selv i en beskeden dosis, inden for få dage. Der anbefales ikke specifikke SSRI'er.

Et Cochrane-review analyserede effekten af farmakologisk behandling af emotionel inkontinens efter apopleksi (7 studier med 239 patienter). Man fandt, at antidepressiva reducerer hyppighed og omfang af grådanfald/latteranfald. Dette blev målt som en 50% reduktion i hyppighed af grådanfald (NNT=1,3 [7/9 på SSRI; 0/10 på placebo]; 1 studie), reduceret grådlabilitet (NNT=2,2 [OR 9,4; 95% CI 4,3-20]; 3 studier) og lavere (bedre) score på *Pathological Laughter and Crying Scale* (1 studie). For 2 studier kunne *outcome*-data på emotionel inkontinens ikke anvendes. Effekten synes ikke at være specifik for et enkelt lægemiddel eller lægemiddelgruppe. Fem af de syv studier undersøgte effekten af SSRI: citalopram (1 studie), fluoxetin (2 studier) og sertralin (2 studier); to studier undersøgte tricykliske antidepressiva (amitriptylin og nortriptylin). Forfatterne omtalte dog metodologiske mangler ved flere af studierne, herunder typen

af patienter inkluderet i studierne, anvendt definition og diagnose på emotionel inkontinens, mulig co-morbiditet og generelt dårligt studiedesign. Dette kan have påvirket konklusionen.

Et komparativt studie af paroxetin *versus* citalopram fandt ingen forskel i effekt. Man behandlede 26 patienter og så signifikant effekt efter 1-3 dages behandling med såvel paroxetin som citalopram. Der pågår et større dansk klinisk studie af den neuroprotektive effekt af citalopram efter apopleksi, hvor patologisk gråd er et sekundært endepunkt (Clinical Trial Identifier NCT1937182, www.clinicaltrials.gov).

Blandt SSRI'er er citalopram og escitalopram forbundet med en øget risiko for forlænget QTc-interval, og disse lægemidler er kontraindicerede til patienter med kendt forlænget QTc-interval og bør anvendes med forsigtighed til patienter med hjertesygdom. Fluvoxamin er en potent CYP1A2-hæmmer og kan medføre stigning i plasmakoncentrationen af lægemidler, der metaboliseres af CYP1A2, eksempelvis clozapin. Tilsvarende er fluoxetin og paroxetin potente CYP2D6-hæmmere og kan medføre stigning i plasmakoncentrationen af lægemidler, der metaboliseres af CYP2D6, såsom risperidon og metoprolol. Sertralin har derimod et lille potentiale for interaktioner og er førstevalg til behandling af depression.

Korrespondance

Dorthe Dideriksen, ddideriksen@health.sdu.dk

Litteraturreferencer og habilitet

Se artiklen med alle referencer samt forfatternes habilitetserklæringer på www.irf.dk

Nye IRF-præparatanmeldelser

- Entresto – til behandling af patienter med hjertesvigt og symptomer trods maksimal ACE-hæmmer/ATII-antagonist-behandling
- Incruse – ny LAMA i flokken
- Intuniv – ikke-centralstimulerende ADHD-lægemiddel med anderledes bivirkningsprofil

Se dem på www.irf.dk

* Afdeling for Biokemi og Klinisk Farmakologi, Odense Universitetshospital