

NYTT OM LEGEMIDLER

Refusjon av legemidler til behandling av sjeldne sykdommer

Fra 1. februar 2019 overtar de regionale helseforetakene (RHF) finansieringsansvaret for legemidler mot sjeldne sykdommer som behandles i spesialisthelsetjenesten (1). Endringen er en oppfølging av den politiske beslutningen om at finansieringsansvaret skal følge behandlingsansvaret. Dette innebærer at budsjettmidler overføres fra folketrygden til RHF, og at Sykehusinnkjøp får ansvaret for anskaffelser slik som for andre sykehuslegemidler.

Hvilke legemidler?

I tillegg til 62 legemidler for behandling av ulike sjeldne sykdommer (blant annet Gauchers sykdom, Fabrys sykdom og mukopolysakkaridose), får RHF finansieringsansvar for to legemidler for behandling av veksthormonforstyrrelser. Oversikt over hvilke legemidler dette gjelder er tilgjengelig på helsedirektoratet.no (2).

Hva betyr dette i praksis?

Det vil ikke lenger innvilges refusjon gjennom folketrygden, hverken på blå resept eller individuell refusjon, for disse legemidlene. Fra 1. februar må alle resepter:

- Være forskrevet av sykehuslege eller avtalespesialist som er godkjent av, eller har inngått avtale om slik forskrivning med RHF.
- Være merket som H-resept.
- Inneholde en refusjonskode (basert på ICD-10 diagnosekodeverket).

Overgangsordning for pasienter som allerede står på behandling:

Pasienter som allerede behandles med de aktuelle legemidlene kan fortsette som før inntil videre. Blåresept forskrevet før 1. februar 2019 kan benyttes så lenge resepten er gyldig.

Se ytterligere informasjon om legemidler finansiert av helseforetakene (H-resepter) på helsedirektoratet.no (3).

Ikke lenger krav om samtykke for å åpne reseptformidleren

En forskriftendring fra 1. januar 2019 innebærer at leger ikke lenger må be om pasientens samtykke for å åpne reseptformidleren i e-resept (4). Dette vil gjøre det enklere for legene å skaffe seg rask tilgang til informasjon om pasientens gyldige resepter, og å holde orden i reseptformidleren ved å tilbakekalle uaktuelle resepter.

Direktoratet for e-helse har påvist at rundt 15% av pasientene har doble resepter. Det vil si to gyldige resepter med samme virkestoff og dosering (5). Det tidligere kravet om pasient-samtykke kan ha bidratt til dette.

På sykehus kan det være utfordrende å innhente samtykke, spesielt i akutte situasjoner. Heretter slipper legene å føle at de «bryter loven». I tillegg finnes det nå færre unnskyldninger for å ikke rydde i reseptformidleren ved forskrivning eller seponering av legemidler, eller i forbindelse med legemiddelsamstemming ved utskriving av pasienter og skriving av epikriser.

Kravet om samtykke erstattes av muligheten til å blokkere mot innsyn i reseptformidleren (6). Leger bør informere pasientene om nytten av å gi behandlende leger innblikk i deres legemiddelbruk.

Referanser:

1. <https://helsedirektoratet.no/horinger/overforing-av-finansieringsansvar-for-legemidler-til-de-regionale-helseforetakene-i-2019> (10.01.2019).
2. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Horinger/legemiddelhoringer/horinger%202018/Overforing%202019%20legemiddelliste.pdf> (10.01.2019).
3. <https://helsedirektoratet.no/legemidler/helseforetaksfinansierte-legemidler-brukt-utenfor-sykehus-h-reseptlegemidler> (10.01.2019).
4. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-12-08-1952> (10.01.2019).
5. <https://ehelse.no/SiteCollectionDocuments/Forprosjektrapport%20-%20Kvalitet%20i%20e-resept%202017.pdf> (10.01.2019).
6. <https://helsenorge.no/e-resept-og-mine-resepter/personvern-og-sikkerhet-for-e-resepter#Blokkere-helsepersonell-fra-%C3%A5-se-dine-resepter> (10.01.2019).
7. https://www.ema.europa.eu/documents/prac-recommendation/prac-recommendations-signals-adopted-1-4-october-2018-prac-meeting_en.pdf (10.01.2019).
8. Hammerstad SS, Grock SF, Lee HJ, et al. Diabetes and hepatitis C: A two-way association. *Front Endocrinol* 2015 sep 14;6:134.
9. Hum J, Jou JH, Green PK, et al. Improvements in Glycemic control of type 2 diabetes after successful treatment of hepatitis C virus. *Diabetes Care* 2017;40:1173-1180



Økt risiko for hypoglykemi etter oppstart av direktevirkende antiviral behandling

Etter en gjennomgang av bivirkningsdata anbefaler europeiske legemiddelmyndigheter at diabetespasienter med kronisk hepatitt C følges tett etter oppstart av antiviral behandling for å redusere risikoen for hypoglykemi (7).

Pasienter med hepatitt C har økt risiko for diabetes type 2. Prevalensen av diabetes type 2 er 10 - 30% av disse pasientene (8).

Pasienter med kronisk hepatitt C som starter med direktevirkende antiviral behandling oppnår bedre blodsukkerkontroll, redusert fastende blodsukker, lavere HbA1C og mindre behov for antidiabetika (9). De må derfor følges tett de første tre månedene etter oppstart av behandling for eventuell justering av diabetesbehandlingen.

Nye forsiktighetsregler

Det er viktig at legen som er ansvarlig for diabetesbehandlingen informeres ved oppstart av hepatitt C-behandling, slik at jevnlig blodsukkerkontroller kan gjennomføres.

Preparatomtale og pasientinformasjon til alle direktevirkende antivirale legemidler mot kronisk hepatitt C vil oppdateres med denne informasjonen.