

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 35 • NR 4 • DECEMBER 2010

UR INNEHÅLLET:

Lokalbehandling av akne – nya och gamla krämer i arsenalen 16

Nya rekommendationer för behandling av akut mediaotit 18

Mat vid diabetes – ny SBU-rapport 20

Gamla huskurer som kanske kurerar barnens hosta 22

Ordförande har ordet

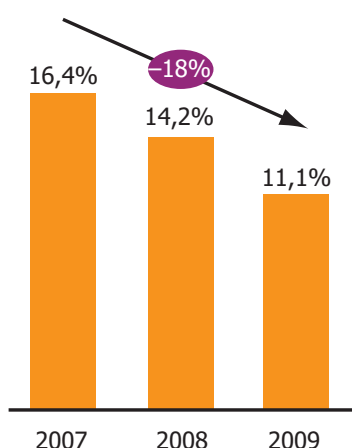
Öppna jämförelser

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

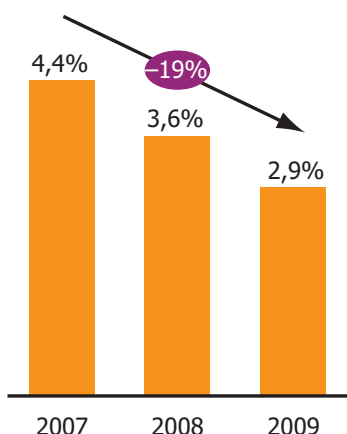
2009 års öppna jämförelser har nyligen offentliggjorts (<http://korta.nu/kdge5>). Inom läkemedelsområdet hävdar sig Jämtlands län fortfarande bra, särskilt vad

gäller äldres läkemedelsbehandling och antibiotika. Riksgenomsnittet för de äldres läkemedelsbehandling har successivt förbättrats:

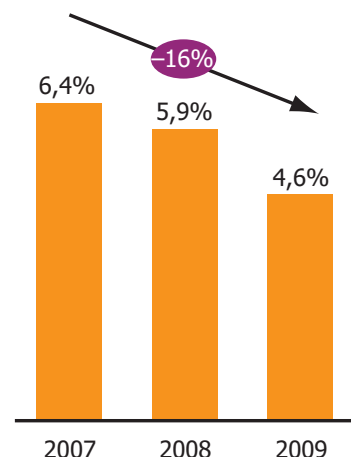
Andel invånare 80 och äldre med tio eller fler läkemedel



Andel invånare 80 år och äldre med riskfyllda läkemedelskombinationer*



Andel invånare 80 år och äldre med fler än tre psykofarmaka



Not: Grafernas årtal avser respektive publikation av SKL Öppna jämförelser. Värdena har uppmätts den 31 december innan respektive års början.

* Avser läkemedelsinteraktioner av typ C eller D, dvs. "som kan leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svår att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas."

Källa: SKL Öppna jämförelser 2007–2009.

OMSLAGSFOTO: GUDRUN JONASSON

JÄMTmedel

Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands läns landsting

www.jll.se/lakemedel

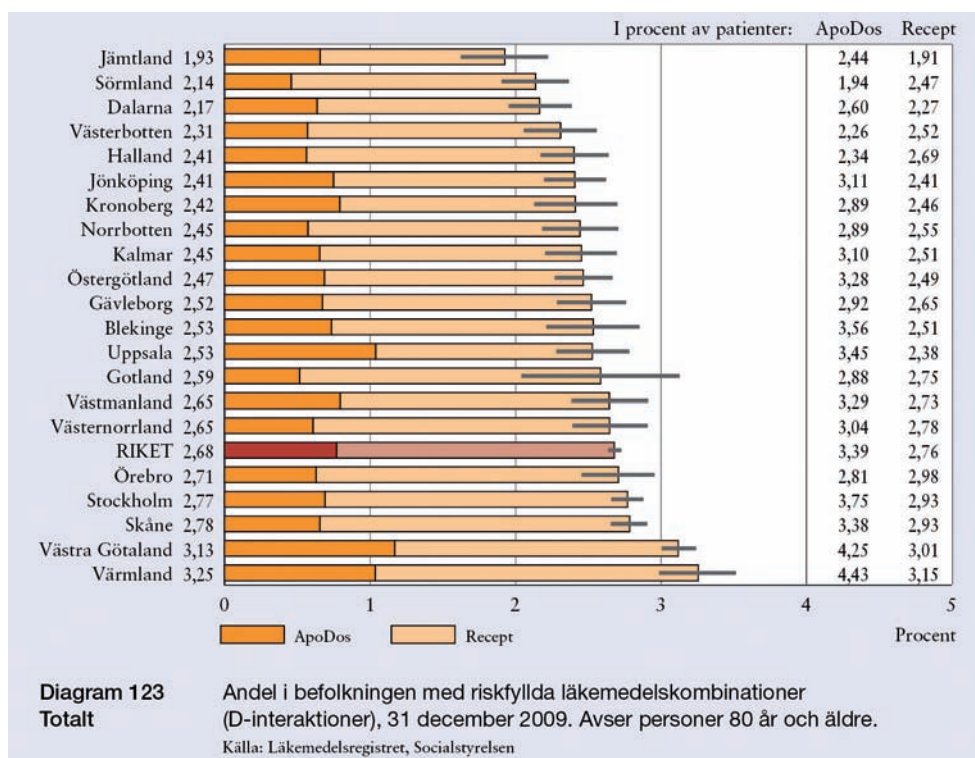
REDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE Per Magnusson

REDAKTION Järpens hälsocentral • Skolvägen 29 • 830 05 Järpen • per.magnusson@jll.se

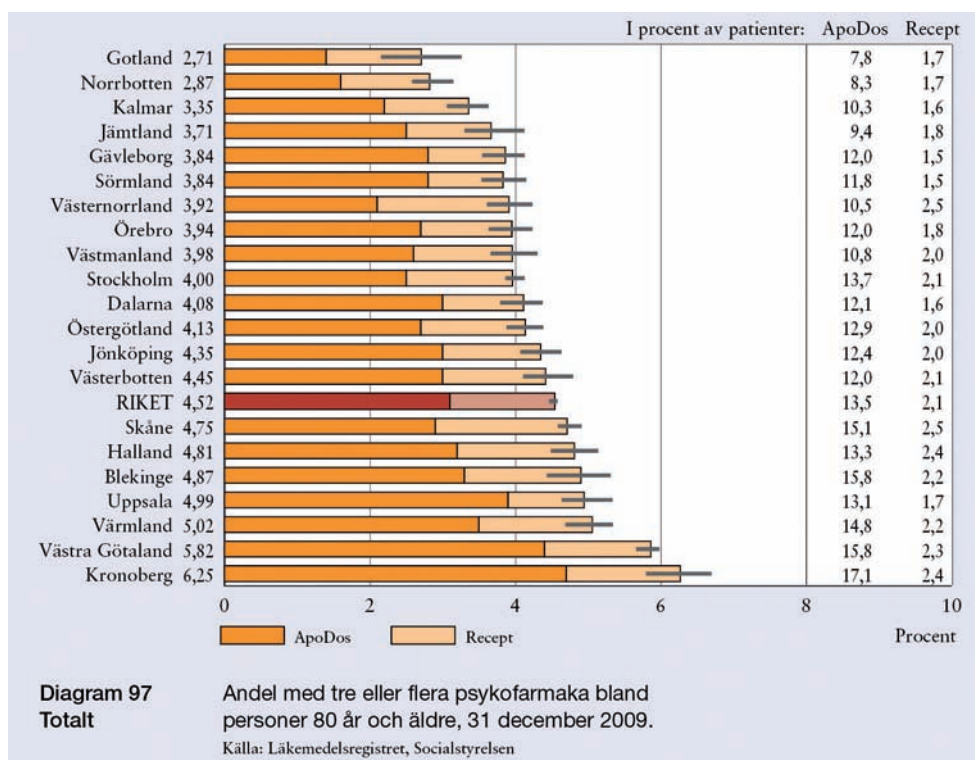
För ändring av adress eller antal, kontakta Maria Johansson: maria.k.johansson@jll.se

GRAFISK FORM & LAYOUT Jonasson grafisk design

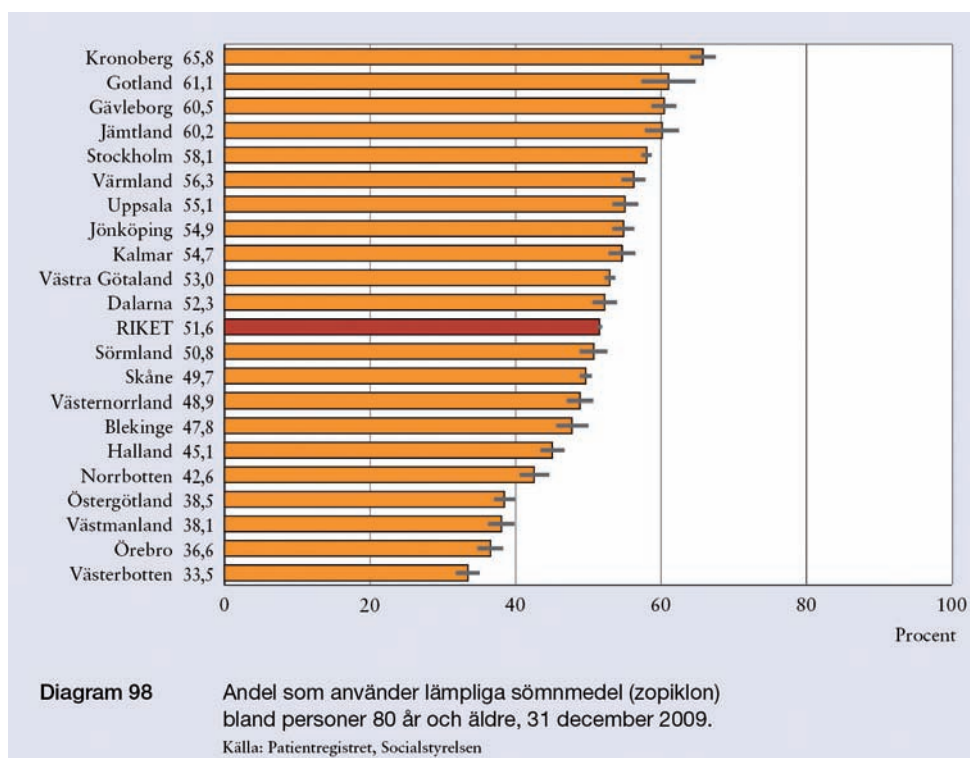
TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2010



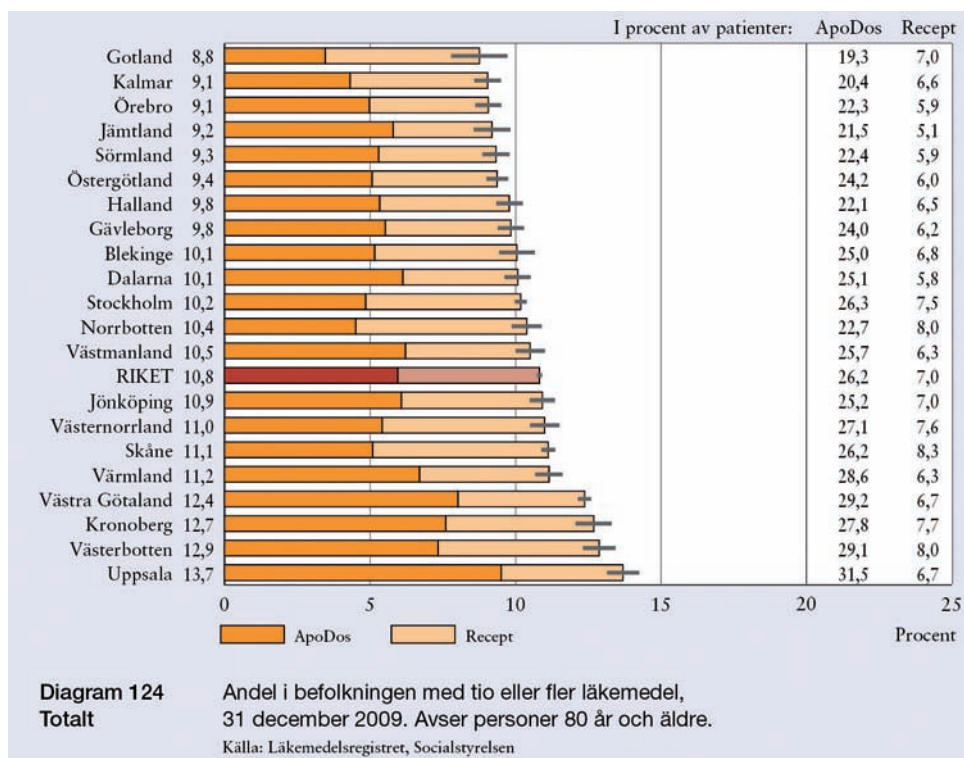
I detta mått har jämtland legat i topp flera år, trots att vi inte har inbyggd interaktionsvarning i vår läkemedelsmodul LM i VAS. Man ska komma ihåg att i vissa fall kan det vara medicinskt befogat att behandla en patient med två läkemedel som interagerar på D-nivån. Det innebär att man aldrig når noll i denna mätning.



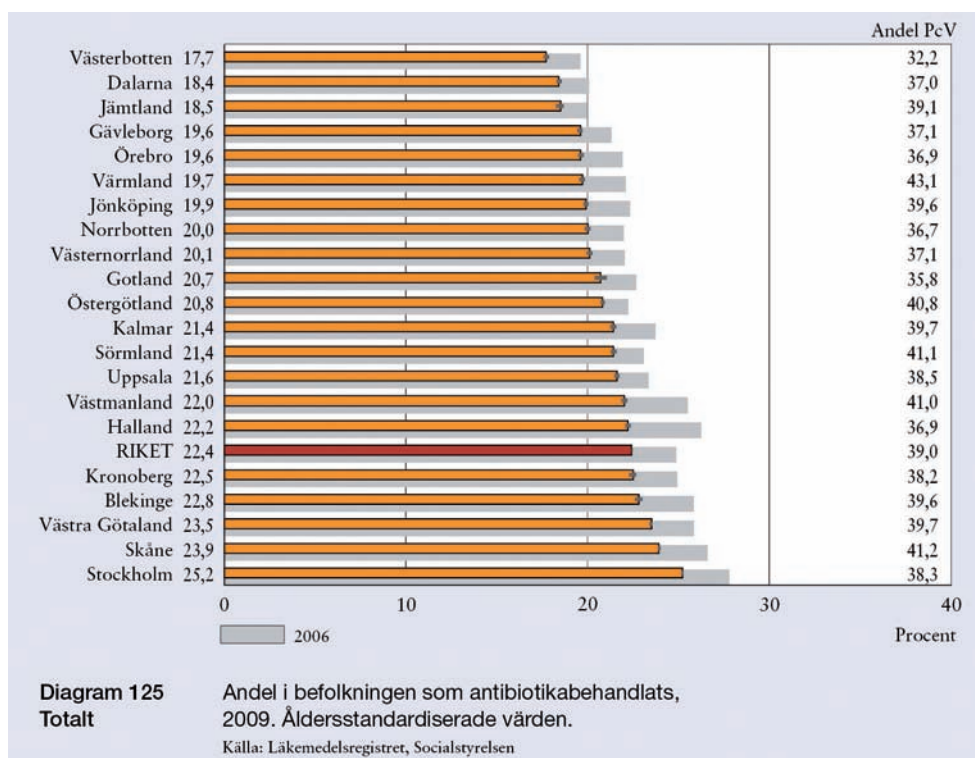
När äldre får många läkemedel som påverkar hjärnan ökar risken för oönskade effekter.



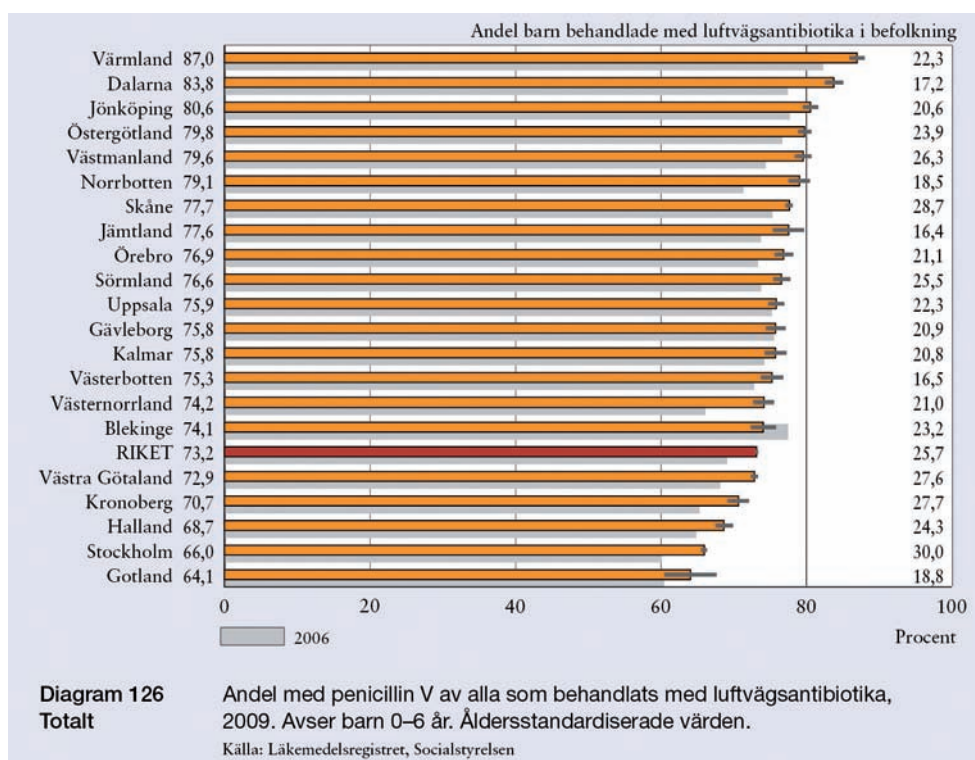
Socialstyrelsen rekommenderar zopiklon i första hand när läkemedel är indicerat för behandling av sömnstörningar hos äldre (<http://korta.nu/lwq4>).



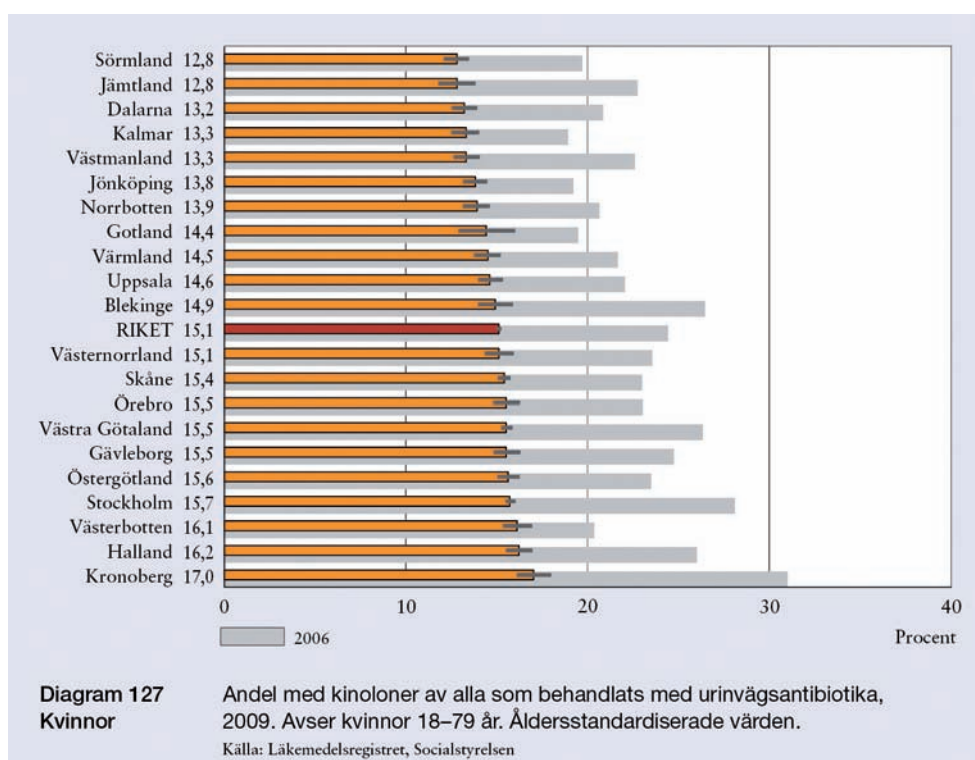
Användning av många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordination (<http://korta.nu/lwq4>).



Den totala användningen av antibiotika har minskat sedan 2006 i hela landet. Minskningen ser nu ut att ha avstannat (<http://korta.nu/1o92n>).



Liksom i de flesta län har andelen penicillin V ökat i vårt län jämfört med 2006, vilket minskar risken för resistensutveckling hos bakterier.



Det är glädjande att andelen som behandlas med kinoloner har minskat vid denna indikation. Minskningen har de sista åren avstannat (<http://korta.nu/1o92n>).

INNEHÅLL

Öppna jämförelser.....	2
Rapport från internationell konferens om läkemedelsindustrins marknadsföringsmetoder	8
Styrdokument för säkrare läkemedelshantering	11
– God läkemedelshantering hos äldre i öppenvård i Jämtlands län .	11
– Den gemensamma läkemedelslistan – gemensamt ansvar	13
Prescrire International	15
Lokalbehandling av akne – nya och gamla krämer i arsenalen	16
Nya rekommendationer för behandling av akut mediaotit	18
Mat vid diabetes – ny SBU-rapport.....	20
Sju dagars behandling är inte sämre än fjorton dagar!	21
Gamla huskurer som kanske kurerar barnens hosta	22
Nytt från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	24

RAPPORT FRÅN internationell konferens om läkemedelsindustrins marknadsföringsmetoder



PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN, JÄMTLANDS LÄN
HÅKAN LARSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN, VÄSTERBOTTENS LÄN

Samtliga publicerade med
tillstånd från Gezonde Sceptis.

Konferensen, som är den första i sitt slag, hade över två hundra deltagare från mer än trettio länder och hölls 7–8 oktober i Amsterdam¹. Den arrangerades av den holländska organisationen Gezonde Sceptis med stöd av holländska hälsoministeriet. Talare var kända debattörer men även representanter för forskning, läkemedelsindustri och patientorganisationer. Deltagarna representerade ett flertal olika organisationer inklusive läkemedelsindustrin. Det finns planer genomföra denna typ av konferenser vartannat år. Här följer referat från några av föreläsningarna.



Per Magnusson och Håkan Larsson.

Sex, Lies and Pharmaceuticals

Förste talare var **Ray Moynihan**, journalist och medarbetare i British Medical Journal. Han är en av dem som myntade begreppet »selling sickness» med sin bok med samma namn från 2005. Female sexual dysfunction (FSD) är det nya begrepp han utforskat och han är medförfattare till en bok om detta fenomen och hur läkemedelsindustrin försöker slå mynt av det. Boken heter »Sex, Lies, and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction». Han beskrev hur gränserna för vad som är sjukt tänjs; FSD sägs i en rapport i JAMA 1999 drabba 43 procent av alla kvinnor.² Denna rapport har citerats över tusen gånger. Arton av de nitton deltagarna som fastslog kriterierna för FSD hade bindningar till industrin. Ett av kriterierna för FSD är avsaknad av intresse för sex: hypoactive sexual desire disorder

(HSDD). I studier som sponsrats av industrin anges upp till 30 procent av alla kvinnor uppfylla kriterierna för detta tillstånd³, som föreslagits omdöpas till Sexual Interest/Arousal Disorder in Women i DSM-V.⁴



DSM-V



DSM-V är nästa version av diagnoskriterier för psykiatriska tillstånd. **Allen Frances**, som ledde arbetet med DSM-IV, talade om den nya versionen och menade att flera av de nya diagnoser som tillkommit sannolikt leder till överdiagnostik.

Nya föreslagna diagnoser i DSM-V⁵:

- Psychosis risk syndrome
- Mixed anxiety depression
- Minor neurocognitive disorder
- Temper dysregulation disorder
- Binge eating disorder

Psychosis risk syndrome kan förefalla vara en välgrundad idé eftersom tidig behandling vid psykosinsjuknande sannolikt förbättrar långtidsprognosen. Men beräkningar har visat att man behöver behandla mellan tre och nio unga människor med risk för psykos för att en ska slippa drabbas av utvecklad sjukdom. Den behandlingen medför biverkningar, bland annat viktuppgång. De nya föreslagna diagnoserna riskerar medföra sjukförklaring av tillstånd inom normalvariationen och risk för övermedicinering. Diagnoskriterier borde ha regulatoriskt godkännande precis som läkemedel.

Allen Francis menade att det inte finns bindningar mellan de som arbetar med den nya DSM-V och läkemedelsindustrin. Däremot har många av deltagarna sina egna »kelgrisar« bland diagnoser som de forskat om i många år vilket medför att de har svårt att se objektivt på frågorna.

DSM har tagits upp i en rad reportage av Sveriges Radios vetenskapsredaktion⁶, där bland andra Allen Francis intervjuas.

Läkemedelspatent

Ekonomen **Dean Baker** talade om hur läkemedelspatent snedvrider forskningen. De medför att det lönar sig för företagen att ta fram kopior av läkemedel, exempelvis nya NSAID eller statiner som inte tillför något nytt. Forskning på områden med liten lönsamhet för nya läkemedel blir eftersatt, till exempel antibiotika. Forskningsresultat hemlighålls med hänvisning till affärssekretessen. Behandlingar som inte kan patenteras blir inte utforskade, till exempel vitaminer. Dessutom blir utbildning och marknadsföring snedvriden mot de dyrare patenterade läkemedlen. Marknadsföringen riskerar att gå över gränsen och närma sig mutor.

Han framförde en idé om att forskningen som finansieras av samhället via läkemedelssubventioner skulle ske via kontrakt. Företag skulle få tävla om mångåriga kontrakt på utveckling av nya farmaka inom ett område. Alla forskningsresultat skulle pub-

liceras i sin helhet och utan dröjsmål. De utvecklade produkterna skulle sedan kunna tillverkas och säljas fritt av flera företag och därmed skulle mycket av incitamenten för snedvridningen av både forskning och marknadsföring försvinna.





Fas IV-studier



Trudy Dehue, professor i vetenskapsteori och vetenskapshistoria, talade om kliniska studier som marknadsföringinstrument. Dessa studier utförs i allt större utsträckning av särskilda forskningsföretag (Contract Research Organisations) som skräddarsyr fas-IV-studier för att passa läkemedelstillverkarnas behov av marknadsföring. Hennes rekommendation var att studierna istället ska styras av patienters behov och att det därför ska finnas ett finansiellt oberoende led mellan kliniska forskare och läkemedelstillverkarna.

Healthy Skepticism

Siste talare var allmänläkaren och professorn **Peter Mansfield** från Australien. Han grundade 1983 nätverket Healthy Skeptisism⁷ som är förebild för Gezonde Sceptis. Målet för detta internationella nätverk är ökad hälsa genom minskade skador av vilseledande hälsoinformation. Nätverket har mycket små resurser men har ändå fått ökat inflytande.



REFERENSER

1. Gezonde Sceptis <http://korta.nu/ded2>
Video från konferensen: <http://korta.nu/ypd9x>
Power-point-bilder från konferensen: <http://korta.nu/OH-bilder>
2. Laumann E et al. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA 1999;281:537-44. <http://korta.nu/c9d4>
3. Laumann E et al. Sexual problems among women and men

- aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. IJIR 2005;17:39-57. <http://korta.nu/7ef6>
4. www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=432
 5. <http://korta.nu/5536>
 6. <http://korta.nu/w0cvo>
 7. <http://korta.nu/dw0y9>

Styrdokument för säkrare läkemedelsbehandling

I arbetet med att minska läkemedelsfel i vården övergångar har två styrdokument tagits fram:

- **God läkemedelsbehandling hos äldre i öppen vård i Jämtlands län.** Riktlinjer för vårdens struktur och rutiner för samverkan mellan landsting och kommun.
- **Den gemensamma läkemedelslistan – gemen-**

samt ansvar. Rutiner för användning av läkemedelslista LM i VAS.

Arbetet har gjorts i en arbetsgrupp med representanter för sjukhusvård, primärvård och kommunerna i länet. En utbildningssatsning förbereds för att sprida ökade kunskaper om den gemensamma läkemedelslistan.

God läkemedelsbehandling hos äldre i öppenvård i Jämtlands län

Riktlinjer för vårdens struktur och rutiner för samverkan mellan landsting och kommun

PROJEKTGRUPPEN FÖR SÄKER LÄKEMEDELHANTERING I VÅRDENS ÖVERGÅNGAR.

SAMMANSTÄLLT AV PER MAGNUSSON, DISTR.LÄKARE JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, ORDF. LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Utvecklingen under senaste årtionden har medfört att äldre har allt fler läkemedel vilket bidragit till ökad livslängd och livskvalitet. Men många gånger är läkemedelsbehandlingen nu så komplex att risken för oönskade effekter är stor.

Den äldre människan med kontinuerlig läkemedelsbehandling ska inte bara ha en årlig genomgång av sin medicinering utan fortlöpande uppföljning och bedömning av sitt totala medicinska status, med ev provtagning, i samråd med patienten och anhöriga.

Detta dokument innehåller grundläggande krav på vårdens organisation och samarbetet mellan landstinget och kommunerna för att äldres läkemedelsbehandling ska bli säker och effektiv.

Kontinuitet

Varje särskilt boende, liksom alla äldre med kontinuerlig medicinering, bör ha namngiven fast allmänläkare som kan ta samordningsansvar för patientens totala läkemedelsbehandling. Det ska finnas klara rutiner för vikarie vid dennes frånvaro/semester. Vid brist på ordinarie läkare skall patienten erbjudas läkare med högsta möjliga kontinuitet. Lika viktigt är kontinuitet för sjuksköterskor och övrig personal på boenden och i hemsjukvården eftersom läkaren är beroende av personalens observationer om patienten själv inte kan kommunicera.

Kompetens

Läkaren ska vara specialist i allmänmedicin eller ha tillräcklig annan kompetens. För läkare under utbildning (ST-läkare i allmänmedicin) ska det finnas handledare. Kommunens sjuksköterskor och undersköterskor måste ha tillräcklig kompetens för att teamarbetet ska kunna fungera. Sjuksköterskan bör ha genomgått utbildning för egen förskrivningsrätt eller en motsvarande utbildning. Det ger bra kompetens i läkemedelsfrågor. När det finns sjuksköterska med förskrivningsrätt i kommunen är det önskvärt att hon/han om möjligt förskriver de varor och läkemedel som ingår i förskrivningsrätten till samtliga patienter som har kommunala insatser för läkemedelshandling. På så sätt kan läkaren utnyttjas effektivare till de uppgifter som kräver läkarkompetens.

Det är särskilt viktigt att läkare som sköter äldres läkemedelsbehandling, liksom sjuksköterskor och undersköterskor på äldreboenden och i hemsjukvård, får tillräcklig och producentbunden fortbildning i läkemedelsfrågor.

Tid

För att ronder och läkemedelsgenomgångar ska kunna genomföras med god kvalitet behövs tillräckligt med tid avsatt. Ett riktmärke kan vara tre och en halv minut/patient/vecka i äldreboenden eller hemsjuk-

vård, men tiden kan behöva anpassas uppåt vid behov. Uppföljningar kan behöva ske ofta – många gånger ändras patientens tillstånd snabbt efter förändringar i läkemedelsbehandlingen. Möjlighet till direktkontakt med läkaren per telefon mellan ronder ska finnas. Denna patientgrupp har ofta nedsatt autonomi och ska därför prioriteras högt av vården.

Ronder bör ske på eller i nära anslutning till boenden för att besök hos patienten lätt ska kunna göras och för att undersköterskor som känner patienten närmast ska ha möjlighet att delta.

Dokumentation

Vid ronden ska det finnas samtidig tillgång till patientens hela journaldokumentation från *både* landsting och kommun. Anteckningar som dikteras måste bli införda snabbt för att finnas tillgängliga vid uppföljning. Funktionen Läkemedelsnotat knutet till ett läkemedel bör användas för att andra vårdgivare lätt ska få information om tanken bakom en ordination. Det ska finnas möjlighet att skriva ut patientens aktuella läkemedelslista på papper så att den kan användas som stöd vid administreringen av läkemedlen.

När patientens läkemedelshantering har övertagits av kommunens sjuksköterska ska detta framgå i landstingets journal, lämpligen i sökordet socialt och/eller i OBS-rutan.

IT-stöd

Vid ronder ska det finnas möjlighet till internetuppkoppling till relevanta informationskällor. Exempel: [Z-läkemedel](#), [Fass](#), 1177, [SFINX](#).

Läkemedelsgenomgång

Strukturerad uppföljning med användande av validerat symtomskattningsformulär bör användas årligen och oftare vid behov. Möjlighet att anlita apotekare för deltagande i läkemedelsgenomgång ska finnas. Det underlättar en mer genomgripande bedömning av patienternas läkemedelsbehandling och blir ett bra fortbildningstillfälle för all personal. Särskilt i situationer av läkarbrist eller dålig läkarkontinuitet kan apotekarmedverkan vara lämplig.

SJUKSKÖTERSKA ska inför årlig förlängning av recept/dosrecept för långvarig behandling eller vid de tillfällen det finns behov av genomgång av ordinerade läkemedel, exempelvis vid fallriskbedömning, förbereda med:

– Tillsammans med patient och/eller närstående fylla i symtomskattningsformulär (<http://korta.nu/90c4>)

- Efter samråd med läkaren ta prover
 - Göra en sammanställning av patientens aktuella läkemedelsanvändning
- Efter genomförd läkemedelsgenomgång:
- Dokumentera symtomskattningen och gjorda förändringar i läkemedelsordinationer i omvårdnadsjournal
 - Bevaka och genomföra beslutade uppföljningar
- LÄKARE ska vid genomgången:
- Utifrån symtomskattningsformulär och provsvar göra lämpliga förändringar och förlänga ordinationer i samråd med patient och/eller närstående samt vårdpersonalen.
 - Dokumentera orsaken till förändringar, lämpligen i Läkemedelsnotat i LM i VAS och vid behov även i journaltext i VAS.
 - Besluta om lämplig uppföljning.

Safe Medication Assessment (SMA)

(Manual: <http://korta.nu/489b>)

Instrument: <http://korta.nu/3521>)

SMA är ett instrument för bedömning av patientens läkemedelsanvändning som kan användas av sjuksköterska. Det möjliggör en systematisk bedömning och uppföljning av patientens läkemedelsanvändning. Problem som kan utgöra risker för en osäker läkemedelsanvändning identifieras och tydliggörs med hjälp av bedömningen. Denna kan användas som underlag för planering och genomförande av vård och behandling, för dokumentation i patientjournalen samt för återföring och diskussion med läkare.

LITTERATUR

Claes Lundgren. **FAS-UT 2 Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling** www.fasut.nu/ **Nationella kvalitetsindikatorer Vården och omsorgen om äldre personer** Socialstyrelsen 2009 <http://korta.nu/9fd7>

Anvisningar för dosexpedition i Norra Regionen <http://korta.nu/538f>

Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre Socialstyrelsen 2010 <http://korta.nu/0bba>

Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? SBU 2009 <http://korta.nu/8946>

Mariann Hedström, RN, PhD, Bodil Lidström, leg apotekare, PhD, Kerstin Hultér Åsberg, MD, PhD. **PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende.** VÅRD I NORDEN 4/2009. PUBL. NO. 94 VOL. 29 NO. 4 PP 9–14. <http://korta.nu/8e85>

Patrik Midlöv. **Drug-related problems in the elderly – Interventions to improve the quality of pharmacotherapy.** Clinical and Experimental Pharmacology Department of Laboratory Medicine Lund University Lund 2006 ISBN 91-85559-04-0 <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=546892&fileId=546893>

Den gemensamma läkemedelslistan – gemensamt ansvar

Rutiner för användning av läkemedelslista LM i VAS

Den gemensamma läkemedelslistan **LM** i VAS är viktig, inte minst för patientsäkerheten. Den skall alltid vara fullständig och uppdaterad för att kunna vara ett säkert och tillförlitligt redskap i sjukvården.

- Att hålla den gemensamma läkemedelslistan uppdaterad är ett gemensamt ansvar för alla som arbetar i den.
- Den som är behörig uppdaterar själv.
- Den som inte har behörighet att ändra i listan, men upptäcker ett behov av ändring, kontaktar behörig ordinator.

Om den gemensamma läkemedelslistan LM hålls uppdaterad, behövs ingen särskild dokumentation av patientens samlade läkemedel vid en viss tidpunkt på andra ställen i journalen, till exempel epikrisen.

Dessa rutiner utgår från nationella rekommendationer från LOK – Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer – som angetts i dokumentet *Samlad läkemedelslista – ansvar och riktlinjer för hantering i öppen vård 091211* (<http://korta.nu/a73d>), och har anpassats för Jämtlands Läns Landsting och VAS.

Föreskrifter

Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1 med ändringar 2001:17) (<http://korta.nu/ff04>) bland annat angett att:

Inom annan hälso- och sjukvård än slutenvård skall den sjuksköterska eller läkare som ansvarar för vården av en patient svara för att aktuella läkemedels-

ordinationer finns samlade på ett ordinationskort eller på en annan ordinationshandling. Kortet eller handlingen skall signeras och det skall framgå vem som ordinerat respektive läkemedel. (3 kap, § 4)

Inom slutenvård ska läkemedelsordinationerna föras in i en särskild ordinationshandling. Den som ordinerar läkemedel ska med sitt signum i ordinationshandlingen bekräfta varje ordination och ändring av tidigare införda ordinationer... (3 kap, § 3).

En läkemedelsordination ska innehålla uppgifter om läkemedlets namn, läkemedelsform, styrka, dosering, administrationssätt och tidpunkterna för administrering... (3 kap, § 7)

Tolkning av föreskrifter

- Det ska finnas en läkemedelslista med patientens samlade läkemedel.
- Läkemedelslistan är att betrakta som en journalhandling.
- Ingen enskild person är ansvarig för hela läkemedelslistan, utan varje ordinator är ansvarig för sin egen ordination.
- Ordinatorens är skyldig att informera sig om vilka eventuellt övriga läkemedel som patienten använder, att ta ställning till hur detta påverkar ens ordination eller uppföljningen av en behandling och att ta ställning hur den nya ordinationen påverkar tidigare ordinationer.
- Ordinatorens är ansvarig för att aktuell ordination är lämplig utifrån patientens status och behov samt mot bakgrund av tillgänglig historik.

fortsättning nästa sida

RUTINER FÖR HANTERING AV GEMENSAM LÄKEMEDELSLISTA LM

Läkemedelsavstämning (Aktualisering av läkemedelslistan)

- De för läkemedelsavstämning framtagna checklistorna för öppen resp. sluten vård bör användas.
- Efter läkemedelsavstämning ska läkemedelslistan avspegla de läkemedel patienten tar vid aktuellt tillfälle.
- Innan ett läkemedel ordinerar skall förskrivaren ta del av den gemensamma läkemedelslistan för att kunna ta ställning till hur interaktioner eller andra följder av övrig medicinering påverkar ordinationen.
- Vid varje planerad vårdkontakt och vid varje inläggning för slutenvård ska hälso- och sjukvårdspersonal göra en avstämning med patienten om denne fortfarande tar alla läkemedlen på listan, *eller* om det finns läkemedel som patienten tar som inte finns med på listan (t.ex. receptfria läkemedel, se nedan). Därefter ska LM uppdateras. Den som själv inte är behörig för detta kontakter behörig ordinator.
- Vid tveksamhet till det medicinskt lämpliga i en utsättning patienten gjort själv bör hälso- och sjukvårdspersonal informera den ursprungliga ordinatören av läkemedlet i fråga (patientens medgivande ska vid behov inhämtas), alternativt be patienten kontakta ordinerande enhet.

Ordination, ändring eller utsättning av läkemedel

- Vid varje ordination ska ordinationsorsak anges i fältet för patientanvisning. Fältet »Indikation« i vyn »Ord_med_rec« kan med fördel användas.
- Vid iterering av en ordination som tidigare gjorts av annan ordinator, tar man över ansvaret för att indikationen för ordinationen kvarstår och att ordinationen är fortsatt lämplig med hänsyn till övrig medicinering och övriga kända förhållanden.

- Läkemedel som är tänkta för en viss tids behandling ska ordinerar med beteckningen K för kur i fältet doseringstyp och behandlingstiden ska anges i fältet för behandlingstid. På det sättet sätts läkemedlet automatiskt ut när behandlingen avslutas.
- Om doseringen av ett läkemedel ändras eller om det sätts ut, är vårdgivaren ansvarig för att detta registreras i LM. Viktig information relaterad till insättning, ändring eller utsättning ska dokumenteras i funktionen »Läkemedelsnotat«, exempelvis planering kring uppföljning, dositering, avsteg från rekommendationer eller orsak till utsättning.
- Funktionen »Läkemedelsnotat« är en journalhandling som är kopplad till läkemedlet. Notatet följer *inte* med e-receptet till apoteket eller till patientens utskrivna läkemedelslista.
- Läkemedel som patienten fått via rekvisition eller på annat sätt utan att recept skrivits i LM antecknas via menyval »Läkemedel_utan_rec«.
- Läkemedel som patienten fått på annat håll eller köpt själv, ska registreras i LM med angivande av ordinator. Funktionen »Läkemedel_utan_rec« används och i fältet doseringstyp anges »A« för annan ordinator. När läkemedlet är köpt receptfritt kan det anges med »RECEPTFRITT« i fältet doseringstyp.
- Vid återinsättande eller upprepning av en tidigare given behandling ska läkemedlet ordinerar via »utsatta läkemedel«, och inte direkt via »ord_med_rec«. Detta för att hålla listan över utsatta läkemedel överskådlig.
- Historik över ordinationsförändringar och indikationer kan ses via funktionen »visa_tidiGare_ord«.

Övrigt

- Efter varje varaktig eller väsentlig förändring i LM ska ett exemplar av patientens aktuella läkemedelslista skrivas ut på papper och ges till patienten eller skickas per post. Detta gäller även patienter som har

dosexpedierade läkemedel. Patienten ska informeras om att LM-utskriften är den gällande ordinationshandlingen, inget annat. Handskrivna läkemedelslistor ska inte förekomma.

- Vid förskrivning ska det vara säkerställt att aktuella läkemedel kan hämtas ut från apoteket så att behandling kan inledas utan olämplig fördröjning eller inget behandlingsuppehåll sker.
- Använder patienten dosexpedierade läkemedel, ska ordinationen ske i e-dos om inte särskilda skäl kräver annat.
- Allvarliga läkemedelsreaktioner, läkemedelsallergier och läkemedelsbiverkningar ska registreras under knappen »Varning» (SOSFS2008:14 (M) 3 kap, § 6) (<http://korta.nu/e167>).
- Vid ordination av läkemedel för vilket patienten kräver sekretess, ska sekretessfunktionen i LM aktiveras för det sekretessbelagda läkemedlet.
- Det är lämpligt att patienter med många läkemedel har en fast läkarkontakt som är specialist i allmänmedicin och som tar övergripande ansvar för läkemedelsbehandling och -användning samt för att uppföljning sker.

- Be gärna patienten att i lugn och ro gå igenom den utskrivna läkemedelslistan och höra av sig om det är något som inte stämmer med hur han eller hon tar läkemedlen.

Utbildning

- Alla nyanställda läkare och annan personal som har behörighet att ordinera i LM ska vid anställningens början erhålla utbildning i användningen av LM-modulen i VAS enligt dessa rutiner.
- Vid ikraftträdande av dessa rutiner ska all personal med behörighet att ordinera läkemedel delta i utbildning i användning av den gemensamma läkemedelslistan LM. Läkemedelskommittén ansvarar för utbildningen.

Kontaktpersoner

PER MAGNUSSON, ordförande i läkemedelskommittén
per.magnusson@jll.se

MARIA JOHANSSON, läkemedelsstrateg
maria.k.johansson@jll.se

CARINA TRÄSKVIK, läkemedelssamordnare
carina.traskvik@jll.se

Prescrire international

Den ansedda franska tidskriften Prescrire granskar och bedömer läkemedel. Nu har den en internationell upplaga på engelska som finns på internet (<http://english.prescrire.org/en/>). Många

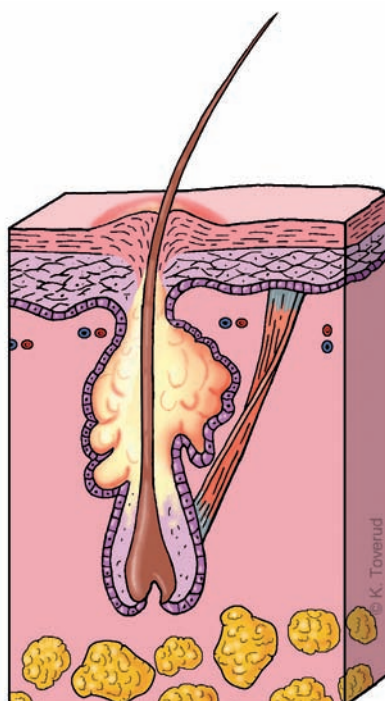
artiklar kan laddas ner gratis. Sjukhusbiblioteket (medicinskabiblioteket@jlb.ostersund.se) har prenumeration och kan upplysa om inloggning för att nå även övriga artiklar.

Lokalbehandling av akne

– nya och gamla krämer i arsenalen

HELENA PELLRUD, HUDKLINIKEN, UNIVERSITETSSJUKHUSET ÖREBRO

Akne är en inflammatorisk hudåkomma som i någon grad drabbar nästan alla ungdomar under puberteten. Svårare, behandlingskrävande akne är förstås mindre utbrett men ändå knappast ovanligt. Akne lokaliseras till den gemensamma utförsgången för hårsäck och talgkörtlar och karakteriseras av seborré, bildning av öppna och slutna komedoner (pormaskar), rodnade papler och pustler och i svåra fall djupare nodulära förändringar och pseudocystor. I patogenesen ses fyra centrala mekanismer: ökad talgproduktion, störd keratinisering av talgkörtelns utförsgång, kolonisering av *Propionibacterium acnes* samt inflammation. För att dra maximal nytta av lokalbehandlingsmedlen mot akne är det av vikt att notera hur de ingriper i aknens patogenes och därmed kan kombineras för bästa effekt.



© K. Toverud CMI (certifierad medicinsk illustratör)

Lokalbehandlingsmedel vid akne

De mest använda lokalbehandlingsmedlen vid akne är bensoylperoxid, retinoider, antibiotika och azelainsyra, antingen som monoterapi eller i olika kombinationer.

Bensoylperoxid

Bensoylperoxid introducerades som aknepreparat redan på 30-talet. Finns i Sverige som Basiron AC gel (5 och 10 procent) samt Basiron AC Wash (tvättgel 5 procent), Brevoxyl kräm (40 mg/g) samt Stioxyl gel (5 och 10 procent). Inget av preparaten omfattas av läkemedelsförmånen och de är receptfria. Dessutom

finns kombinationen adapalen/bensoylperoxid som säljs under namnet Epiduo gel (0,1 procent/2,5 procent) och kombinationen bensoylperoxid/klindamycin som säljs under namnet Duac gel. Dessa ingår inte i förmånen men är receptbelagda. Bensoylperoxid sänker snabbt nivån av *P. acnes* och *S. epidermidis* vilket i sin tur leder till sänkta nivåer av fria fettsyror. Effekten sker via frisättning av fria syreradikaler och ger ingen resistensutveckling – tvärtom har man sett att risken för resistensutveckling minskar om man använder bensoylperoxid i kombination med lokala eller systemiska anti-

biotika. Bensoylperoxid (särskilt i högre koncentrationer) ger ofta erytem, värmekänsla och fjällning. Detta kan undvikas genom att använda lägre koncentration eller glesa ut applikationerna. Patienter bör varnas för blekande effekt på till exempel hår, handdukar och örngott.

Retinoidliknande substanser

Finns i form av Aberela (tretinoin) gel 0,025 procent och kräm 0,05 procent samt Differin (adapalen) gel och kräm 1 mg/g. Adapalen ingår också i kombinationskrämen Epiduo (se ovan). Både Aberela och Differin ingår i läkemedelsförmånen och är receptbelagda. Retinoiderna kom på 70-talet, är derivat av A-vitamin, och har effekt genom att motverka bildningen av mikrokomedoner (som utgör förstadiet till en komedon – pormask). Detta sker genom en norma-

lisering av differentieringen av follikulära epitelceller. Topikala retinoider reducerar antalet komedoner och inflammatoriska förändringar med 40–70 procent och effekten är jämförbar mellan tretinoin och adapalen, men adapalen anses ge lite mindre hudirritation. Det är vanligt med rodnad och fjällning – »solbränna på tub« särskilt i början av behandlingen.

Antibiotika

Lokala behandlingsmedel inkluderar i första hand Dalacin (klindamycin) som kutan lösning eller kutan emulsion 10 mg/ml. Klindamycin lokalt bör alltid kombineras med bensoylperoxid för att undvika resistensutveckling, vilket till exempel kan ske med den fasta kombinationen i Duac gel. Dalacin ingår i läkemedelsförmånen men inte Duac och båda är receptbelagda. Allmänt har klindamycin fått en mindre roll i lokalbehandling av akne på senare tid. Verkningsmekanismen är att genom en sänkning av nivån av

P. acnes hindra bildningen av fria fettsyror i sebum och därmed minska inflammationen.

Azelainsyra

Finns i Skinoren kräm 20 procent och Finacea gel 15 procent. Båda är receptbelagda och ingår i läkemedelsförmånen. Azelainsyra har en måttlig antibakteriell, antiinflammatorisk och komedolytisk effekt. Effekten på akne är dock långsamt insättande och i sig oftast inte tillräcklig, varför azelainsyra bör användas i kombination med andra lokalbehandlingsmedel. Azelainsyra kan också användas under graviditet och amning utan risk för fosterskada eller påverkan på barnet.

Rätt preparat till rätt patient!

Vid alla fall av mild till måttlig akne hos ungdomar är lokalbehandling det första steget i behandlingstrappan. Patienter bör informeras om att behandlingen inte ger full effekt förrän efter flera veckor, att de kan bli sämre i huden initialt och att de därför måste ha tålamod och inte ge upp behandlingen i förtid. Vid utebliven behandlingseffekt eller svårare aknefall rekommenderas förstås byte av behandlingsstrategi (i första hand oftast tetracyklin peroralt och ibland östrogendominerade p-piller till kvinnor, samt vid

behov remiss till hudklinik för ställningstagande till systemisk behandling med isotretinoin) men dessa åtgärder faller utanför ämnet i detta fall.

Papulopustulös akne

Akne som domineras av papler och pustler, det vill säga inflammatoriska förändringar, kan med fördel behandlas med topikal retinoid i kombination med bensoylperoxid, dock inte nödvändigtvis i en fast kombination. För vissa patienter kan det förstås underlätta behandlingen att bara behöva smörja sig med en kräm. Azelainsyra är ett alternativ vid mildare aknevarianter. Tillägg av lokal antibiotika kan också prövas (men ska inte kombineras med peroral antibiotika i de fall det blir aktuellt). Det är visat att effekten förbättras påtagligt då man kombinerar bensoylperoxid antingen med retinoid (adapalen) eller antibiotika (klindamycin).

Komedonakne

Öppna och slutna komedoner dominerar med endast litet inslag av inflammatoriska förändringar. Uttalade fall är ofta svåra att behandla med enbart lokala medel, men förstahandsvalet är lokala retinoider där applikationsfrekvensen kan ökas från en till två gånger per dag efter ett par veckor om preparatet tolereras väl.

REFERENSER

Rook's Textbook of Dermatology.

Braun-Falco's Dermatology.

Haider, Shaw. Treatment of Acne Vulgaris (Clinical review). JAMA 2004;292(6):726-735. <http://korta.nu/e141>

Fluhr, Degitz. Antibiotics, azelaic acid and benzoyl peroxide in topical acne therapy. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft Supplement 1, Mars 2010;(8):24-30. <http://korta.nu/3a63>

Artikeln ursprungligen publicerad i Rapport om läkemedel från läkemedelskommittén i Örebro län.

Nya rekommendationer för behandling av akut mediaotit

THORBJÖRN LUNDBERG, SPECIALIST I ALLMÄNMEDICIN, DELTAGARE I

LÄKEMEDELSVERKETS EXPERTMÖTE OM AKUT MEDIAOTIT 2010

STEPHAN STENMARK, SMITTSKYDDSLÄKARE, ORDFÖRANDE I STRAMA VÄSTERBOTTEN

Bakgrund

Akut mediaotit (AOM) är den vanligastebakterieinfektionen hos barn. Incidensen är högst kring ett års ålder. Vid två års ålder har cirka 70 procent av barnen haft AOM. Flera studier har visat på hög spontanläkningsfrekvens samtidigt som problemen med antibiotikaresistens ökar i världen. Mot bakgrund av detta har många länder förändrat sina behandlingsrekommendationer för AOM för att minska antibiotikaanvändningen. Stramas nationella mål är att > 80 procent av barn 0–6 år som behandlas för bakteriell luftvägsinfektion ska få PcV. I denna artikel presenteras Läkeemedelsverkets nya behandlingsrekommendationer. (<http://korta.nu/ufrvc>)

De vanligaste bakterierna som orsakar AOM är penumokocker, hemofilus influenza, moraxella catharalis och streptokocker, där den vanligaste är pneumokocken. Pneumokocken orsakar vanligen en svårare AOM än moraxella och hemofilus. Streptokocken ligger bakom den svåraste formen av AOM och är en vanlig orsak till komplikationer. Komplikationer till AOM är mycket ovanligt, svenska siffror anger incidens på mindre än 1/100 000 invånare. Vi har i Sverige inte sett någon ökad incidens efter den senaste behandlingsrekommendationen som kom år 2000 även om samlad kunskap visar att antibiotika i viss mån förebygger risken för komplikation. Enligt en engelsk studie måste 5000 barn behandlas med antibiotika för att undvika ett fall av mastoidit. Diagnostik av AOM baseras på akuta kliniska symtom och statusmässiga tecken på inflammation i mellanörat. Viktiga fynd i status visar på pus i hörselgången eller tecken på vätska i mellanörat i form av buktande trumhinna. Om förtjockad, opaque trumhinna men ej säkert buktande ses nedsatt rörlighet vid Sieglings.

Enligt nuvarande kunskapsläge behöver cirka 16 barn med AOM behandlas med antibiotika för att ett

barn ska bli smärtfritt ett dygn tidigare jämfört med barn som ej fått behandling. Däremot har barn med spontanperforerad AOM och barn under två år med bilateral AOM påvisats ha god effekt av antibiotika. Studier på barn under ett år och över tolv år är få.

Rekommendation

Enligt läkeemedelsverkets senaste rekommendationer bör barn under ett år och över tolv år med säkerställd AOM behandlas med antibiotika, liksom barn med perforerad otit och barn under två år med bilateral AOM. I åldersgruppen ett till tolv år rekommenderas istället aktiv expektans. Om osäker diagnos utan komplicerande faktorer rekommenderas också aktiv expektans. Vid aktiv expektans avvaktar man med antibiotika, ger smärtstillande vid behov och rekommenderar högläge. Erbjud återbesök om två till tre dagar vid utebliven förbättring eller omgående vid försämring. Som alternativ kan ett recept förskrivas att hämtas ut om utebliven förbättring. Barn som söker med ont i örat behöver sällan undersökas nattetid utan kan vänta till nästa dag om inte allvarlig allmänpåverkan föreligger.

Uppföljning

Barn under fyra år med dubbelsidig AOM alternativt ensidig AOM och sekretorisk mediaotit på andra örat ska följas upp efter tre månader. Ensidig AOM oavsett ålder hos barn utan tidigare hörselnedsättning behöver inte följas upp.

Om tre episoder eller mer under sex månader eller minst fyra episoder under ett år bedöms det som recidiverande AOM, rAOM. Barn med sin första AOM före sex månaders ålder har ökad risk för rAOM. Behandling av en AOM-episod hos barn med rAOM förlängs till tio dagar. Barn med rAOM bör remitteras till ÖNHspecialist för uppföljning.

Sammanfattning av rekommendationerna

För barn i åldern ett till tolv år med AOM rekommenderas aktiv exspektans och antibiotikabehandling bör endast ske om komplicerande faktorer föreligger.

• Barn under ett år, ungdomar över tolv år och vuxna med säkerställd AOM bör antibiotikabehandlas.

• Barn under två år med bilateral AOM bör antibiotikabehandlas liksom alla patienter med AOM och perforerad trumhinna oavsett ålder.

• Förstahandsval är penicillin V tre gånger dagligen i fem dagar.

• Barn med recidiverande AOM behandlas med penicillin V, alternativt amoxicillin i tio dagar vid säkerställd ny episod av AOM.

• Vid terapivikt rekommenderas amoxicillin i tio dagar.

• Barn med rinnande »rörotit« behandlas i första hand med örondroppar Terracortril med Polymyxin B om de för övrigt är opåverkade.

• Ensidig, okomplicerad AOM med normalt status på andra örat behöver inte kontrolleras i efterförloppet.

• Barn yngre än fyra år med dubbelsidig AOM eller ensidig AOM och sekretorisk mediaotit (SOM) på andra örat bör kontrolleras efter tre månader för att eventuell hörselnedsättning ska kunna upptäckas och behandlas.

Rekommendationer antibiotikabehandling

BARN

Penicillin V 25 mg/kg x 3 i fem dagar.

Vid recidiv (ny akut mediaotit inom en månad med symtomfritt intervall). Penicillin V 25 mg/kg x 3 i tio dagar alternativt amoxicillin 20 mg/kg x 3 i tio dagar.

Vid terapivikt (oförändrad, förvärrad eller på nytt uppblossande akut mediaotit trots minst tre dygns antibiotikabehandling). Amoxicillin (20 mg/kg x 3) i tio dagar. Nasofarynxodling och eventuell odling från hörselgången vid perforation. Terapivikt efter antibiotikabehandling kräver noggrann verifikation av diagnos – eventuellt akut remiss till ÖNHspecialist. Efterfråga följsamhet till tidigare ordination.

Vid terapivikt och penicillinallergi. Enligt odlingssvar om sådant finns, annars kontakt med ÖNH-specialist för eventuell paracentes och odling. Misstänkt penicillinallergi bör utredas.

VUXNA

Penicillin 1,6 g x 3 i fem dagar.



FOTO: LEIF JOHANSSON/BILDARKIVET.SE

Mat vid diabetes – ny SBU-rapport

MIKAEL LILJA, DISTRIKTLÄKARE ODENSALA HÄLSOCENTRAL, MEDLEM I EXPERTGRUPP HORMONER

De flesta svenska dietister, läkare och sjuksköterskor har lutat sig mot rekommendationer från nutritionsgruppen inom det europeiska diabetessällskapet från år 2004 när det gällt rådgivning om kost till diabetespatienter. Rekommendationen är att patienterna ska äta mycket grönsaker, baljväxter, fisk och fullkornsrika livsmedel, och att intaget av fett ska bestå av hög andel omättade och låg andel mättade fetter, samt att det totala energiintaget ska anpassas till behovet. Helt fel kostråd har vissa hävdat, inte minst i vårt närområde. Olika kosten som bygger på lågt eller extremt lågt kolhydratintag parat med mycket fett och protein som Atkins- eller LCHF-kost eller andra mer eller mindre moderna kosten har lanserats med stora tidningsuppslag. Förvirrande för både patienter och vårdpersonal!

SBU kom nyligen med en rapport »Mat vid diabetes« där man gjort en god genomgång av kunskapsläget. Sammanfattningsvis så är kunskapsläget bristfälligt, oftast saknas god forskning och kunskap när det gäller lämplig kost vid diabetes. Alla sidor i »kostkonflikten« kan därför finna visst stöd i SBU-rapporten, kunskapsläget räcker inte till för att med gott vetenskapligt stöd fördöma en viss kost till förmån för en annan. Vi inom vården måste försöka förmedla till patienterna skillnaden mellan frånvaro av kunskap som

gör att vi inte med fullständig visshet kan ta avstånd från en kost, och kunskap som stödjer en viss rekommendation. Dessutom måste vi minnas att kosten är betydelsefull ur många aspekter. Värdet av en lämplig kost kan inte bara mätas i antal förlorade kilon på vågen eller i uppmätt blodsocker. Helheten i näringsinnehåll (samt psykologiska, kostnads- och miljömässiga aspekter) är viktigare aspekter. Även balansen mellan kolhydrat/fett/protein verkar vara viktig. Minskas kolhydratmängden så måste fett eller proteinintaget öka för att vi skall uppehålla energiintaget. Att ett högt proteinintag ger kortare livslängd hos djur är välkänt och finns även beskrivet vid epidemiologiska studier hos människa.

I SBU-rapporten har man inte tittat på olika »kurer« utan sett på mat i vardagen. Man analyserar i rapporten olika kostteman; lågfettkost (≤ 30 procent energiprocent av kosten från fett), lågkolhydratkost (≤ 40 energiprocent kolhydrat), specifika livsmedel, dryck samt kombinationen kost och motion. Nedan följer en kort sammanfattning av rapporten med de viktigaste resultaten och evidensgradering av kunskapsläget (* = otillräckligt, ** = begränsat, *** = måttligt starkt och **** = starkt vetenskapligt underlag).

Vid nedsatt glukostolerans (IGT) har kombinationen

nen lågfettkost samt ökat fiberinnehåll i kosten och fysisk aktivitet klart lägre risk för diabetesinsjuknande (****). Inom övriga kostteman saknas kunskap eller så är kunskapen bristfällig.

Vid diabetes är effekten på död eller hjärt-kärlsjukdom av lågfettkost (*) eller kvoten av fleromättat och mättat fett (*) ej bedömbart.

Vid diabetes typ 2 ger strikt lågfettkost lägre HbA1c och vikt än måttlig lågfettkost (***) men HDL-kolesterol och triglycerider påverkas likadant (***). Vid diabetes typ 1 är kunskapen otillräcklig om lågfettkostens påverkan på HbA1c (*). Det räcker inte med korvarig och lågintensiv rådgivning om lågfettkost till diabetiker. Effekten på HbA1c, vikt och blodfetter är då samma som för konventionell vård (***).

Effekterna av mer extrem lågkolhydratkost vid diabetes på kort sikt kan inte bedömas (*) och undersökningar beträffande den långsiktiga säkerheten saknas. Måttlig lågkolhydratkost har bättre effekt på HDL än lågfettkost med högt kolhydratinnehåll (***),

men ingen skillnad ses beträffande vikt, HbA1c, och total kolesterol, LDL och triglycerider (***).

När det gäller specifika livsmedel och dryck vid diabetes så finns det visst stöd för nyttan av »medelhavskost«, grönsaker och baljväxter, mat med lägre glykemiskt index, samt hos kvinnor för fisk och omega-3 fettsyror (**). Regelbundet måttligt alkoholintag verkar minska risken för död (**) och insjuknande eller död i hjärt-kärlsjukdom (***). Även kaffeintag (> två koppar/dag) verkar minska risken för kranskärlsdöd (***), liksom död av andra orsaker (**).

Som sammanfattning så vet vi med säkerhet att fysisk aktivitet tillsammans med lågfettkost och fibrer minskar risken för diabetesutveckling vid IGT men vid diabetes är vi mera osäkra om kostråden. De »gamla« kostråden för diabetiker från 2004 verkar för mig dock stå sig som bästa tillgängliga kunskap och som bästa råd till diabetiker förutsatt att råden spetsas med några koppar kaffe och måttligt regelbundet intag av vin.

PYELONEFRITSTUDIE VISAR:

Sju dagars behandling är inte sämre än 14 dagar!

LARS-ERIK OLOFSSON, INFEKTIONSKLINIKEN ÖSTERSUND

En studie sponsrad av STRAMA och Smittskyddsinstitutet och som genomfördes på tjugoen av landets infektionskliniker 2006–09, visar att sju dagars behandling med T Ciprofloxacin 500 mg x 2 ger samma utläkningsfrekvens som fjorton dagar vid behandling av akut pyelonefrit hos kvinnor över arton år.

I studien, som publiceras inom kort, inkluderades sammanlagt 251 patienter. Dessa randomiserades till två parallella, lika stora grupper där den ena gruppen fick T. Ciprofloxacin 500 mg x 2 i en vecka + placebo i en vecka och den andra gruppen fick aktiv behandling i två veckor (dubbelblind). Av dessa 251 patienter kunde 156 utvärderas enligt studieprotokollet. E. coli var den orsakande patogenen hos 92 procent av patienterna. 9,5 procent av isolaten var ciprofloxacin resistent. 20 patienter exkluderades ur studien på grund av av detta. Positiva blododlingar fanns hos 27,1 procent.

Vid korttidsuppföljning tio till fjorton dagar efter avslutad behandling var den kliniska utläkningen i sjudagarsgruppen 97,3 procent och i fjortondagarsgruppen 96,4 procent.

Vid långtidsuppföljningen 42–63 dagar efter avslutad behandling var den kliniska utläkningen i sjudagarsgruppen 93,2 procent och i fjortondagarsgruppen 92,9 procent.

Med stöd av denna studie kan vi idag rekommendera sju dagars behandling med ciprofloxacin vid akut pyelonefrit hos kvinnor över arton år.

Det finns flera fördelar med korta antibiotikakurer:

1. Minskad risk för resistensutveckling
2. Minskad risk för antibiotikarelaterade biverkningar
3. Lägre läkemedelskostnader.

Gamla huskurer som kanske kurerar barnens hosta

LORENZ RISK-PLOTZKI, DISTRIKTLÄKARE, TORVALLA HÄLSOCENTRAL

Nu är det vinter igen och förkylningar har åter säsong. Hostan är ett av de vanligaste symtomen som föranleder sjukvårdskontakt, ofta med önskemål om utskrivning av hostdämpande eller slemlösande medicin till sig själv eller till sina barn. Besvärligast är den nattliga hosta som negativt inverkar på både barn och föräldrar.

Det finns ett flertal receptfria och receptbelagda läkemedel som tillskrivs hostdämpande eller slemlösande effekt, men evidensen för dessa läkemedels effekt är mager och tunn. Ofta saknas det helt enkelt studier av tillräckligt kvalitet.^{1, 2, 3}

Mot den bakgrunden kan det vara intressant att känna till två studier som har undersökt effekten av gamla huskurer på hostan hos barn, alltså interventioner som ryms inom det vi kallar för egenvård.

Det är en forskargrupp på Pennsylvania universitet i USA som studerat hostlindrande effekt av både kamfer-mentol-salva och honung.

Vicks Vaporub är en salva innehållande mentol, kamfer och eukalyptus, som gnids in och smörjes på bröstorg och rygg. Alternativt kan salvan även lösas i hett vatten och ångorna inandas (dock enligt FASS är inandning inte att rekommendera för barn under sex år).

Både honung och mentol och kamfer har använts som »huskurer« och även rekommenderats av sjukvården förr i tiden, troligen har en del av nu yrkesversamma läkare själva fått sådan behandling i sin barndom. På sistone verkar dessa behandlingsprinciper dock ha fallit bort ur sjukvårdens arsenal.

Vaporubstudien

144 för övrigt friska barn i åldern två till elva år som sökte till en öppenvårds barnmottagning/praktik med okomplicerad övre luftvägsinfektion/vanlig förkylning med hosta inkluderades prospektivt i studien vars resultat publicerades nyligen.⁴ Studien finansierades av tillverkaren av Vicks Vaporub. Interventionen skedde

som en engångsintervention på kvällen där föräldrarna applicerade på barnets rygg och bröst antingen Vaporub, en vaselinbaserad salva innehållande kamfer, mentol och eukalyptus, eller endast vaseline. Upplägget tog även hänsyn till att vaseline saknar Vaporubs typiska eteriska lukt. Detta gjordes genom att föräldrarna applicerade lite av Vaporub på sin överläpp innan man öppnade en engångsförpackning med barnets dos av salva, vilket medförde att föräldern inte själv kunde avgöra på lukten vilken av salvorna det var i barnets dos. Barnen hade uppmanats att inte berätta för föräldern vad salvan de fick luktade. En tredje

grupp barn fick ingen behandling. På dag 1, vid studiens början, fick föräldrar skatta barnets symtom på en validerad enkätskala avseende hostans svårighetsgrad och hostans frekvens. Dagen därpå, efter interventionen, upprepades enkäten/skattningen.

Vid utvärderingen visade sig (så som kan förväntas vid upprepade frågor) en förbättring i alla tre grupper avseende hur föräldrar hade bedömt barnets

hosta på natten. Nästan genomgående såg man dock störst effekt av Vaporub på hostans frekvens, hostans svårighetsgrad, hostans inverkan på sömnen, effekter som var genomgående större än de i vaselengruppen. Minst effekter sågs i gruppen utan intervention. I den sammanlagda bedömningen hade Vaporub signifikant bättre effekt än vaseline respektive ingen behandling. Effekttorleken av denna enkla engångsbehandling var i storleksordningen 25–30 procent – enligt föräldrarnas subjektiva bedömning. På den sammanlagda symtomskalan med maximalt 42 poäng minskade symtompoängen med 12 poäng på en natt.

Honungstudien

Redan 2007 publicerade samma forskargrupp en studie med liknande upplägg som den just refererade. I den undersöktes den hostlindrande effekten



av honung.⁵ Studien finansierades av honungsindustrin i USA. 130 barn i åldern två till arton år med okomplicerade övre luftvägsinfektion erhöill till kvällen en halv till två teskedar antingen honung eller liknande mängd av hostmedicinen dextrometorphan (som tidigare hade visat sig inte vara bättre än placebo) och en tredje grupp erhöill ingen behandling alls. Även här hade man försökt att minimera skillnader i konsistens, lukt och smak mellan honung och »placebo«. Föräldrarna skattade barnens nattliga hosta före och efter interventionen på samma sätt som i studien ovan.

Resultaten liknade de ovan refererade och var i samma storleksordning: Honung verkade ha störst effekt på hostan, ingen behandling minst effekt. En signifikant förbättring sågs även i den sammansatta skattningen: tio poäng förbättring på den 42-poäng skalan efter en singelintervention, motsvarande ungefär 25 procent effektstorlek.

Studien har värderats i Cochrane-rapport där man menar att det finns för lite evidens för att råda varken för eller emot användning av honung mot akut hosta hos barn.⁶

Värdering av studierna

Studiernas upplägg är seriöst och samtidigt simpelt och framförallt verklighetsnära, något som gör att resultaten i mina ögon är väl användbara i primärvårdens vardag. Det är framförallt föräldrarnas uppfattning om sina barns hosta som avgör vårdbehovet. Ur ett rent medicinskt perspektiv är det däremot sällan nödvändigt att behandla hosta vid vanliga förkylningar.

Svagheter i studierna är å andra sidan mätning av resultaten med rent subjektiva mått, upplägget som en engångsintervention och att föräldrarna trots vilseledande åtgärder ofta visste om barnen fick ingen behandling, placebo eller den äkta interventionen.

Resumé

En svala gör ingen sommar, och enskilda studier utgör inte evidensbaserad medicin. I en situation dock där vården har ansträngda resurser, där vi har ett politiskt beslut att inom sjukvården inte längre ta emot



patienter med förkylningar, det vill säga okomplicerade övre luftvägsinfektioner – i en sådan situation krävs det kanske att vi lägger större vikt på egenvård och rådgivning till patienter och föräldrar. Samtidigt är inte evidensen för övriga hostmediciner avsevärt bättre än för Vaporub och liknande preparat eller honung. Mot den bakgrunden kan det vara bra och tacksamt att kunna hänvisa våra patienter till fler alternativ än de gängse två eller tre hostmedicinerna. När Mollipect inte fungerar, så gör kanske kamfer och mentol eller honung det?

REFERENSER

1. Shields MD, Bush A, Everard ML et al. British Thoracic Society Guidelines. Recommendations for the assessment and management of cough in children Thorax published online September 28, 2007; doi:10.1136/thx.2007.077370 <http://korta.nu/qerj4>
2. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD001831. DOI: 10.1002/14651858.CD001831.pub3. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsystrev/articles/CD001831/pdf_fs.html
3. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. BMJ 2002;324:1–6 <http://korta.nu/my76o>
4. Paul IM, Beiler JS, King TS et al. Vapor Rub, Petrolatum, and No Treatment for Children with Nocturnal Cough and Cold Symptoms. Pediatrics published online Nov 8, 2010; doi: 10.1542/peds.2010-1601 <http://korta.nu/qe56v>
5. Paul IM, Beiler JS, McMonagle A et al. Effect of Honey, Dextromethorphan, and No Treatment on Nocturnal Cough and Sleep Quality for Coughing Children and Their Parents Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(12):1140-1146 <http://korta.nu/l9r8a>
6. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007094. DOI: 10.1002/14651858.CD007094.pub2. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsystrev/articles/CD007094/frame.html>

NYTT FRÅN TLV

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket



MARIA K JOHANSSON, LÄKEMEDELSSTRATEG

Fortsatt brett sortiment av smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel

TLV har omprövat subventionen för smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel för att se om de ska kvarstå inom högkostnadsskyddet. Många av de företag som står bakom produkterna valde i samband med genomgången att sänka priset på sina läkemedel. Ett antal läkemedel som inte är kostnads-effektiva, eller används vid enkla sjukdomstillstånd, förlorar däremot sin subvention.

Sedan tidigare i år ingår inte läkemedel som innehåller hyaluronsyra och glukosamin i högkostnadsskyddet. Nu försvinner också geler och sprayer som används på huden och som tillhör läkemedelsgruppen COX-hämmare. Även läkemedlen Xefo och Xefo akut mister sin subvention och kommer inte att ingå i högkostnadsskyddet.

Läkemedlen Arcoxia och Celebra får begränsad subvention. Det innebär att de endast ingår i högkostnadsskyddet för en begränsad grupp av patienter.

Smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel som försvinner ur högkostnadsskyddet

- Geler som innehåller ketoprofen (Zon gel, Ketoflex gel, Orudis gel, Siduro gel)
- Ibumetin gel (ibuprofen)
- Eeze kutan spray (diklofenak)
- Xefo (lornoxikam)
- Xefo Akut (lornoxikam)



FOTO: BILDARKIVET.SE

Smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet med begränsning

Arcoxia och Celebra ingår endast i högkostnadsskyddet för patienter som har hög risk för blödningar och/eller de som har hög risk för mag- och tarmbiverkningar, till exempel på grund av hög ålder eller tidigare magsår.

Besluten börjar gälla den 1 februari 2011.

Sammantaget innebär granskningen av smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel att nästan hundra miljoner kronor kan frigöras.

TLV beslutar att Nexium inte längre ska ingå i högkostnadsskyddet

Nexium (esomeprazol) enterotabletter ingår inte högkostnadsskyddet från och med den 15 januari 2011. Det är inte rimligt att subventionera Nexium enterotabletter eftersom det finns likvärdiga läkemedel som kostar sex gånger mindre.

Protonpumpshämmare (PPI) är en läkemedelsgrupp som minskar produktionen av magsyra och som används för att behandla bland annat gastroesofagal refluxsjukdom (GERD), och magsår. Behandling av GERD och magsår sker vanligtvis med PPI-läkemedel. Inom högkostnadsskyddet finns det andra PPI-läkemedel som alla verkar på samma sätt som Nexium, men som har en lägre kostnad.

Nexium har sedan 2006 haft en begränsad subvention som innebär att läkemedlet endast skulle subventioneras till de patienter som provat generiskt omeprazol eller annan PPI och inte haft tillräcklig effekt av den behandlingen, alternativt till patienter med endoskopiverifierad erosiv GERD. TLV konstaterar nu att den begränsade subventionen inte haft avsedd effekt. Merparten av de patienter som fått Nexium 20 mg har antingen inte provat annan PPI eller provat annan PPI i alltför låg dos. Nexium 20 mg kostar sex gånger så mycket som omeprazol 2 x 20 mg.

Läkemedelskommittén rekommenderar två tabletter omeprazol à 20 mg istället för en tablett à 40 mg på grund av den stora prisskillnaden.

Mot bakgrund av ovanstående har TLV beslutat att Nexium enterotabletter inte ska vara kvar inom högkostnadsskyddet. Nexium enterogranulat och Nexium HP är fortfarande subventionerade och ingår i högkostnadsskyddet. Beslutet frigör cirka 150 miljoner kronor totalt i Sverige.

Av länets befolkning hämtade ca 1500 patienter ut Nexium under 2009, till en kostnad för landstinget av cirka tre miljoner kronor.

KÄLLA: www.tlv.se, Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen