

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 36 • NR 4 • DECEMBER 2011



UR INNEHÅLLET:

- Citalopram i hög dos kan ge hjärtarytmier 5
- Riktlinjer för dabigatran (Pradaxa) vid förmaksflimmer i Jämtlands län 11
- Strama – en lägesrapport 14
- Bakterier i urinen mycket sällan orsak till diffusa symtom hos äldre 13

INNEHÅLL

IT-stöd vid läkemedelsförskrivning	3
Citalopram i hög dos kan ge hjärtarytmier	5
Choklad och promenader	8
Utbildning om nya antikoagulantia	9
Användning av Pradaxa som tromboembolisk profylax vid förmaksflimmer i norra regionen. Information till förskrivare.....	10
Riktlinjer för dabigatran (Pradaxa) vid förmaksflimmer i Jämtlands län.....	11
Pradaxa® vid förmaksflimmer. Information till patienter	12
Bakterier i urinen mycket sällan orsak till diffusa symtom hos äldre	13
Strama – en lägesrapport.....	14
ELINOR – Enheten för läkemedelsinformation i norr.....	16
Utbildningsdag om läkemedel för Norrlands AT-läkare i anslutning till Norrländska läkemedelsdagarna	16

OMSLAGSFOTO: DECEMBERMORGON/GUDRUN ROS

JÄMTmedel

Informationsblad från Läke-medelskommittén 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

GRAFISK FORM & LAYOUT Jonasson grafisk design

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2011

Ordförande har ordet

IT-stöd vid läkemedelsförskrivning

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN



Införandet av IT-stöd vid läkemedelshanteringen i VAS har havererat liksom hela utvecklingen av VAS. Detta journalsystem används av tre landsting som omfattar cirka fem procent av Sveriges befolkning och är byggt på en omodern plattform vilket försvårat utvecklingen.

Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) samlar, kvalitetssäkrar och distribuerar IT-stöd för förskrivare. Den har funnits tillgängligt i flera år och innehåller många delar som ökar patientsäkerheten

vid läkemedelshantering (se tabell nedan).

I landstingens överenskommelse med staten¹ har införande av de tre första delarna i tabellen varit ett krav redan första januari 2010. De landsting som ännu inte följer överenskommelsen sista december 2011 får böta fyra kronor per invånare. Det visade sig att kostnaden att införa SIL i VAS var ännu högre varför man valde att betala böterna i stället, cirka 500 000 kronor för Jämtlands läns landsting.

forts. nästa sida

Källa	Funktion
VARA	Förenklad sökning av preparat i nytt varuregister
REKORD	Information om läkemedelskommitténs rekommenderade läkemedel, Z-läkemedel
TLVs förmånsinformation	Information om TLVs förmånsbegränsningar
SFINX interaktionsinformation	Möjliggör automatisk varning vid läkemedelsinteraktioner
FASS-texter	
Graviditetsvarning	Från FASS
Amningsvarning	Från FASS
Kortnotationer	Förenklar vid skrivande av patientanvisningar
Doseringskälla	Stöd vid skapande av doseringstext

Vilka landsting har infört SIL?

SIL		oktober 2011		
Landsting / regioner	Infört SIL bas	Innehåller källorna		
		Nationellt produktregister	Apotekets varuregister	Förmånsbegränsning från TLV
Blekinge	●	●	●	●
Dalarna				
Gotland	●	●	●	●
Gävleborg				
Halland				
Jämtland				
Jönköping	●	●	●	●
Kalmar	●	●	●	
Kronoberg	●	●	●	●
Norrbottn				
Skåne	●	●	●	●
Stockholm	●			
Sörmland	●	●	●	●
Uppsala	●	●	●	●
Värmland	●	●	●	●
Västerbotten	●	●	●	●
Västernorrland	●	●	●	●
Västmanland	●	●	●	
Västra Götaland				
Örebro	●	●	●	●
Östergötland	●	●	●	●

●

Ja

När e-dos ersätts av Pascals webb-applikation den 23 april 2012 får vi i JLL tillgång till hela SIL-paketet vid ordination till patienter med dosförpackade läkemedel². Senare ska Pascal även kunna användas vid öppenvårdsordination till alla patienter när kopplingen till nationell ordinationsdatabas (NOD)³ genomförs. Det planeras ske under 2012 men det finns många möjliga komplikationer innan detta är klart, inte minst juridiska.

Nationellt har den fortsatta utvecklingen av IT-baserade ordinationsstöd för läkemedel gått långsamt. Den 9 maj i år kom Riksrevisionen med kritisk en rapport om nationell e-hälsa, man skrev: »Samarbetet mellan regeringen och kommuner och landsting måste bli bättre om satsningen på bättre tillgång till patientinformation ska få genomslag i praktiken»⁴. Den 16 juni bildade regeringen och SKL en styrgrupp för att påskynda arbetet och 25 miljoner kronor anslogs för 2011, varav 5 miljoner ska gå direkt till NOD-

projektet⁵. I styrgruppen finns en representant för LOK (nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer) och en handlingsplan för de närmaste årens utveckling av IT-stöd inom läkemedelsområdet håller nu på att utarbetas.

REFERENSER

1. Överenskommelse om statens ersättning till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2011. Punkt 5.4 <http://korta.nu/pdzov>
2. Demoversion av Pascal ordinationsverktyg: <http://88.131.45.141> (användarnamn: pascaldemo, lösenord: spring_11)
3. NOD http://www.cehis.se/vardtjanster/nationell_ordinationsdatabas/
4. Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan? Riksrevisionen 2011-05-09 <http://korta.nu/b3nw2>
5. Godkännande av en överenskommelse om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Socialdepartementet 2012-06-16 <http://www.sweden.gov.se/sb/d/108/a/172031>

Citalopram i hög dos kan ge hjärtarytmier

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Citalopram ger en dosberoende förlängning av QT-intervallet vilket kan leda till ventrikulär arytm inklusive Torsade de Points. Läkemedelsmyndigheten FDA i USA¹ varnade i augusti och EMA i Europa² i oktober för denna risk.

Läkemedelsverket³ ger råden:

Rekommendationer till patienter som använder citalopram:

- Avbryt inte behandlingen och förändra inte doseringen utan att diskutera med din läkare. Plötsligt avbrott i behandlingen kan ge utsättningssymtom, till exempel yrsel, känselstörningar och sömnrubbningar.
- Kontakta sjukvården omedelbart om du upplever symtom på onormal hjärtrytm.

Sammanfattande rekommendationer vid förskrivning av citalopram:

- Den maximala dosen är 40 mg per dygn, doser om 60 mg dagligen ska inte användas.
- För äldre och patienter med nedsatt leverfunktion är den maximala dosen 20 mg dagligen.
- Gradvis sänkning av doser över maxdos rekommenderas.
- Citalopram ska inte ges samtidigt med andra läkemedel som kan ge QT-förlängning#
- Citalopram ska inte användas till patienter med känd förlängning av QT-intervallet eller med medfött QT-syndrom.
- Försiktighet tillråds för patienter med hög risk att utveckla Torsade de Pointes.

Exempel på andra läkemedel som ger förlängt QT-intervall: tricykliska antidepressiva, sotalol, erytromycin, haloperidol och fentiazinderivat, exempelvis alimemazin (Theralen) och prometazin (Lergigan).

Socialstyrelsen har gjort beräkningar av hur många personer i varje län som berörs. Det gjordes utifrån uthämtade recept på citalopram under tredje kvartalet i år. Från antalet DDD som uthämtats beräknades patientens dygnsdos. *Observera att patienter med dos-recept inte ingår!* I Jämtland hämtade 33 personer över 65 år ut citalopram i dosen 40 mg eller högre och 8 personer (i alla åldrar) hämtade ut citalopram i dosen 60 mg eller högre. Se tabell.

Minst 40 mg per dygn men mindre än 60 mg			Minst 60 mg per dygn		
Ålder	Kön	Antal pat.	Ålder	Kön	Antal pat.
65–69	Man	5	50–54	Man	1
	Kvinna	6		Kvinna	
	Totalt	11		Totalt	1
70–74	Man	6	55–59	Man	
	Kvinna	2		Kvinna	1
	Totalt	8		Totalt	1
75–79	Man	2	65–69	Man	
	Kvinna	3		Kvinna	2
	Totalt	5		Totalt	2
80–84	Man	1	75–79	Man	1
	Kvinna	5		Kvinna	2
	Totalt	6		Totalt	3
85–89	Man		Totalt	Man	3
	Kvinna	3		Kvinna	5
	Totalt	3		Totalt	8
90–94	Man				
	Kvinna				
	Totalt				
95–w	Man				
	Kvinna				
	Totalt				
Totalt över 65 år	Man	14			
	Kvinna	19			
	Totalt	33			

forts. nästa sida

Vilka patienter får citalopram (i hög dos) i Jämtland?

Lagen om läkemedelsförteckning tillåter inte Socialstyrelsen att uppge identitet på de patienter som man hittar i läkemedelsförteckningen, bara antal, ålder och kön. Så nu inställer sig frågan hur vi kan hitta de patienter som har de riskabla doserna.

Patienter som fått recept i LM: På varje enhet i Jämt-

lands läns landsting kan en lista skapas på patienter som fått recept i LM i VAS på citalopram under viss tid. Lista kan även skapas för enskild läkare. Det går inte att skilja ut de med hög daglig dos eftersom doseringen kan anges som fritext. Man kan välja att ta ut lista för de som fått recept senaste året. För att se vilka som står på hög dos måste man gå in i LM för varje patient.

Öppna funktionen ST6. Fyll i fältet Född from-tom enligt skärmdumpen nedan. (ger patienter över 65 år)

- Ange intervall för när recept utfärdats (t.ex. senaste året)
- Ange Typ m (för »medicin«).
- Ange ATC-koden N06AB04 för citalopram i både rutan

min och max (ger lista med alla styrkor och fabrikat)

- Ange presentation Lista för att få utskrift med uppgift om personnummer, namn, telefonnummer hem till patienten samt händelsedatum.
- Öppna SY20 för att skriva ut listan. (Obs. att även avlidna patienter kommer med på listan).

Patienter med dosförpackade läkemedel

Dessa är inte med i socialstyrelsens beräkning av antal patienter med höga doser. I handboken på e-dos förstasida finns under hjälp & externa länkar i E-dos (på sidan 110) – »Hantera rapporter«:

4.5 Hantera rapporter

Förskrivare och sjuksköterska kan beställa och titta på olika rapporter. **Förskrivares rapporter omfattar endast de vårdtagare de är ansvariga för.**

Beställa rapporten »Vem har läkemedel/vara«

1. Klicka på **Beställa/Läsa rapport** i huvudmenyn. De underliggande menyalternativen visas.
2. Klicka på **Vem har läkemedel** i huvudmenyn. Bilden »Rapport Vem har läkemedel/vara« visas.

3. Ange minst tre bokstäver i det läkemedel/vara som rapporten ska behandla och klicka på knappen **Sök**. Bilden »Läkemedel/vara för rapport« visas.

Fortsätt

Läkemedel/vara för rapport ?

Välj en vara *

RINEXIN DEPTABL 25MG 30 ST
RINEXIN DEPTABL 50MG 100 ST
RINEXIN DEPTABL 50MG 30 ST
RINEXIN ORAL LÖSN 2,5MG/ML 250 ML

Beställa rapport för preparat eller exakt vara?

☒ Preparat ☐ Exakt vara

4. Klicka på önskad vara i listan. Välj även preparat eller exakt vara.

När det gäller Citalopram i dospåsar klickar man på Citalopram CNS Pharma 1000 st i styrkorna 10 respektive 20 mg. Det är den vara som används

i dospåsarna. Man får då en lista för varje styrka med de patienter man ansvarar för. Sedan får man kontrollera doseringen för varje patient.

5. Klicka på knappen **Fortsätt**. Bilden »Beställa rapport Vem har läkemedel« visas.

Beställ

Vem har läkemedel ?

Preparat RINEXIN DEPTABL 50MG

Boendenhet * Välj.. ▼

Sorteringsordning * Välj.. ▼

Klicka på knappen **Beställ**. Beställningen skickas nu iväg och finns sedan att läsa under **Läsa rapport** i huvudmenyn. Man måste sedan gå in på varje patients dosrecept för att se vilka som har hög dos.

REFERENSER

1. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/DrugSafetyPodcasts/ucm269746.htm>
2. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2011/10/WC500117061.pdf

3. <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2011/Citalopram--sankt-maxdos-rekommenderas/>

Choklad & promenad

LORENZ RISK-LOTZKI, DISTRIKTLÄKARE TORVALLA HÄLSOCENTRAL

Livsstil är en viktig del i prevention och behandling av ett flertal av vår tids stora folksjukdomar, i första hand det kardiovaskulära sjukdomsparanoramat. Livsstilsintervention och livsstilsråd har blivit en alltmer etablerad del av vår behandlingsarsenal. Fanns det tidigare endast FASS, så finns det nuförtiden även FYSS och vi kan till och med skriva ut recept på fysisk aktivitet.

Allt för ofta går dock våra råd ut på att avstå från livets frestelser och nöjen och att istället underkasta sig kroppsliga mödor. Inte så attraktivt alla gånger, varken för patienten, doktorn eller sjuksköterskan. Därför är det intressant att det under året har publicerats två studier i två av världens ledande medicintidskrifter, BMJ och Lancet, som talar för att även bekvämare och angenämare livsstilsförändringar skulle kunna vara gynnsamma: choklad och promenad.

Första studien kommer från Taiwan. En välgjord studie vars resultat enligt kunniga bedömare och ackompanjerande editorial kan anses vara pålitliga.

Under en trettonårsperiod följdes prospektivt 416 000 (sic!) personer som deltog i regelbundna hälsokontroller över i genomsnitt åtta år. Förutom att genomgå klinisk undersökning lämnade deltagarna hälsodeklARATIONER och detaljerade uppgifter om sin vardagliga fysiska aktivitet under fritiden, både med avseende på duration och intensitet. Deltagarna var till största delen i arbetsför ålder, klinisk friska personer återspeglade den vanliga befolkningen. 54 procent var fysiskt inaktiva och ytterligare 22 procent skattade sin fysiska aktivitet som låg. Endast 24 procent uppfyllde de målen för fysisk aktivitet som rekommenderas (minst 30 minuter/dag måttlig motion de flesta dagar). Under

uppföljningstiden inträffade 10 780 dödsfall, 4 272 cancerfall, 2 102 hjärtinfarkter, 877 stroke och 697 incidenta fall av diabetes.

Det fanns ett förväntat klart samband mellan graden av fysisk aktivitet på fritiden och både kardiovaskulär sjuklighet, canceruppkomst och mortalitet.

Deltagarna som var fysiskt aktiva motsvarande 150 minuter per vecka hade 26 procent lägre dödlighet, över 30 procent lägre insjuknande i kardiovaskulära sjukdomar respektive diabetes och 17 procent färre cancerfall.

Det som däremot var oväntat och nytt, var att – jämfört med den inaktiva gruppen – gjorde redan 15 minuters måttlig motion per dag en tydlig skillnad. 15 minuters motion medförde en signifikant riskreduktion med avseende på både kombinerad kardiovaskulärt insjuknande (RR 19

procent) och canceruppkomst (RR 10 procent) och mortaliteten (RR 14 procent). Resultaten stod sig lika i subgruppsanalyserna där man justerade för gängse riskfaktorer (nikotin, övervikt, hypertoni, ålder med mera).

Med andra ord: Även om fysiska aktivitetens effekt är dosberoende och mer är bättre, så vet vi nu att redan en liten promenad i rask takt en gång om dagen gör skillnad. Detta är kanske ett mål som är överkom-



ligt och realistiskt för alla våra patienter. Vi alla vet ju hur svårt det kan vara att försöka bygga in minst 30 minuters motion i våra fullproppade vardagar. Men en promenad på lunchrasten? Det fixar man betydligt lättare.

Den andra studien är ett samarbete mellan forskare i Cambridge och Bogota, Colombia som tittade på chokladens potentiella hälsoeffekter. Choklad respektive kakao innehåller flavonoider, som även finns i frukt, te och vin. Flavonoider tillskrivs salutogena effekter. En del mindre och experimentella studier tyder på att choklad skulle ha positiva effekter på bland annat blodtryck, kolesterol, endotelfunktion med mera. Finns det kliniska studier med klinisk relevanta resultat som stödjer dessa hypoteser? Denna fråga undersöktes i en systematisk översikt och meta-analys. Endast sju studier identifierades som studerade konsumtion av choklad respektive kakao och som uppfyllde författarnas kvalitetskrav, sex kohortstudier och en tvärsnittsstudie. Ingen klinisk randomiserad studie hittades. Studierna uppvisade stor heterogenitet med avseende på både metodiken, deltagarnas egenskaper och resultaten som studerades. Därför begränsades analysen till att jämföra gruppen med den högsta konsumtionen av choklad och kakao med gruppen med lägsta konsumtionen.

Totalt ingick 114 000 patienter från Europa, USA och Japan. Fem studier hittade ett positivt samband mellan intag av choklad respektive kakao och insjuknandet i kardiovaskulär sjukdom motsvarande en relativ riskreduktion av 37 procent. En studie undersökte diabetesincidensen och hittade en relativ riskreduktion av 29 procent i gruppen med högst intag jämfört med gruppen med lägst intag.

Det måste dock anmärkas att dessa resultat på grund av studiens svagheter endast kan anses vara ytterst preliminära och hypotesgenerande. Fynden måste nog bekräftas i stora prospektiva studier. Och så får man inte bortse från många chokladprodukters kalorimängd.

Men visst är det frestande att dra slutsatsen att choklad skulle skydda mot hjärt-kärlsjukdomar och till och med mot diabetes?

Summa summarum så kan vi dock nu med gott samvete berätta för våra patienter att redan en kort promenad kan göra skillnad och kanske kommer även den dagen då vi kan rekommendera (mörk) choklad. Och sedan var det ju det där med vinet (om än omdebatterat). I framtiden kommer kanske våra livsstilsråd ser ut så här: Ett glas vin, en bit choklad och sedan en liten promenad. Compliance skulle då säkert vara bättre än idag.

Utbildning om nya antikoagulantia

Föreläsare: Distriktsläkare Jan Håkansson, ledamot i läkemedelskommitténs expertgrupp hjärt-kärlsjukdomar, HC Krokomb och överläkare Björn Eriksson, MLA kardiologi Område medicin Östersund

Målgrupp: läkare

Tid: måndag 5 december 2011 klockan 15 – 17

Plats: Hörsalen snäckan, Östersunds sjukhus, ingång 6

Det blir möjligt att följa utbildningen via videokonferens, kontakta helpdesk.

INFORMATION TILL FÖRSKRIVARE

Användning av Pradaxa som tromboembolisk profylax vid förmaksflimmer i norra regionen

Det kardiologiska chefsrådet i Norrland och de Norrländska läkemedelskommittéerna står bakom följande värdering och rekommendationer inför lanseringen av Pradaxa (dabigatran) vid indikationen tromboembolisk profylax vid förmaksflimmer.

Bakgrund

Förmaksflimmer innebär en klart ökad risk för Stroke/TIA och en stor andel av patienterna har klar nytta av behandling med antikoagulantia. Fram till nyligen har det inte funnits något vettigt alternativ till Waran (warfarin) men nu finns det nya antitrombotiska läkemedel som jämförts med warfarin i kontrollerade studier. Det första läkemedlet i den nya generationen är dabigatran.

I en studie från 2009, RE-LY studien (N Engl J Med 2009;361:1139-51), randomiserades ca 18 000 patienter till antingen warfarin, dabigatran i dosen 110 mg x 2 eller dabigatran i dosen 150 mg x 2. Huvudresultaten i studien var att Dabigatran i den högre dosen hade signifikant färre händelser av stroke/systemisk embolisering än warfarin samt jämförbara nivåer av större blödning. Dabigatran i den lägre dosen hade jämförbara nivåer av stroke/systemisk embolisering som warfarin men signifikant färre stora blödningar.

Ser man till blödningskomplikationerna så hade warfarin ca en halv procent fler intrakraniella blödningar än i dabigatrangrupperna, som i sin tur hade fler gastrointestinala blödningar.

Rutinerna för warfarinbehandling skiljer sig åt mellan olika länder och i studien visade det sig att Sverige hade högst andel INR-kontroller inom terapeutiskt intervall. Kvaliteten på warfarinbehandlingen i Sverige är alltså mycket god internationellt sett vilket gör att man kan förvänta sig att detta tar ut en del av

vinsterna med dabigatran i studien. Med de tillgängliga resultaten är kanske den rimligaste bedömningen att dabigatran och warfarin är i stort sett likvärdiga preparat där skillnaderna förmodligen är för små för att göra skillnad på individnivå för den enskilde patienten.

Fördelar/nackdelar för patienterna med dabigatran jämfört med warfarin

Alternativ till warfarin har varit efterlängttade då många upplever warfarinbehandling som komplicerad med många läkemedels- och livsmedelsinteraktioner och att provtagningen för att ställa in doseringen upplevs som besvärlig, särskilt till en början. Det stora orosmolnet har med compliance att göra. Det finns farhågor om att följsamheten till behandlingen blir betydligt sämre än för warfarinbehandling då debut-symptomet vid dålig compliance är stroke.

Fördelar med dabigatran:

1. Patienten får ett preparat med tillräckligt brett terapeutiskt intervall att man inte behöver mäta svaret med blodprover.
2. Betydligt färre interaktioner med andra läkemedel och livsmedel.

Nackdelar med dabigatran:

1. Måste tas morgon och kväll. Känsligare för missad dos.
2. Finns inget bra sätt att mäta compliance och därmed kunna påminna patienten om behandlingen.
3. Vid större blödning och akut operation finns inte något bra sätt att häva effekterna av dabigatran.
4. Kostnaderna för dabigatran är högre än för warfarinbehandling.

5. Dabigatran är nytt och relativt obeprövat medan vi decenniers erfarenhet av warfarinbehandling.
6. Kunskaperna om hur man skall göra vid bridging, det vill säga vid planerade operationer och ingrepp, är dålig.

Bedömning

Dabigatran kan alltså ses som ett fullgott alternativ till warfarin hos patienter som behöver tromboembolisk profylax vid förmaksflimmer. Däremot finns inga större medicinska fördelar med dabigatran jämfört med warfarin. Hälsoekonomiskt kan man hittills inte heller se några fördelar med dabigatran. De hälsoekonomiska analyserna om vad warfarinbehandling kostar per patient kan man inte direkt överföra till besparing för sjukvården/samhället om man istället väljer att behandla med dabigatran. Särskilt inte då en hel del av kostnaderna för warfarinbehandling är overhead-kostnader för organisationen runt AK-mottagningarna och dessa kommer att finnas kvar då det finns ett stort antal patienter med mekaniska hjärtklaffar etc som man inte kan behandla med dabigatran i dagsläget.

På patienter som är välinställda på warfarin finns ingen anledning att byta till dabigatran, utan de skall snarast uppmuntras till att fortsätta med sin warfarinbehandling.

På patienter som skall nyinsättas på tromboembolisk profylax är warfarin förstahandsalternativet. Skä-

len till detta är den mångåriga erfarenhet som finns med warfarinbehandling och kostnadsaspekten. Om patienten önskar dabigatran istället för warfarin skall de informeras om för- och nackdelar med respektive behandling och erbjudas skriftlig patientinformation, innan läkaren överväger ett byte.

Dabigatran får ses som förstahandsalternativ för patienter som ofta befinner sig på resande fot eller bor långt ifrån närmaste provtagningsställe.

Rekommendationer för hur vi skall göra vid blödningskomplikation eller före operation samt förslag hur man skall kunna kontrollera effekten finns på hemsidan <http://www.ssth.se>

Cave! Patienter med svängande INR-nivåer måste man noga försöka ta reda på varför de varierar. Att enbart byta till dabigatran kan få katastrofala resultat då en av de vanligaste anledningarna tillsvängande INR är dålig compliance. Att byta till dabigatran som man inte kan kontrollera leder förmodligen till försämrad compliance.

Cave! Nedsatt njurfunktion kan få dabigatran att ackumuleras och leda till svåra blödningar. Kontrollera njurfunktionen åtminstone årligen. Tätare vid nedsatt njurfunktion.

23 september 2011

Chefssamrådet hjärtsjukvård och Läkemedelskommittéerna, Norra sjukvårdsregionen

Riktlinjer för dabigatran (Pradaxa) vid förmaksflimmer i Jämlands län

LISBET GIBSON, VERKSAMHETSCHEF OMRÅDE MEDICIN
PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN
BJÖRN ERIKSSON, MLA KARDIOLOGI

TLV:s (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) beslut om förmån för dabigatran vid indikationen trombosprofylax vid förmaksflimmer väntas komma under november 2011.

I vårt län ska insättning av dabigatran göras efter bedömning av kardiolog vid medicinkliniken. Patienter som kan bli aktuella för behandling med dabigatran skall remitteras till medicinkliniken för information och beslut om behandling. Be-

handlingen sker sedan via AVK-mottagnigen för registrering och uppföljning vilket kan komma att bli ett krav i TLV:s beslut om förmån.

Patienter som kan bli aktuella för behandling med dabigatran ska informeras om för- och nackdelar med behandlingen: se skriftlig patientinformation för norra regionen i detta nummer av Jämtmedel eller kan laddas ner från läkemedelskommitténs hemsida www.jll.se/lakemedel.

INFORMATION TILL PATIENTER

Användning av Pradaxa® vid förmaksflimmer

Förmaksflimmer är den vanligaste formen av rubbning av hjärtrytm. Förmaksflimmer ökar risken för att det bildas blodproppar som via blodbanan förs runt i kroppen. Dessa kan bland annat leda till stroke. För att förhindra stroke ges läkemedel som minskar blodets levringsförmåga. Idag används vanligen Waran/Warfarin, som effektivt minskar risken för stroke. Samtidigt innebär behandlingen en viss risk för allvarliga blödningar. Därför krävs noggranna kontroller.

Pradaxa, med den aktiva substansen dabigatran, är nytt och har ett annat verknings sätt än Waran/Warfarin. I studierna visar det lika goda förebyggande egenskaper som Waran/Warfarin. Men tyvärr ger det även en ökad blödningsrisk jämförbar med Waran/Warfarin. Pradaxa har lika bra effekt som Waran/Warfarin vid förmaksflimmer.

Fördelar med Pradaxa jämfört med Waran/Warfarin:

- Det behövs inte regelbundna blodprovskontroller som Waran/Warfarin
- Läkemedlet påverkas inte i lika hög grad av andra läkemedel och födoämnen som Waran/Warfarin

Nackdelar med Pradaxa jämfört med Waran/Warfarin:

- Det finns inga blodprov för att kontrollera effekten av läkemedlet.
- Läkemedlet måste doseras två gånger dagligen.
- Det finns inget läkemedel att ge för att bryta den blodförtunnande effekten vid allvarlig blödning eller vid akut operation.
- Det finns ännu inga rekommendationer hur vi skall göra med läkemedlet vid planerade operativa ingrepp, då vi ju inte kan mäta effekten av läkemedlet.
- Vi skall inte använda läkemedlet vid nedsatt njurfunktion då riskerna för komplikationer ökar.

SBU, statens beredning för medicinsk utvärdering, har värderat Pradaxa. De sammanfattar;

»En samlad bedömning av medicinsk nytta och risker för patientgruppen som helhet i Sverige visar inte att dabigatranbehandling är bättre än warfarinbehandling vid förmaksflimmer och ökad risk för stroke. Under förutsättning att warfarinbehandling styrs väl, vilket är det vanliga i Sverige, finns det ingen betydelsefull skillnad mellan dabigatran och warfarin i risk, varken för stroke och blodpropp av annat slag eller allvarlig blödning totalt sett eller död oavsett orsak.«

Det är bra att vi med Pradaxa har fått ett nytt läkemedel som ett alternativ till Waran/Warfarin. Men mycket återstår dock att studera innan vi vet vilka patienter som har bäst nytta av Pradaxa.

Det finns exempelvis inga studier som visar nytta och risker för patienter som av olika anledningar inte lämpar sig för behandling med Waran/Warfarin.

Bedömning

Mot denna bakgrund är norra sjukvårdsregionens bedömning att Waran/Warfarin även fortsättningsvis skall vara standardbehandling vid förmaksflimmer. Om du som patient ändå har starka önskemål om att använda Pradaxa istället för Waran/Warfarin måste du vara medveten om de potentiella nackdelarna och diskutera med din läkare.

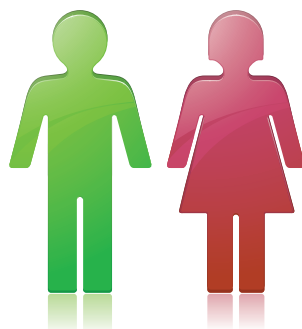
23 september 2011

Chefssamrådet hjärtsjukvård och Läkemedelskommittéerna, Norra sjukvårdsregionen

Bakterier i urinen mycket sällan orsak till diffusa symtom hos äldre

GUNNAR NILSSON, DISTRIKTLÄKARE MYRVIKENS HÄLSOCENTRAL, MEDLEM I
LÄKEMEDELSKOMMITTÉNS EXPERTGRUPP INFEKTIONSSJUKDOMAR

I smittskyddsinstitutets nyhetsbrev juni 2011 refereras en ny studie om diagnostik av uvi vid vårdhem.¹ Studien är angelägen då problemet med behandlingskrävande uvi i förhållande till asymtomatisk bakteriuri, som inte bör behandlas med antibiotika, ofta är aktuellt på äldreboenden. Urinodlingar är här inte alltid vägledande då förekomsten av bakterier i urinen är vanligt hos personer på vårdhem för äldre; mellan 25 och 50 procent bland kvinnor och mellan 15 och 40 procent bland män. Deltagarna i studien fick inte vara kateterbehandlade och var kapabla att lämna ett kastat urinprov.



Föreligger det ett samband mellan bakterier i urinen och nyttillkomna, diffusa symtom, bland personer på äldreboende?

I studien registrerade man symptom och jämförde med urinodlingssvar, från 651 personer på olika äldreboenden i Västra Götaland. Studien visade att bakteriuri inte förklarar symtomen som trötthet, oro, förvirring, agitation/ilska, sveda vid vattenkastning eller täta urinträngningar hos patienter på äldreboenden. Det fanns inte något säkerställt samband mellan dessa symtom och fynd av bakterier i urinen, när man tog hänsyn till förekomst av symptomfria bärare av bakterier i urinen. Ett möjligt undantag var en beskrivning av »att inte vara sig lik« de sista en till tre månaderna, med samtidigt fynd av colibakterier i urinen. Patienturvalet medger att resultaten kan överföras även till andra äldreboenden i Sverige och förmodligen även utomlands.

Studien visar på behovet av bättre diagnostiska markörer

En standard att jämföra olika uvisuspekta symtom mot finns inte i en situation då närmare 50 procent kan vara infekterade med urinvägs patogena bakterier, från början. Därför behövs bättre diagnostiska markörer, som komplement eller ersättning till urinodling. Sådana markörer skulle kunna minska

onödig antibiotikaförskrivning, med risk för biverkningar och resistensutveckling.

Mätning av cytokiner och leukocytesteras i urinprov kan vara en kombination av markörer som bättre kan diskriminera mellan asymtomatisk uvi och behandlingskrävande uvi. En mindre svensk studie på patienter över 80 år är publicerad, men resultaten behöver bekräftas av prospektiva studier innan metoden tas i bruk. De senaste årens ökning av s.k. ESBL-bildande urinvägsbakterier visar på behovet av en klok antibiotikaanvändning vid urinvägsinfektioner. ESBL (Extended Spectrum BetaLactamase) står för bakteriezymer som inaktiverar många antibiotika genom hydrolys av deras betalaktamring. ESBL-generna är plasmidburna och kan därmed smitta mellan olika bakterier.

REFERENSER

1. Sundvall PD, Ulleryd P, Gunnarsson RK. Urine culture doubtful in determining etiology of diffuse symptoms among elderly individuals: a cross-sectional study of 32 nursing homes. BMC Fam Pract. 2011 May 19;12(1):36. PMID: 21592413. <http://korta.nu/arqtf>

2. Rodhe N, Löfgren S, Strindhall J, Matussek A, Mölsted S: Cytokines in urine in elderly subjects with acute cystitis and asymptomatic bacteriuria. Scand J Prim Health Care 2009, 27(2):74-79. <http://korta.nu/nusn2>

Strama – en lägesrapport

LARS-ERIK OLOFSSON, INFEKTIONSKLINIKEN, ÖSTERSUNDS SJUKHUS

Strama, som är en förkortning för Strategigruppen för Rationell Antibiotikaanvändning och Minskad Antibiotikaresistens, startade nationellt 1995 med Otto Cars Uppsala (f.d. Östersundsbo) som primus motor. Stramas arbete har uppmärksammats internationellt och man talar på vissa håll i världen om »the Strama model«. En avknoppning av Strama (React) arbetar idag med antibiotikafrågor internationellt framför allt i utvecklingsländerna.

Mats Erntell, infektions-/smittskyddsläkare från Halmstad, har under 2011 tagit över ordförandeskapet för Strama nationellt.

Bad bugs – no drugs

I USA har frågan kring resistens och avsaknaden av nya antibiotika fått en allt större uppmärksamhet. Amerikanska infektionsläkarföreningen driver nu med statliga medel en kampanj för att få fram minst tio nya antibiotika före 2020. Vid en avstämning nyligen såg det dock pessimistiskt ut. Möjligen skulle ett nytt antibiotikum kunna registreras 2016, men även vad gäller detta preparat var osäkerheten idag fortfarande stor huruvida det skulle komma ut på marknaden.

Läkemedelsbolagen idag är inte intresserade av antibiotikautveckling utan satsar hellre på andra läkemedel som exempelvis statiner. Det var beskedet vid en kongress i Boston nyligen. Vad gäller antibiotika beskrev man det som »market failure and an innovation gap«. Vi har tidigare brottats med resistensutveckling hos bakterier globalt men vi har aldrig, i modern tid, haft så få antibiotika under utveckling och så få läkemedelsbolag som arbetar med antibiotika. Idag är det fyra bolag mot nitton bolag 1990.

De senaste fyrtio åren har endast två helt nya antibiotikaklasser lanserats.

Strama Jämtland

Här i Jämtland har vi utmärkt oss genom att som enda landsting i Sverige inte ha någon lokal Stramagrupp. Vi har ändå under åren legat i topp vad gäller restriktivitet med antibiotika-förskrivning.

I samband med överenskommelsen mellan Regeringen och SKL i december 2010 gällande prestationsbaserat patientsäkerhetsarbete, så var ett av kriterierna att en lokal Stramagrupp skulle bildas och därmed startades den lokala Stramagruppen i mars 2011.

Måste dock framhålla att även innan denna grupps bildande är vi många i länet som under åren arbetat i sann Stramaanda för ett klokt antibiotikaanvändande och till synes gjort det framgångsrikt.

Vid årets utvärdering utmärker sig tre landsting. Jämtland, Dalarna och Västernorrland. Endast dessa tre har lyckats med första årets mål att minska förskrivning med tio procent och därmed får ta del av regeringens extra miljoner. I vårt fall blev det cirka 18,7 miljoner kronor.

Målet för landets landsting är att minska förskrivningen till 250 recept per tusen invånare och år stegvis fram till 2014. Vid senaste kontrollen förskrevs i Jämtland i medeltal 305 recept per tusen invånare och år och därmed låg vi lägst i landet.

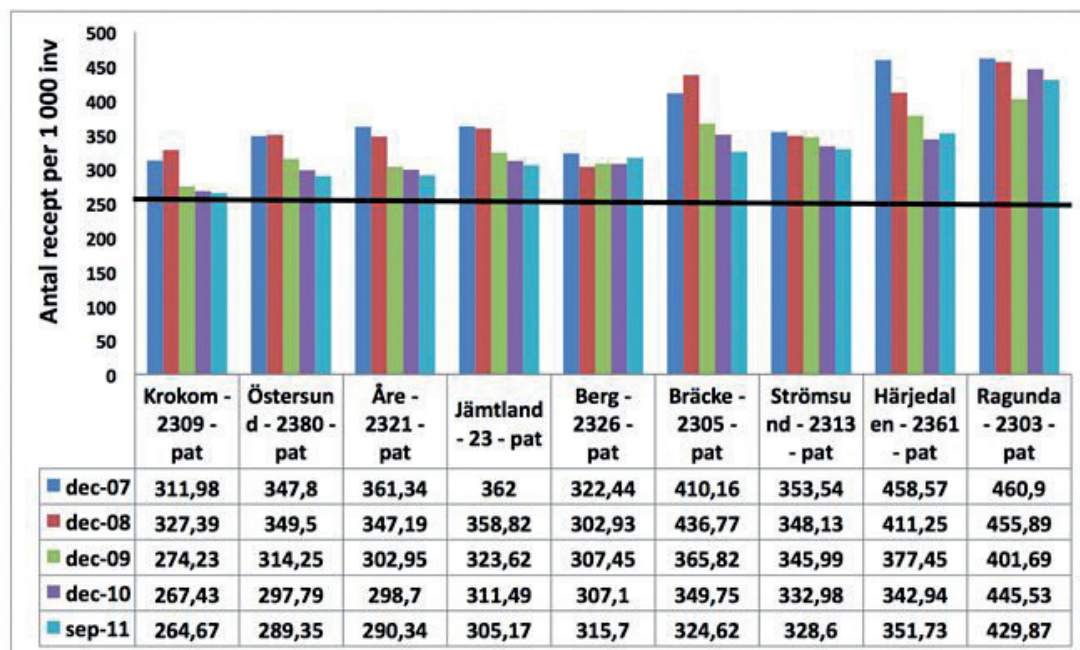
Fortsättningsvis kommer Strama lokalt att fortlöpande följa och analysera det lokala resistensläget och antibiotikaförbrukningen i såväl öppen som sluten vård. Utifrån dessa analyser och nationella behandlingsrekommendationer kommer lokala rekommendationer för behandling och profylax med antibiotika utformas.

forts. nästa sida

Förskrivning av antibiotika (antal recept per tusen invånare och år) kommunvis i Jämtland december 2007 till september 2011

Antibiotika J01 exkl. Metenamin

rullande 12 mån.



Stramagruppen Jämtland träffas två-tre gånger per år och består av:

Gunnar Nilsson, distriktsläkare – Myrvikens HC

gunnar.nilsson@jll.se

Lars-Erik Olofsson, överläkare – Infektionskliniken

lars-erik.olofsson@jll.se

Bengt Svensson, överläkare – Öronkliniken

bengt.svensson@jll.se

Inge Axelsson, överläkare – Barnkliniken

inge.axelsson@miun.se

Ulrica Jonsson, landstingsapotekare – Ledningsstab utveckling hälso- & sjukvård

ulrica.k.jonsson@jll.se

Maria Omberg, verksamhetschef & smittskyddssjuksköterska – Smittskydd & vårdhygien

maria.omberg@jll.se

Micael Widerström, smittskyddsläkare – Smittskydd & vårdhygien

mikael.widerstrom@jll.se

Krisztina Papp, specialistläkare – Mikrobiologen

krisztina.papp@jll.se

Rolf Lundholm, vårdhygieniker – Smittskydd & vårdhygien

rolf.lundholm@jll.se

ELINOR – Enheten för läkemedelsinformation i norr

Läkemedelsinformationscentralen **ELINOR** utreder patientrelaterade läkemedelsfrågor från sjukvården i Norra sjukvårdsregionen – en service öppen för läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, farmaceuter och andra med läkemedelsansvar.

TELEFONTID: Måndag–fredag kl 8.30–16.30 (övrig tid telefonsvarare)

TELEFON: 090-785 39 10

E-POST: elinor@vll.se eller elinor@pharm.umu.se

WEBBFORMULÄR: <http://korta.nu/pfcwn>

Kostnaden per fråga är 4 561 kronor oavsett frågans svårighetsgrad. I Jämtlands län betalar varje enhet sina egna frågor.

Läkemedelsinformationscentralens verksamhet är problemorienterad, det vill säga relaterad till enskilda patienters situation avseende till exempel preparatval, misstänkta biverkningar, möjliga interaktioner,

risker med läkemedel under graviditet och amning. Utredning av en frågeställning baseras på de kliniska uppgifterna och på kritisk värdering av tillgänglig information i form av originallitteratur, handböcker och databaser såsom Drugline, Medline och Läkemedelsverkets biverkningsdatabas. För att säkerställa en hög kvalitet diskuteras frågan eller problemet och svaret vid en veckorond med företrädare för medicinska och farmaceutiska kompetensområden. Svaret utgörs oftast av en skriftlig utredning med referenser. Vid behov kan ett snabbt preliminärsvärde lämnas.

Drugline

Läkemedelsinformationscentralerna bygger gemensamt upp databasen Drugline, där utredningar av allmänt intresse lagras oidentifierade. Drugline innehåller för närvarande cirka 12 000 frågeställningar med utredningar i fulltext inklusive referenser. Databasen är inte allmänt tillgänglig.

Utbildningsdag om läkemedel för Norrlands AT-läkare i anslutning till Norrländska läkemedelsdagarna

TID onsdag eftermiddag den 25 januari och torsdag den 26 januari 2012

PLATS Folkets Hus i Umeå

ANMÄLAN <http://korta.nu/17no7>

25 JANUARI

15.30–17.00 Vad kan man lita på? Så undviker du att bli lurad.

Jan Håkansson, Bo Sundqvist
Produktinformation eller reklam? Hur genomskådar man marknadsföringsknepen? Vad säger regelverken m.m.

19.00 Middag

26 JANUARI

08.00–09.30 Vad kan man lita på? Bli din egen expert!

Jan Håkansson, Jonas Claesson Håkan Larsson
Var hittar man evidens och hur tolka den? Diskussion i grupp runt aktuella läkemedel.

09.30–10.00 Fika

10.00–12.00 När det blir fel. Vad kan vi lära av miss-tagen? Konsten att förebygga fel i läkemedelbehandlingen.

Håkan Larsson, Kristina Seling, Martin Enander

Föreläsning och diskussion i grupp runt patientfall.

12.00–13.00 Lunch

13.00–14.30 Om doktorn själv får välja. Vilken risk är du villig att ta? Och till vilken nytta?

Bertil Ekstedt, Håkan Larsson
Interaktiv föreläsning.