

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 39 • NR 1 • FEBRUARI 2014



UR INNEHÅLLET:

Nyheter i Z-läkemedel 2014–2015

Rutin för dosdispenserade läkemedel

Behandlingsmålen för öppenvård

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre – SBU-rapport



INNEHÅLL

Maskinell dosdispensering och ordinationsverktyget Pascal	3
Rutin för dosdispenserade läkemedel	4
Nyheter i Z-läkemedel 2014–2015	9
Behandlingsmålen i öppenvård	12
Klåda av kalciumblockerare	18
Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre – SBU granskar	19

OMSLAGSFOTO: 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 Gudrun Ros grafisk form

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2014

Ordförande har ordet

Maskinell dosdispensering och ordinationsverktyget Pascal

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Att ordinera läkemedel för maskinell dosdispensering är krångligare och mer tidskrävande än att skriva ut e-recept via journalens läkemedelsmodul LM i VAS. Även sedan bytet till Pascal som ordinationsverktyg för dosdispensering kvarstår flera tillkortakommanden som utgör potentiella patientsäkerhetsrisker. Forskning vid Sahlgrenska universitetssjukhuset har även kunnat påvisa ett samband mellan dostjänst och potentiellt riskfylld läkemedelsbehandling.¹ I Jönköpings läns landsting har en omfattande riskanalys av hela dosdispenseringsprocessen genomförts och sänts till berörda myndigheter.²

Riktlinjerna för maskinell dosdispensering av läkemedel i Jämtlands läns landsting har uppdaterats (se sidan 4). Nyinsättning på maskinell dosdispensering

bör ske endast i selekterade fall där nyttan bedöms överväga nackdelarna. Främst patienter med förväntad stabil medicinering framöver och minst tre dispenserbara läkemedel kan komma ifråga.

REFERENSER

1. Eva Nilsson Bågenholm »APO-dos får aldrig vara en patentrösning« nov 2013
<http://korta.nu/uxzl6>
2. Läkare fortsätter vägra Pascal. IT i vården 2013-09-27
<http://korta.nu/imar1>

Rutin för dosdispenserade läkemedel

[De regionala anvisningarna](#) för dosdispenserade läkemedel har nedan omsatts i lokal instruktion, i de fall JLL skiljer sig från de regionala anvisningarna eller där förtydligande krävs.

SYFTE MED DOSDISPENSERING

- Underlätta och öka säkerheten i läkemedelshanteringen för patient, förskrivare och vårdpersonal
- Minska onödig kassation

VILKEN PATIENT SKALL HA DOSDISPENSERING?

Nyinsättning på maskinell dosdispensering bör ske endast i selekterade fall där nyttan bedöms överväga nackdelarna.

Man bör bedöma patientens egen förmåga att med eller utan hjälp av anhöriga kunna sköta sin medicinering/dos och styra sitt läkemedelsintag.

Ett lämpligt verktyg för detta är "[Safe Medication Assessment](#)" som med fördel kan fyllas i av kommunens distriktssköterska som oftast även är den person som uppmärksammar när dosdispensering kan vara av värde.

Kriterier för lämplig patient för dosdispensering

- stabil medicinering förväntas framöver, avseende läkemedlen och deras doseringar
- i normalfallet bör patienten ha minst tre dispenserbara läkemedel för kontinuerlig användning
- i vissa fall – vid risk för felaktig användning eller missbruk – kan det vara motiverat med maskinell dosdispensering för patienter som bara har ett läkemedel

Kriterier för olämplig patient för dosdispensering

- frekventa sjukhusvistelser
- förändrad läkemedelslista under senaste tre månaderna



Läkemedelskommittén
Per Magnusson

RIKTLINJE
Rutin för dosdispenserade läkemedel

2(5)
17446-1

- står på tabletter som inte går att dispensera (läkemedel som inte går att dispensera är exempelvis waran, persantin depot, antibiotika, Hydrea, azatioprin, metotrexat flytande läkemedel, injektionsläkemedel m fl.)

DOSRECEPT är en av Läkemedelsverket fastställd recepthandling. Aktuellt dosrecept nås enklast via [Pascal](#).

START AV MASKINELL DOSDISPENSERING

Vid start av dosdispensering förs patientens alla giltiga e-recept in i dosreceptet som vid-behovs-läkemedel. De måste därefter sättas ut och sedan på nytt sättas in för att de som är dispenserbara ska komma i dospåsarna. Den ordinator som gör detta kommer att stå som ordinator av läkemedlet även om denne inte var den som satte in det från början.

Dosreceptet:

- används för att ordinera alla läkemedel och hjälpmedel inom läkemedelsförmånen och CE-märkta varor (tex. spolvätska för katetersköljning, syrgas)
- är inte en del av landstingets journal. Vid ordination och ändringar i en patients dosrecept krävs därför dokumentation i patientens journal. Det kan t.ex. göras i sökordet läkemedelsberättelse om det sökordet finns i enhetens VAS.
- är som recepthandling giltig ett år om förskrivaren ej angivit kortare tid
- ingår i kommunal hälso- och sjukvård som en del av omvårdnadsjournalen och hanteringen följer de riktlinjer som finns i verksamheterna
- arkiveras i 10 år på dosapoteket i Umeå

DOSRECEPTENS VERSIONSNUMMER

På utskriften av dosrecepten anges ett versionsnummer nere till höger. Detta nummer uppräknas bara vid förändringar som dosapoteket måste godkänna ur farmaceutisk synpunkt. Det medför att uppräkning av versionsnummer inte sker vid utsättning av dosdispenserade läkemedel om inte akutdoser beställs och inte vid utsättning av läkemedel i helförpackning. Då sänder dosapoteket heller ingen ny utskrift av dosreceptet, men om patienten har stöd från kommunen med läkemedelshanteringen kan distriktssköterska skriva ut dosreceptet med den nya informationen.

Detta dosrecept med ändrad information har dock samma versionsnummer som det tidigare vilket kan medföra förväxlingsrisk. Patienter riskerar att få utdelat

GODKÄNT AV
Nina Fållbäck-Svensson

GILTIGT FR O M
2014-01-30

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.



Läkemedelskommittén
Per Magnusson

RIKTLINJE
Rutin för dosdispenserade läkemedel

3(5)
17446-1

läkemedel från hela förpackningar som egentligen var utsatta om det inte skrivits ut ett dosrecept med nyare datum men samma versionsnummer. Till dospatienter utan insatser för läkemedelshandling från kommunen kan ordnatören skriva ut nytt dosrecept och sända till patienten.

Ordinera i Pascal

- Ordinationer på stadigvarande medicinering sker alltid i Pascal.
- För att ordinera krävs SITHS-kort

ORDINATION AV ANTIBIOTIKAKURER och andra tillfälliga läkemedel

Antibiotika och andra läkemedel som förskrivs tillfälligt bör förskrivas som e-recept via VAS-LM.

Annars finns det en risk att de inte kan expedieras på apoteket.

DOSPATIENT PÅ SJUKHUS

Inskrivande enhet meddelar Dosapoteket via Pascal att uppehåll av läkemedelsleverans ska göras.

UTSKRIVNING FRÅN SJUKHUS

Utskrivande läkare från slutenvård eller vid akutbesök ansvarar för att ordinationsändringar sker i Pascal. Vid utskrivning ska patienten förses med läkemedel som räcker tills dosförpackade läkemedel kan levereras. Beakta möjligheten till akut dosdispensering, dvs kryssa i rutan "akut produktion" av nya påsar i Pascal vid förskrivning.

HUR BETALAR MAN?

Samma regler gäller för dospatienter som för alla andra receptkunder vid betalning av läkemedel. För information om betalningssystem, se www.apoteket.se

RESERVROUTIN

Om Pascal inte fungerar – se [länk](#)

OM NÅGOT BLIR FEL - AVVIKELSER

Alla fel som berör ordinationer, dispenserade läkemedel, originalförpackningar, läkemedelsnära förbrukningsartiklar och leveranser sker genom landstingets avvikelse rutiner. Vid behov - rapportera till Dosapoteket.

GODKÄNT AV
Nina Fållbäck-Svensson

GILTIGT FR O M
2014-01-30

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.



Läkemedelskommittén
Per Magnusson

RIKTLINJE
Rutin för dosdispenserade läkemedel

4(5)
17446-1

AVSLUTANDE AV DOSDISPENSERING

Vid avslut av dosdispensering för en patient tas alla ordinationer i dosreceptet bort. Det sker inte omedelbart vilket medför att om vanliga e-recept hinner skickas innan dosapoteket avslutat dos kommer även de nya e-recepten in på dosreceptet och då försvinner även dessa. Det är alltså viktigt att man observerar detta när man öppnar LM i VAS. Då gör systemet en kontroll och visar med en vit text i LM om patienten fortfarande är dospatient och ännu inte avslutats av apoteket. Vid behov kan dosapoteket kontaktas per telefon för omedelbart avslutande av dosdispensering.

FÖRSKRIVAREN ANSVARAR FÖR ATT:

- tillsammans med patient och anhöriga/kontaktperson besluta om medicinskt behov av dosdispensering föreligger
- patientens medicinering är stabil vid insättandet av dosdispensering
- notera i patientjournalen att patienten har dosdispensering, för att undvika dubbel-föreskrivning
- den läkare som sätter in dosdispensering är ansvarig för patientens samlade läkemedelsordination vid insättningsstillfället. Därefter är ordinerande läkare ansvarig för sin ordination och att den är lämplig i förhållande till patientens samlade läkemedelslista
- en huvudansvarig läkare finns; namn, telefonnummer samt arbetsplats står på dosreceptet.
- omprövning av läkemedelslistan ska göras minst en gång per år, företrädesvis i samband med förlängning av dosrecept
- diktera in lista över aktuella läkemedel i VAS minst en gång per år vid läkemedelsavstämning samt vid utskrivning från sjukhusvård, Pascal är inget journalsystem och uppgifterna måste därför föras in i VAS.
- prioritera när ordinationsändringar ska åtgärdas från Dosapoteket, akut eller vid nästa leveranstillfälle
- informera ansvarig sjuksköterska vid akuta ordinationsändringar.
- förskrivarkod och arbetsplatskod meddelas Dosapoteket vid faxordinationer
- överväga att sätta ut dosdispensering då medicineringen är instabil eller ej ändamålsenlig.

GODKÄNT AV
Nina Fållbäck-Svensson

GILTIGT FR O M
2014-01-30

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.



Läke-medelskommittén
Per Magnusson

RIKTLINJE
Rutin för dosdispenserade läke-medel

5(5)
17446-1

DOSAPOTEKET OCH VÄRDGIVARE INOM SLUTEN- OCH ÖPPENVÅRD ANSVARAR GEMENSAMT FÖR ATT:

- samverka för en säker informationsöverföring mellan sjukhusvård, öppenvård, kommunal vård och dosapoteket. Avsändare av fax ansvarar för att försändelsen når mottagaren. Använd alltid kortnummer!

SJUKSKÖTERSKAN ANSVARAR FÖR ATT:

- rätt läke-medel ges till rätt patient, vid rätt tidpunkt, på rätt sätt
- delegera delar av läke-medelshanteringen enligt lokala rutiner
- kontrollera läke-medel och dosrecept vid ordinationsändringar enligt lokal instruktion
- aktuellt dosrecept finns tillgängligt vid besök av läkare på särskilda boenden
- på dosreceptet ange ansvarig sjuksköterska/kontaktperson inkl telefonnummer för patienter som behöver hjälp med sin läke-medelshantering
- meddela Dosapoteket vid ändringar av tjänsteställe/vårdande enhet för patienten
- meddela förskrivare när Dosapoteket påminner om förlängning av dosrecept
- aktuella uppgifter om leverensadresser tillhandahålls Apoteket
- i förekommande fall endast göra ändringar inom sjuksköterskans förskrivningsrätt
- snarast meddela Dosapoteket när en patient med dosdispensering läggs in på eller skrivs ut från sjukhus, flyttar eller avlider, enligt lokala rutiner.

MEDICINSKT ANSVARIG SJUKSKÖTERSKA ANSVARAR FÖR ATT:

- det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för läke-medelshantering samt ett säkert delegeringsförfarande inom kommunen
- det finns säkra rutiner för mottagande av läke-medel.

KONTAKTUPPGIFTER DOSAPOTEKET:

- Telefon 010-44 789 00
- Faxnummer 010-44 789 46
- ÖPPETHÅLLANDE:
- Vardagar kl: 08-00-16.30

GODKÄNT AV
Nina Fållbäck-Svensson

GILTIGT FR O M
2014-01-30

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

Nyheter i Z-läkemedel 2014–2015

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Andningsvägar

Några substanser har tillkommit i listan:

beklometason+formoterol Innovair (spray). Innehåller beklometason som bedöms ha likvärdig effekt jämfört med övriga kortikosteroider men priset är betydligt lägre.

indakaterol Onbrez Breezhaler (pulver) som har medicinsk dokumentation som talar för att det bör vara förstahandsval när LABA är indicerat vid KOL. Finns dock inte som kombination med kortikosteroid.

Ciklesonid Alvesco (spray) är en ny kortikosteroid godkänd från 12 år. 80–160 mikrog ciklesonid är jämförbart med 100–250 mikrog flutikasonpropionat i diskus och 200–400 mikrog budesonid. Uppges ge lägre förekomst av oral candida och dysfoni än flutikason.¹

Nya pulverinhalatorer är Novolizer som verkar lätt att använda och Relanio som är lite krångligare men som kan fungera vid nyföreskrivning av underhållsbehandling och som har lågt pris för närvarande. Som vid all användning av pulverinhalatorer är det viktigt att patienten har tillräcklig förmåga att inandas för att få i sig läkemedlet.

Innan man övergår till nebulisering för tillförsel av inhalationsläkemedel bör man pröva spray + spacer.

Blodsjukdomar

Järnsackaros Venofer och *dextriferron* Ferinject (vb av höga doser > 500 mg) har lagts till för användning vid behov av parenteralt järn.

Endokrinologi

Insuman är tillagt som alternativ till Humulin NPH och Insulatard.

Insulin glulisin Apidra är tillagt som måltidsinsulin. Vid svår hypoglykemi/insulinkoma har rekommendation om glukagon Glukagon Novo Nordisk lagts till.

Nytt avsnitt är D-VITAMINBRIST där tablett Divisun rekommenderas. Det ges även förslag till hanteringen av misstänkt D-vitaminbrist.



Gynekologi

Antikonceptionsavsnittet har uppdaterats med färsk siffror för trombosrisk.

Jämtlands läns landsting ansluter efter politiskt beslut delvis till den av SKL rekommenderade nationella preventivmedelssubventionen för unga fr.o.m. 1 mars 2014. Inom Jämtlands läns landsting innefattar den dock alla hormonella preventivmedel, även de som inte ingår i läkemedelsförmånen. Kvinnor upp t.o.m. 25 års ålder betalar då maximalt 100 kr/år för hormonella preventivmedel som förskrivs på recept samt kopparspiral.

Som förstahandsmedel med *levonorgestrel + etinyl-estradiol* föreslås Prionelle (»1/7«) som till skillnad från tidigare rekommenderade Neovletta för närvarande ingår i läkemedelsförmånen.

För mellandosgestagenet *desogestrel* föreslås preparatet Gestrina, men inget för närvarande tillgängligt *desogestrel*preparat ingår i läkemedelsförmånen.

Som lågdosgetagen är *noretisteron* Mini-Pe tillagt. Liksom *lynestrenol* Exlutena ingår det för närvarande inte heller i läkemedelsförmånen.

För akut antikonception rekommenderas endast *ulipristal* EllaOne som hormonell metod p.g.a. bättre effekt trots att det är receptbelagt till skillnad från receptfritt *levonorgestrel* NorLevo och Postinor. Samtliga är utanför läkemedelsförmånen för närvarande.

I avsnittet dysmenorré har *diklofenak* strukits.

I avsnittet gynekologiska infektioner har *aciklovir* bytts till *valaciclovir* p.g.a. enklare dosering.

Hjärta-kärl

Avsnittet hypertoni har ett tillägg med anledning av studien HYVET.^{2,3} »Dokumentation finns att i övrigt väsentligen friska patienter >80 år med systoliskt blodtryck över 160 i sittande och samtidigt över 140 i stående har nytta av blodtryckssänkande behandling.«

Nytt preparat är *klortalidon* Hygropax som åter är registrerat efter att på 1990-talet avregistrerats. Det var ett av hypertoni-läkemedlen i den mycket stora ALLHAT-studien där preparatet visade sig minst lika bra som ACE-hämmare och kalciumblockerare.⁴ Det finns i styrkan 25 mg men oftast räcker en halv tablett dagligen. Klortalidon har längre halveringstid än övriga tiazider vilket kan vara en fördel och ge lägre blodtryck hela dygnet.⁵

I avsnittet blodfettrubbningar likställs *atorvastatin* och *simvastatin*.

Ticagrelor Brilique är nytt rekommenderat läkemedel för sekundärprofylax efter hjärtinfarkt.

Under avsnittet förmaksflimmer byts CHADS score till CHADS-VASC score. I avvaktan på lokala riktlinjer blir *Wafarin* Waran fortsatt det enda rekommenderade läkemedlet för antikoagulation vid förmaksflimmer.

Hudsjukdomar

Nya på listan är *klobetason* Emovat (kräm, salva), *ekonazol+triamcinolon* Pevisone (kräm), mikonazol+hydrokortison Cortimyk (kräm) och för laboratorieverifierad nagelmykos *terbinafin* Terbinafin (tablett).

Nytt avsnitt är aktinisk keratos där *imikvimod* Aldara, Zyclara rekommenderas.

Infektioner

Nytt avsnitt är streptokocktonsillit där algoritm för handläggning från Läkemedelsverkets workshop 2012 är inlagd.⁶ *Fenoximetylpenicillin* är fortsatt förstahandsmedel, *klindamycin* vid penicillinallergi och *cefadroxil* eller *klindamycin* vid recidiv.

Nytt är även avsnittet luftvägsinfektioner: pneumoni med bakteriell etiologi. Här är *fenoximetylpenicillin* förstahandsmedel och *amoxicillin*, *doxycyklin* och *erytromycin* andrahandsmedel.

I avsnittet nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor är *cefadroxil* struket p.g.a. risk för resistensutveckling.

Nytt avsnitt är nedre urinvägsinfektioner hos män: feberfria och utan komplicerande faktorer. Rekommendationerna *nitrofurantoin* och *pivmecillinam* grundar sig på Smittskyddsinstitutets rapport 2012⁷ och innebär en väsentlig förändring som kan minska på användningen av *ciprofloxacin*.

Generellt vid urinvägsinfektioner gäller att *trimetoprim* både som Idotrim och Bactrim enbart ska användas efter odling med visad känslighet eftersom 15–20 procent av *E. coli* är resistent.

Vid hud- och mjukdelsinfektioner har uppdelning gjorts av förstahandsmedlen: vid erysipelas *fenoximetylpenicillin*, vid cellulit/abscess *flukloxacillin*. Nya underavsnitt är hudborrelia och infekterade hund-, katt- eller människobett.

För herpesinfektioner rekommenderas nu endast *valaciclovir*.

Rutinen för endokarditprofylax har ändrats efter läkemedelsverkets workshop 2012⁸ och är nu indicerat endast i undantagsfall, t.ex. till patienter med gravt nedsatt immunförsvar.

Mage-tarm

Efter *metoklopramid* Primperan har texten »Metoklopramid endast för korttidsbehandling upp till 5 dygn vid illamående postoperativt, i samband med cytostatikabehandling eller vid migrän«. Orsaken är Läkemedelsverkets rekommendation augusti 2013⁹ som föranletts av risken för extrapyramidala biverkningar.

Neurologi

För attackbehandling av migrän har *ibuprofen* och *naproxen* lagts till.

Under fokal epilepsi har *levetiracetam* tillkommit. Det är ett alltmer använt medel som är relativt lätt-använt, har få interaktioner och god effekt.

Fosfenytoin Pro-Epanutin betraktas som slutenvårds-medel och har därför strukits från listan.

I avsnittet parkinsons sjukdom har råden om hantering av hallucinos ändrats till: »Vid hallucinos bör i första hand seponering av annan dopaminerg terapi än L-dopa prövas, alternativt kan dossänkning av L-dopa övervägas. Quetiapin kan provas vid hallucinationer«. Dopaminagonisterna *ropinirol* och *pramipexol* har lagts till för behandling även av parkinsons sjukdom.

I avsnittet restless legs har varning för uppkomst av impuls-kontrollstörning av dopaminagonister lagts till. L-dopa bör användas i andra hand.

Psykiatri

I avsnittet depression har *bupropion* Voxra strukits, bedöms mer som specialistpreparat.

Zolpidem har strukits i avsnittet sömnstörningar på grund av risken för förvirring, amnesi och somnambulism.

Avsnittet tvångssyndrom har strukits, utredning och behandling bör skötas i specialiserad vård.

Andrahandsmedlet *venlafaxin* har strukits i avsnittet social fobi.

Rörelseapparaten och smärta

Nabumeton och *diklofenak* har strukits vid längre tids behandling p.g.a. övervägande COX-2-hämning vilket kan misstänkas öka risken för hjärt-kärlhändelser.¹⁰

Naproxen ger minst riskökning och sannolikt medför även *ibuprofen* låg riskökning såvida det inte ges till personer som står på Trombyl.¹⁰

Ibuprofen rekommenderas för utvärtes behandling vid knä- och handartros.¹¹

I avsnittet reumatiska sjukdomar och artros rekommenderas *triamcinolon* Lederspan för intraartikulär injektion i stora leder. *Indometacin* Confortid supp är struket.

För gikt är *metyprednisolon* Depo-Medrol tillagt för injektion i leden.

Tramadol har strukits, kvar som opioid är *kodein* + *paracetamol* Citodon och *morfin* i form av tabletter eller injektion vid kortvariga smärttillstånd. Vid långvarig

smärta som kräver opioid är *buprenorfin* Norspan plåster förstahandsmedel och långverkande *morfin* andrahandsmedel.

Urologi

Vid överaktiv blåsa står bara *tolterodin* depotberedning kvar sedan dess patent gått ut och det är väsentligt mycket billigare än övriga läkemedel vid denna indikation.

Vätskepolicy vid Östersunds sjukhus

Voluven har strukits sedan den europeiska läkemedels-myndighetens säkerhetskommitté uttalat att lösningar som innehåller hydroxietylsterkelse inte längre ska användas.¹²

Öron-Näsa-Hals

Vid extern otit blir *betametason* Diproderm (örondrop-par) andrahandsmedel.

REFERENSER

1. Janusinfo <http://korta.nu/aehma>
2. N Engl J Med. 2008 May 1;358(18):1887-98. <http://korta.nu/ixuol>
3. BMJ 2012;344:d7541 <http://korta.nu/jmcsh>
4. JAMA, December 18, 2002Vol 288, No. 23 <http://korta.nu/b2nt9>
5. Hypertension.2008; 51: 1403-1419 <http://korta.nu/s8u0b>
6. Läke-medelsverket 2012 <http://korta.nu/halsfluss>
7. Smittskydds-institutet 2012 <http://korta.nu/wh95q>
8. Läke-medelsverket 2012 <http://korta.nu/9dw3z>
9. Läke-medelsverket 2013 <http://korta.nu/609d3>
10. Lancet maj 2013 <http://korta.nu/675c9>
11. Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD007400. DOI: 10.1002/14651858.CD007400.pub2.
12. Läke-medelsverket 2013 <http://korta.nu/2xvrg>

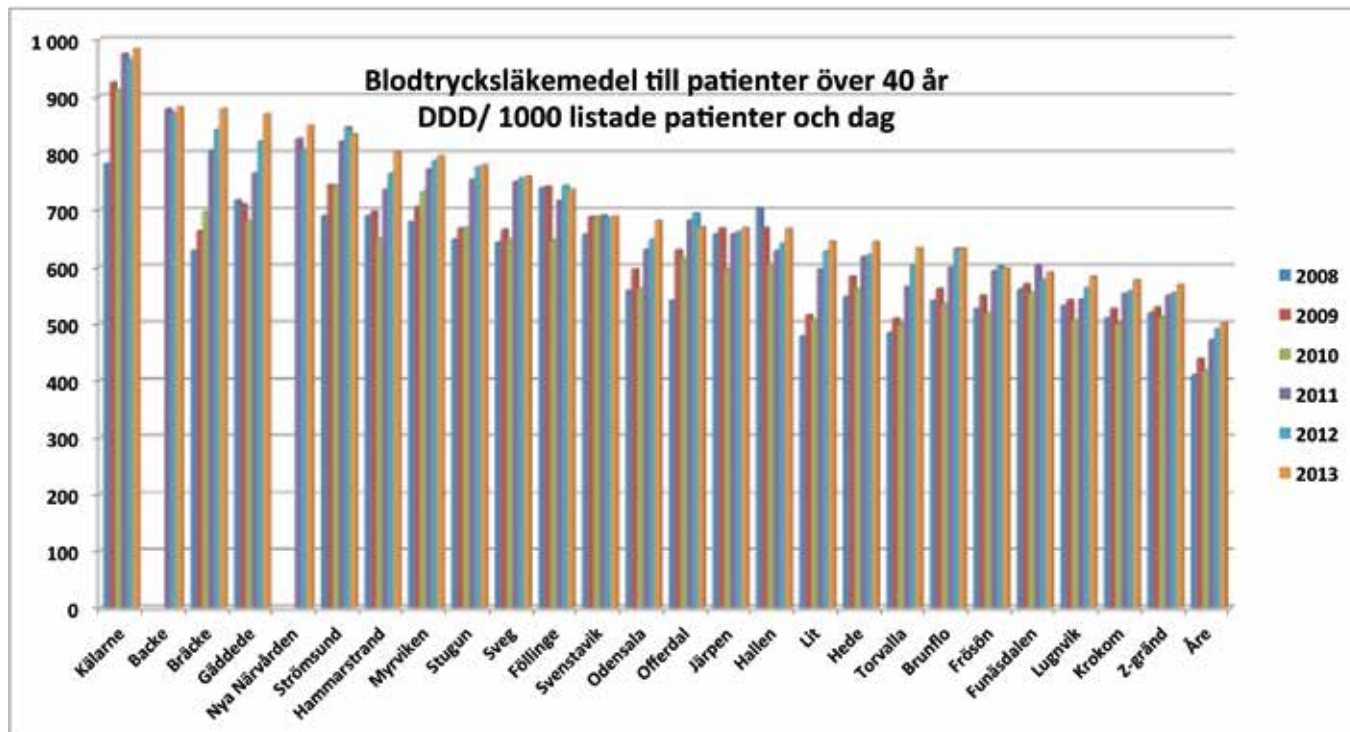
Behandlingsmålen i öppenvård

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

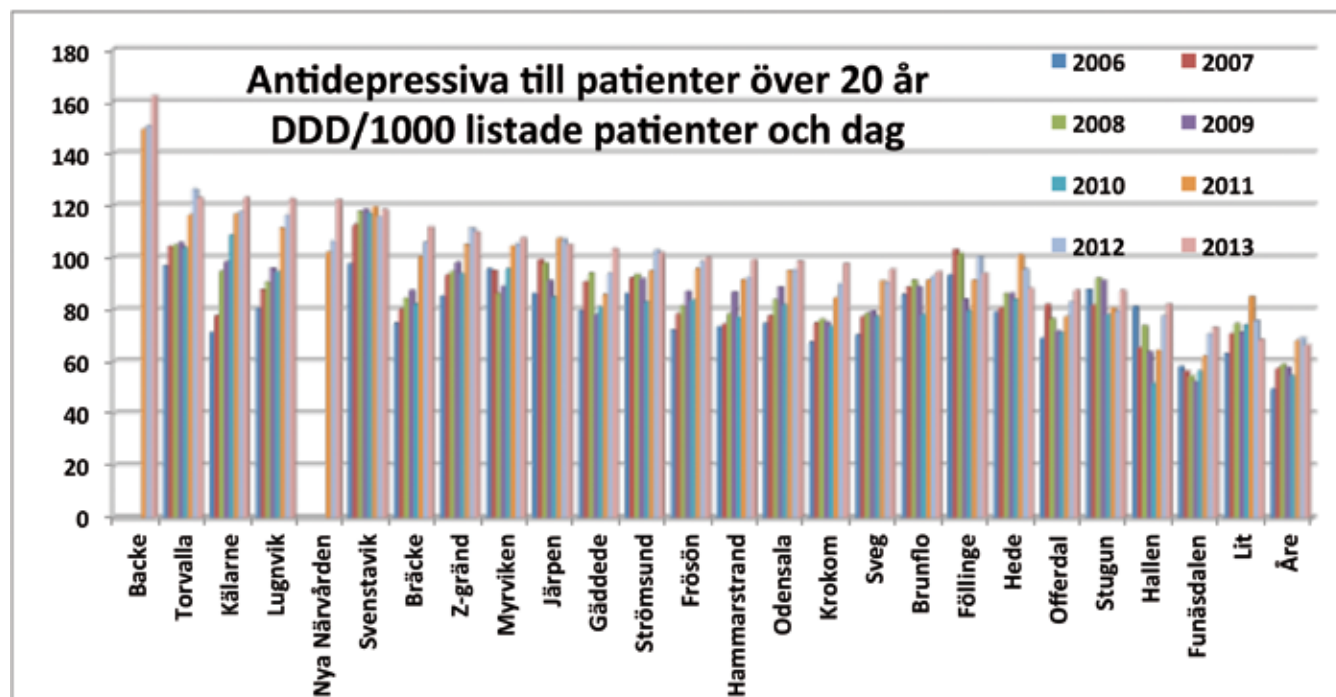
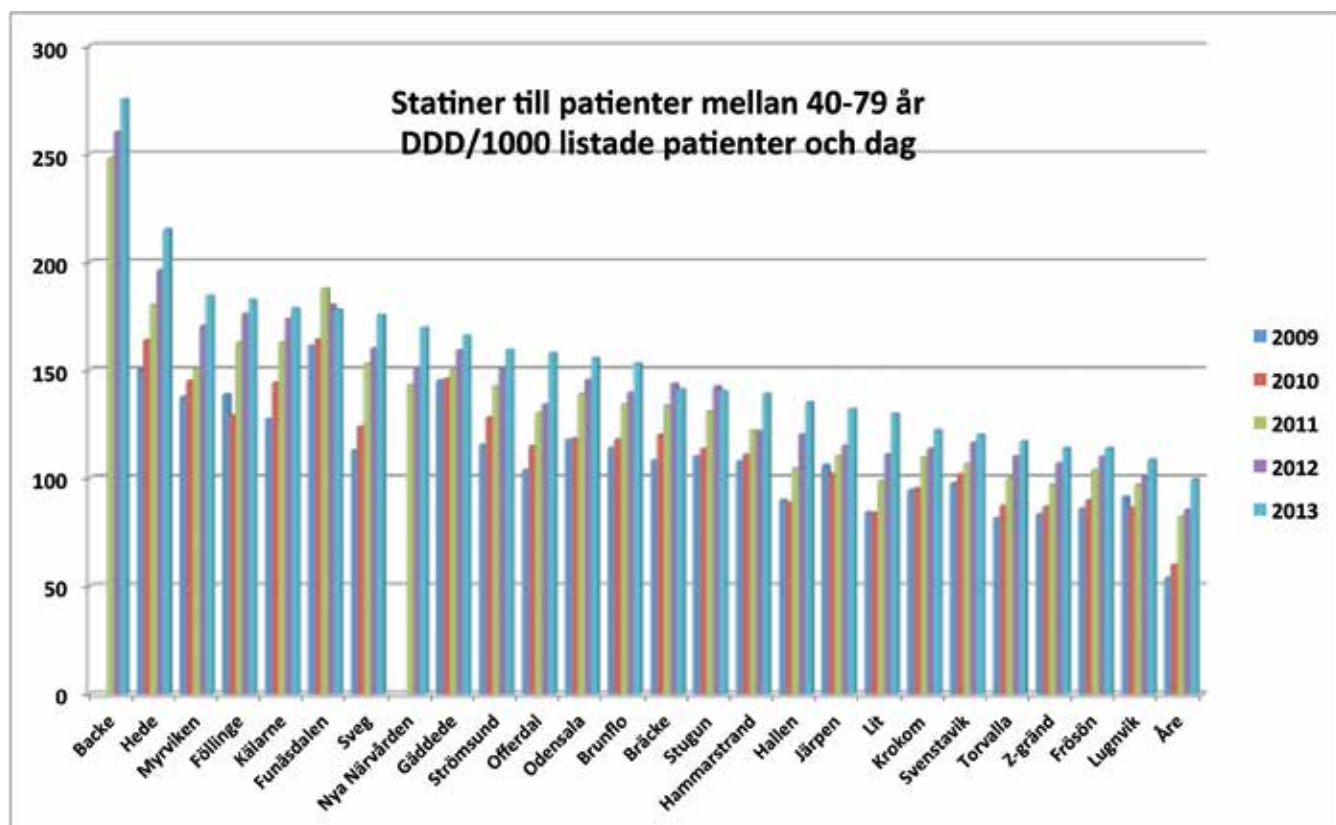
En av läkemedelskommitténs uppgifter är att följa förskrivningen av läkemedel för att hitta eventuella brister i läkemedelsanvändningen (Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer <http://korta.nu/11580>). Ett sätt är att jämföra olika enheters förskrivning. Läkemedelskommittén har sedan flera år följt förskrivningen inom tio behandlingsområden. Inom de fem första bör underförskrivning undvikas då det finns god evidens för behandlingsnytta vid rätt indikation. Inom de fem

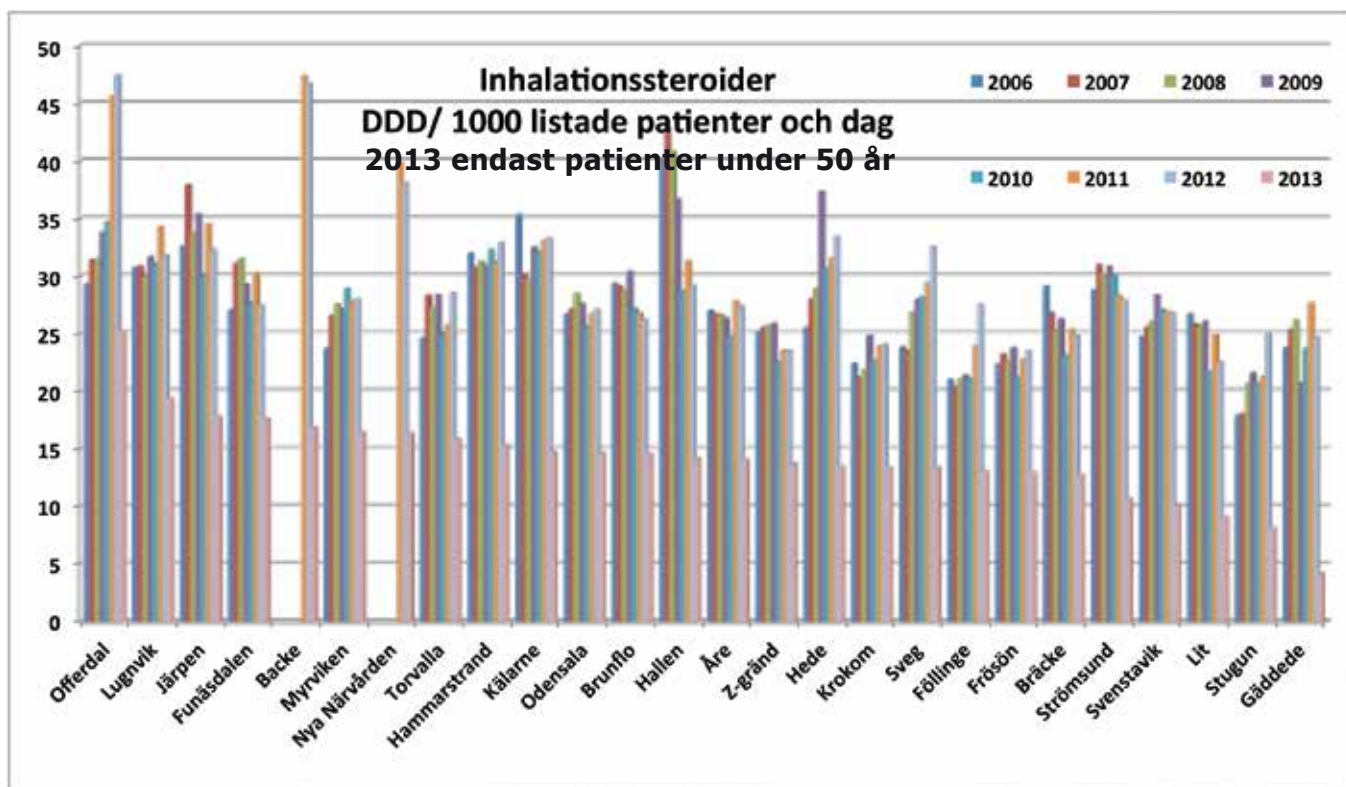
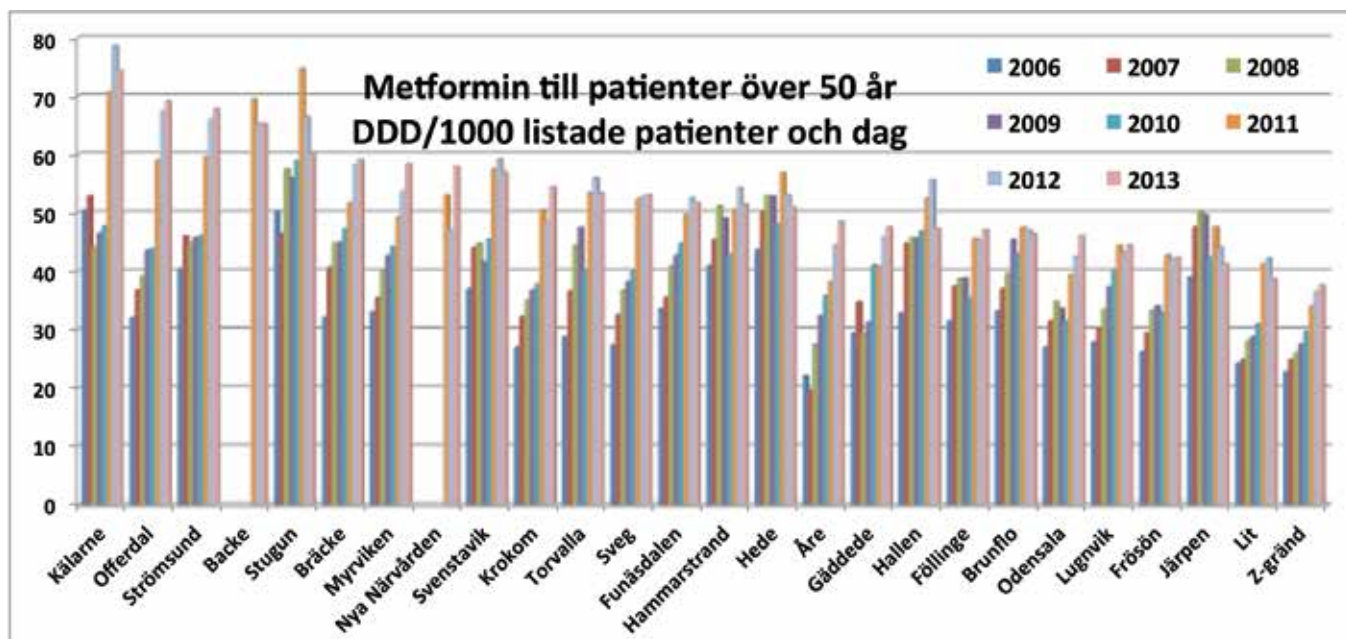
sista kan sannolikt förskrivningen minska utan att patienter med rätt indikation blir utan behandling.

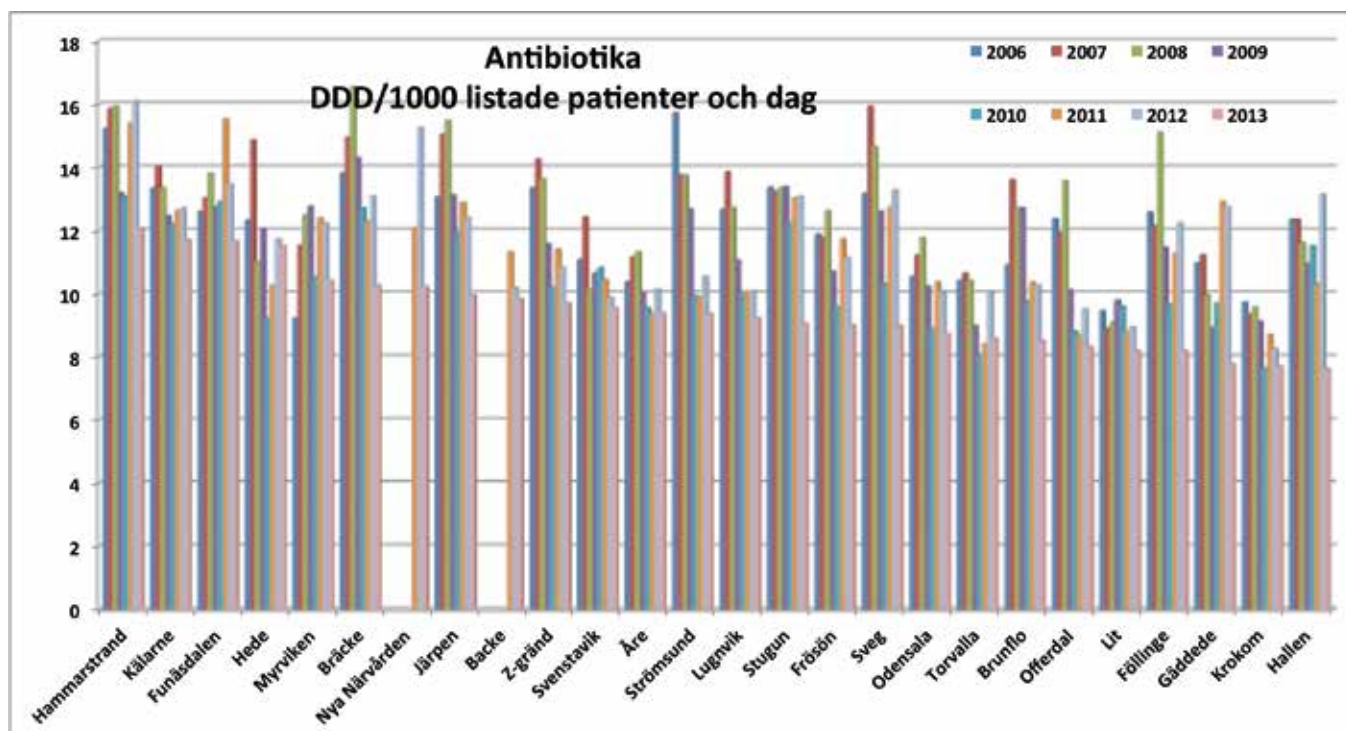
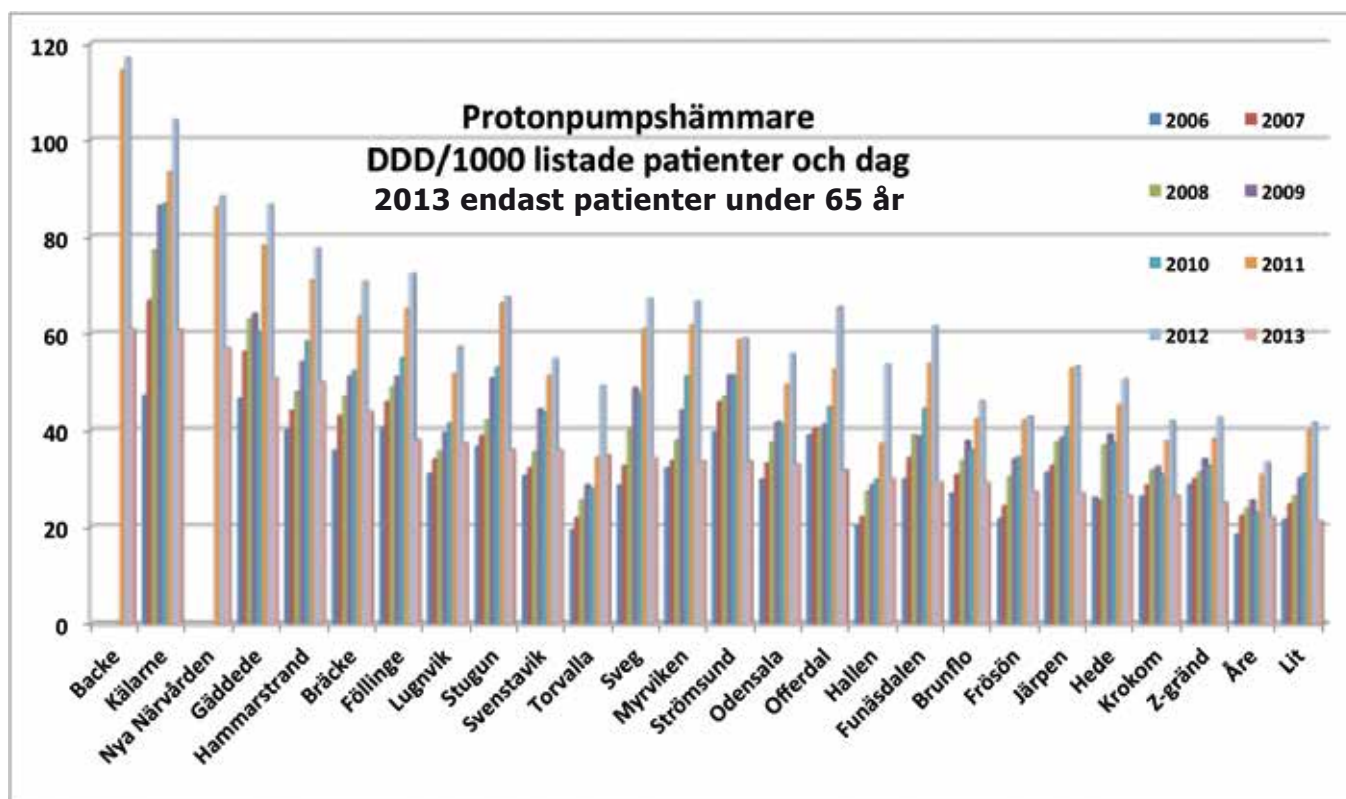
Man ska minnas att den listade befolkningen har olika sammansättning och förskrivningen speglar detta. Det finns en tydlig tendens till högre förskrivning inom stora läkemedelsområden i delar av länet med sämre socioekonomiska förutsättningar. Men medlen till läkemedelsbudgeten för varje hälsocentral fördelas utan hänsyn till denna snedfördelning i sjuklighet.

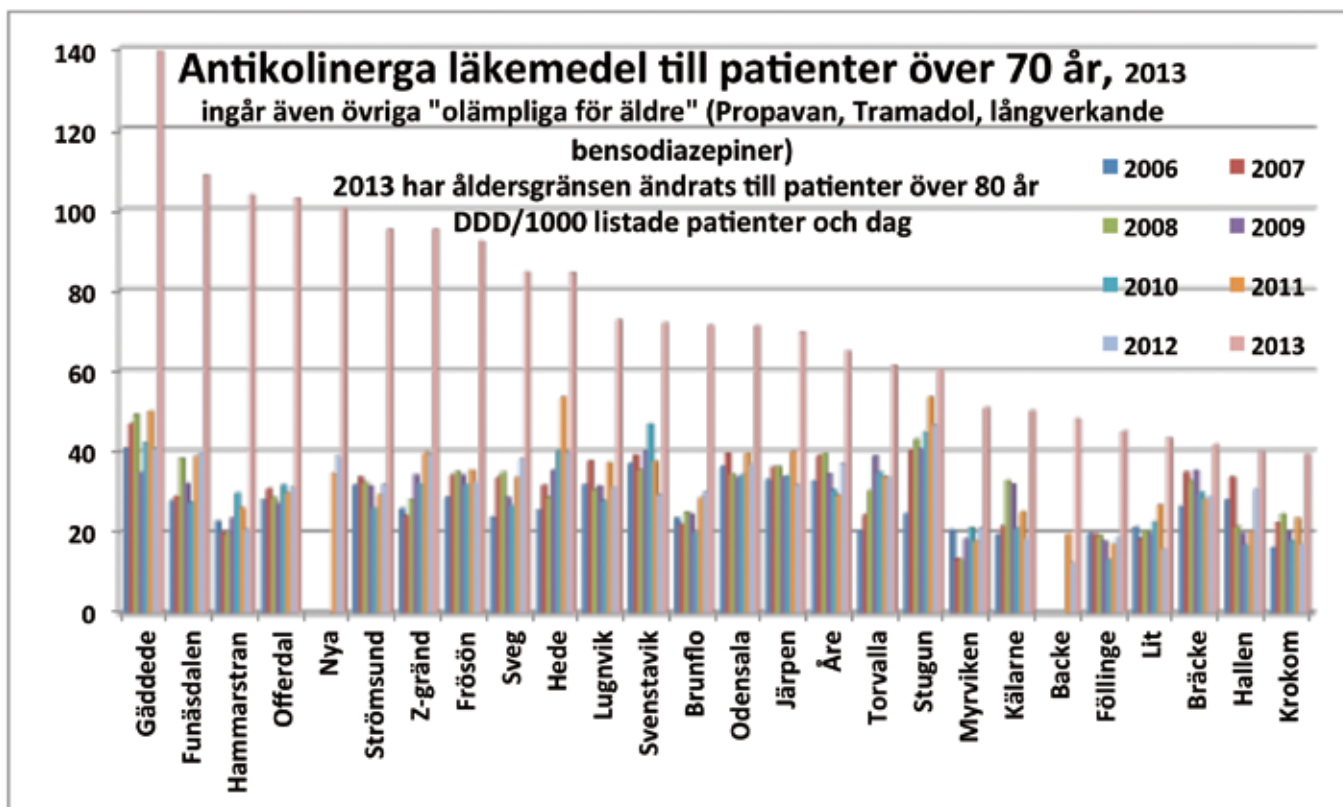
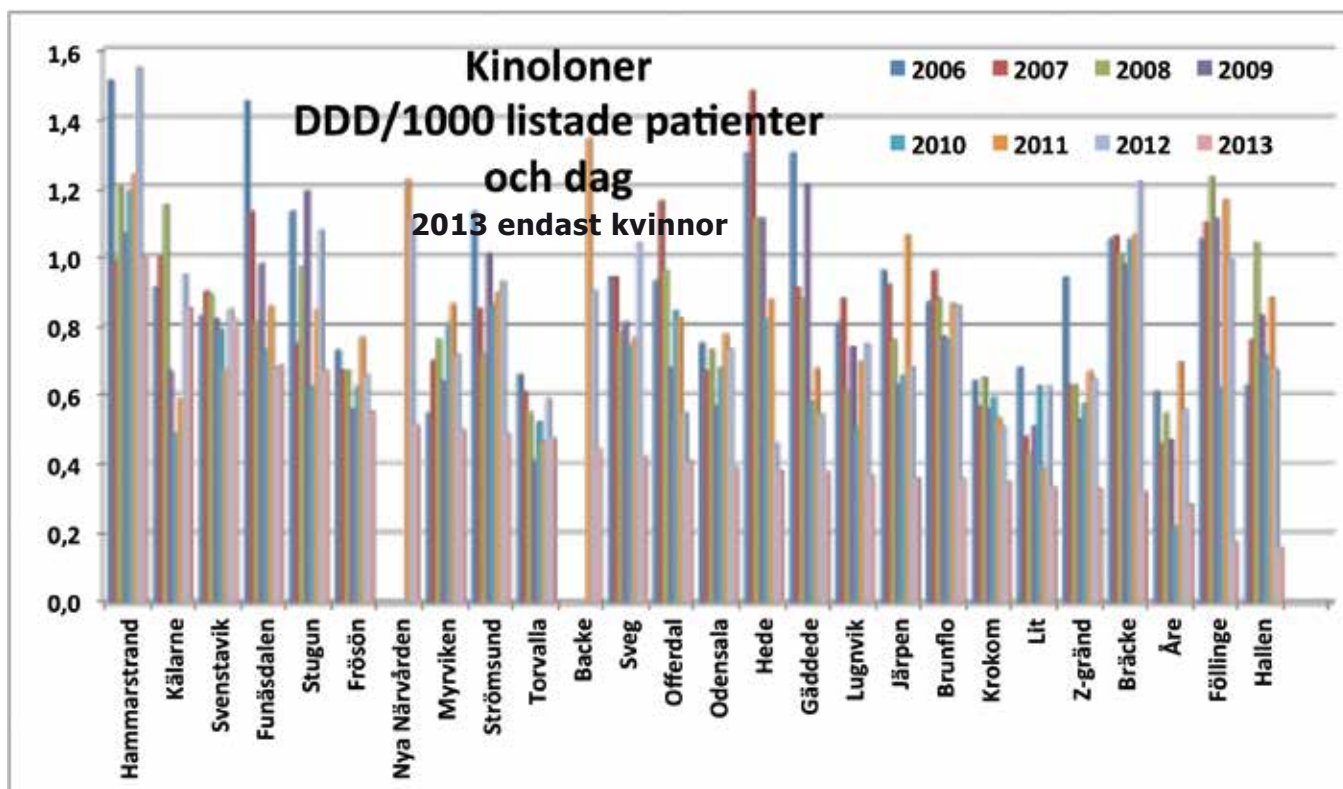


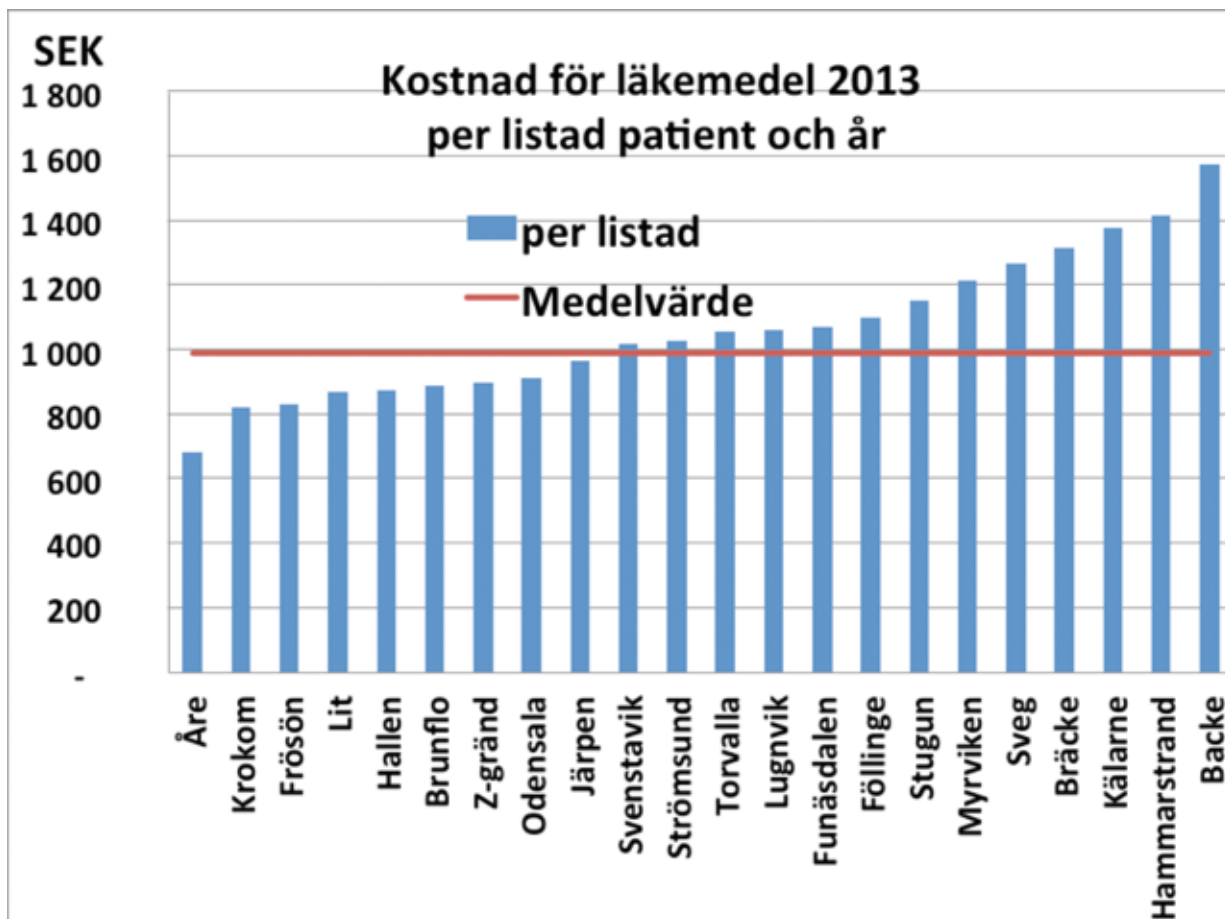
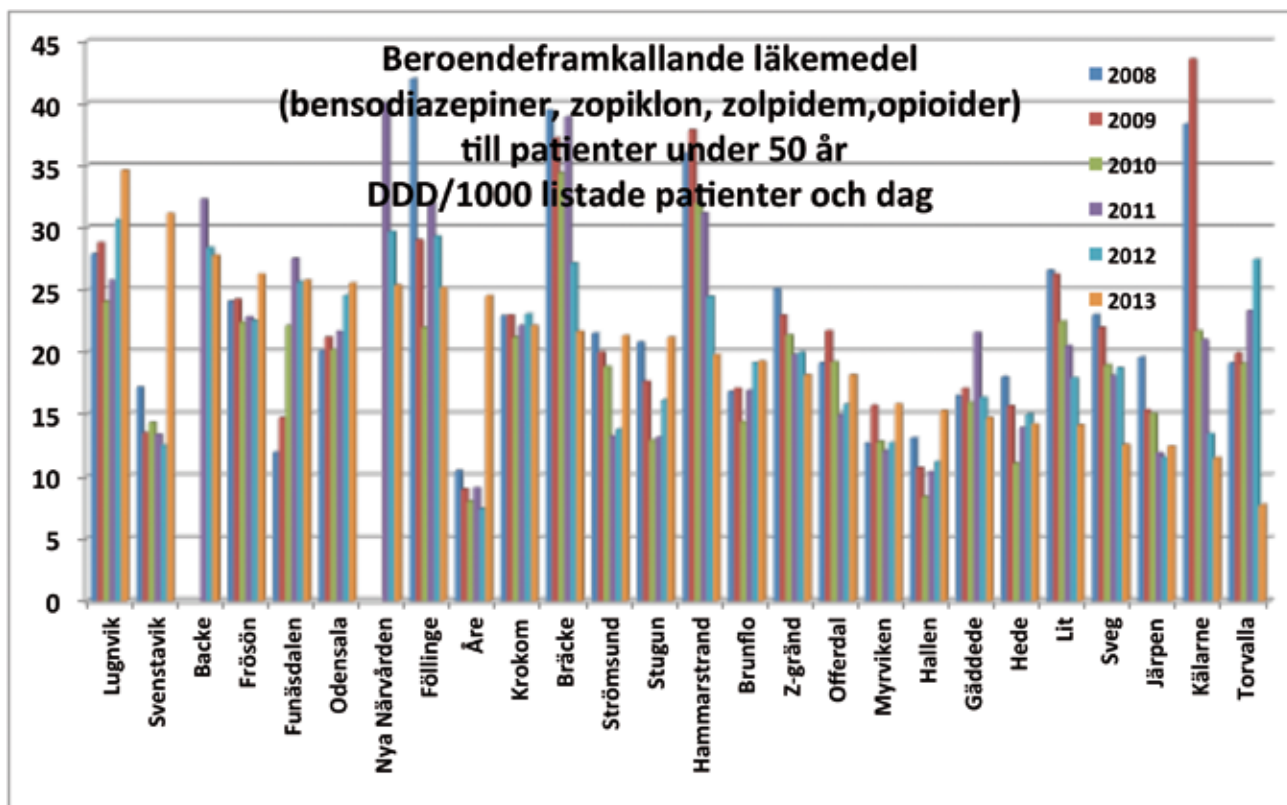
DDD = definierad dygnsdos, den vanligaste dosen per dag för ett läkemedel.











Klåda av kalciumblockerare

PER MAGNUSSON, DISTRIKTLÄKARE JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Kalciumblockerare kan vara orsak till generaliserad klåda hos äldre där annan förklaring inte hittats. Det framgår av två välgjorda fall-kontrollstudier.^{1,2}

Klåda är ett vanligt problem för äldre. Generaliserad klåda som lindras av bad eller dusch kan var orsakad av torr hud. Över hälften av äldre har torr hud och lokalbehandling som är fuktbevarande bör ingå i den initiala behandlingen av all klåda.³

Läkemedel som anses kunna orsaka klåda hos äldre är bland andra ACE-hämmare, salicylater, klorokin, kalciumblockerare. Klåda och utslag kan uppkomma av kombination med UV-ljus, även genom fönsterglas. Vanliga läkemedel hos äldre i detta sammanhang är tiazider, tetracyklin, ACE-hämmare, kalciumblockerare, COX-hämmare, kinin och amiodarone.^{3,4}

Två fall – kontrollstudier

Äldre patienter med oförklarad kronisk klåda har undersökts i två studier för att om möjligt hitta samband med långvarig läkemedelsbehandling.

I en fransk studie jämfördes 102 patienter över 60 år med 204 ålders- och könsmatchade kontroller utan klåda.¹ 90 procent hade tagit läkemedel minst tre månader och hade i genomsnitt knappt fem läkemedel. De vanligast var diuretika (37 procent), ACE-hämmare (28 procent, kalciumblockerare (26 procent) och COX-hämmare (22 procent).

Den enda läkemedelsklass som var vanligare hos patienter med klåda var kalciumblockerare: 26 procent av fallen och 12 procent av kontrollerna hade kalciumblockerare, vilket ger en oddskvot på 2,29 (95 procent konfidensintervall 1,27–4,15; $P = 0,006$).

83 procent av patienter som slutade med kalciumblockerare blev av med klådan efter i genomsnitt 3,4 månader, jämfört med 33 procent som slutat med något annat läkemedel. Bara 12 procent av de som fortsatt med kalciumblockerare blev av med sin klåda ($P = 0,0045$ Fisher's exakt test).

I en annan grupp patienter med klåda eller eksem hade klåda uppkommit efter i genomsnitt 97 dagars

behandling med kalciumblockerare (mellan 30 och 3600 dagar). I denna grupp tillfrisknade 68 procent som slutade med kalciumblockerare jämfört med 14 procent som fortsatte ($P = 0,03$).

En amerikansk fall-kontrollstudie med 94 patienter över 50 år med klåda och utslag minst två månader gav likande resultat.² Oddskvot för behandling med kalciumblockerare var 4,21 (95 procent konf intervall 1,77–9,97; $P = 0,001$) och med tiazider var 2,07 (95 procent konf intervall 1,08–3,96; $P = 0,03$). Inga andra läkemedel var överrepresenterade bland patienter med klåda jämfört med kontrollerna utan klåda.

Möjlig mekanism

En fotonedbrytningsprodukt av kalciumblockeraren nifedipin orsakar ett åttiofaldigt ökat upptag av järn i hudceller.⁵ Det medför ökad celldöd vilket kan förklara den histologiska bilden från hudförändringar hos de patienter som tagit kalciumblockerare.¹ Denna mekanism kan även förklara att det ofta tar lång tid innan klåda av kalciumblockerare uppkommer och innan den försvinner efter utsättning.

REFERENSER

1. Joly P et al. Chronic eczematous eruptions of the elderly are associated with chronic exposure to calcium channel blockers: results from a case-control study. *J invest Dermatol* 2007;127:2766-2771. <http://korta.nu/7orpl>
2. Summers E et al. Chronic eczematous eruptions in the aging. Further support for association with calcium channel blockers. *JAMA dermatol* 2013; 149 (7):814-818. <http://archderm.jama-network.com/article.aspx?articleid=1684846>
3. Berger TG et al. Pruritus in the older patient. A clinical review. *JAMA* 2013;310(22):2443-2450. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1788432>
4. Drucker AM et al. Drug-induced photosensitivity: culprit drugs, management and prevention. *Drug Saf* 2011 34(10):821-837. http://www.researchgate.net/publication/51607501_Drug-induced_photosensitivity_culprit_drugs_management_and_prevention
5. Gruen AB et al. Photodegraded nifedipine stimulates uptake and retention of iron in human epidermal keratinocytes. *J invest dermatol* 2001;116:774-777. <http://www.nature.com/jid/journal/v116/n5/full/5601067a.html>

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre – SBU granskar

EVA SAMUELSSON, DISTRIKTLÄKARE, DOCENT, MEDLEM I SBU:S EXPERTGRUPP

SBU har granskat evidensläget för behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. Interventioner som visade effekt hos äldre kvinnor med ansträngningsinkontinens var bäckenbottenträning i kombination med fysisk träning samt kirurgi med slyngplastik. Vid trängningsinkontinens har behandling med antikolinerga läkemedel effekt hos äldre kvinnor och män. Muntorrhet och förstoppning är vanliga biverkningar men underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiva funktioner påverkas. Uppmärksamhetsträning och hjälp till toaletten i kombination med funktionell träning hos sköra äldre har effekt avseende läckage men det finns ett stort behov av ytterligare studier av god kvalitet.

SBU:s granskning har gjorts inom det äldreuppdrag som regeringen gett SBU och Socialstyrelsen, där kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre ska utvärderas. Det finns idag i Sverige ungefär 1,8 miljoner människor som är 65 år eller äldre och 30–40 procent av dessa har någon form av urinläckage. För många är urininkontinens något som påverkar livskvaliteten och det dagliga livet. Bland de mest sjuka äldre är förekomsten betydligt högre. Fler än hälften av de som vårdas i hemmet av en anhörig uppger ha inkontinens.

Trängningsinkontinens ökar med ökad ålder och innebär läckage i samband med plötsligt påkommande svår kissnödighet, ungefär lika vanlig hos män och kvinnor. Ansträngningsinkontinens är vanligare hos kvinnor och innebär läckage i samband med ökat buktryck, till exempel hosta, hopp eller nysning. Blandinkontinens med läckage både vid ansträngning och i samband med trängningar är vanligt.

Överrinningsinkontinens förekommer framförallt hos män och är vanligast vid prostatahyperplasi. Urininkontinens är ett dynamiskt tillstånd, kan försämras vid behandling med snabbverkande diuretika, vid urinvägsinfektion och vid allmän sjuklighet. Funktionell inkontinens innebär att man inte hinner till toaletten på grund av fysisk oförmåga, till exempel svårt att röra sig, knäppa upp knäppar eller se.

Begreppet överaktiv blåsa innebär trängningar och/eller trängningsinkontinens ofta förenat med nocturi.

Expertgruppen granskade studier som gällde äldre (≥65 år) och sköra äldre. Sköra äldre definierades i rapporten som personer ≥65 år och boende i särskilt

boende. Studier som gällde överaktiv blåsa (trängningar och/eller trängningsinkontinens) ingick bara i granskningen om gruppen med urinläckage särredovisades. Behandlingar som utvärderades var konservativ behandling, läkemedel och kirurgi. Konservativ behandling innefattar bäckenbottenträning, blåsträning, komplexa interventioner, vårdmiljöinsatser, livsstilsinterventioner, elstimulering, alternativmedicin och olika toaletträningsprogram.

Läkemedel som studerades var antikolinerga läkemedel mot trängningsinkontinens, duloxetine mot ansträngningsinkontinens, östrogen och mirabegron. Uttag av antikolinerga läkemedel mot trängningar/trängningsinkontinens i Sverige motsvarar helårsanvändning hos 2 procent av alla över 65 år eller 2,3 procent av alla över 80 år. Av de som får ett sådant läkemedel utskrivet första gången är det färre än hälften som hämtar ut en andra omgång. Användningen av duloxetine i gruppen 65 år och äldre är mycket liten.

Rapporten bygger på en systematisk genomgång av den vetenskapliga dokumentationen för olika behandlingars effekt när det gäller effektmått urinläckage, patientupplevelse, livskvalitet och biverkningar.

Sammanlagt granskades ungefär tusen fulltextartiklar och fyra gånger så många abstrakt.

Evidensläge för behandling av urininkontinens hos sköra äldre

Endast sex studier uppfyllde kraven på måttlig eller hög studiekvalitet. Två studier gällde fysisk träning i kombination med ADL-träning, två studier gällde →

forts. från föregående sida

uppmärksamhetsträning och två studier utvärderade behandling med oxybutynin. Det fanns ett begränsat vetenskapligt underlag för att uppmärksamhetsträning och hjälp till toaletten i kombination med funktionell träning minskar antalet inkontinensepisoder hos sköra äldre. För övriga interventioner saknas evidens för någon effekt i gruppen sköra äldre.

Evidensläge för behandling av äldre med urininkontinens

Sammanlagt tjugo studier uppfyllde kvalitetskraven. Av dessa rörde tre studier bäckenbottenträning, en patientundervisning, nio antikolinerga läkemedel, två duloxetin och fem kirurgi (intravaginal slyngplastik).

Konservativ behandling

Det fanns måttligt vetenskapligt underlag för att bäckenbottenträning i kombination med annan fysisk träning minskar antalet inkontinensepisoder och ökar den symtomspecifika livskvaliteten.

Det saknas underlag för att bedöma om andra typer av konservativ behandling har effekt.

Läkemedel med antikolinerg effekt

Läkemedel med antikolinerg effekt minskar antalet läckage hos äldre jämfört med placebo men det vetenskapliga underlaget är begränsat. Minskningen motsvarar i absoluta tal ett halvt urinläckage per dygn jämfört med placebo vid ett utgångsläge på två–tre läckage per dygn. De läkemedel som undersökts i de olika studierna var tolterodin, solifenacin, darifenacin, och trospium. Det fanns även en studie där oxybutynin studerades, där fann man ingen minskning i antal urininkontinensepisoder.

Muntorrhet drabbar i genomsnitt 11–32 procent jämfört med 3–7 procent vid placebo. Förstoppning drabbar 6–24 procent jämfört med 0–8 procent vid placebo. Det vetenskapliga underlaget för ökad frekvens biverkningar som muntorrhet och förstoppning var måttligt, men det fanns otillräckligt underlag för att bedöma om kognitiva funktioner påverkas. Underlaget är också otillräckligt för att bedöma om livskvaliteten påverkas av dessa läkemedel.

Duloxetin

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma om duloxetin minskar antalet inkontinensepisoder hos äldre kvinnor med ansträngningsinkontinens var otillräckligt.

Östrogen och mirabegron

Inga studier av måttlig eller hög kvalitet som utvärderade östrogens effekt på urininkontinens hos äldre

kvinnor kunde hittas. Det fanns inte heller några studier avseende mirabegron.

Kirurgi

Kirurgisk behandling med slyngplastik vid ansträngningsinkontinens ger minskat urinläckage och förbättrar livskvaliteten, det vetenskapliga underlaget är begränsat. Komplikationsfrekvensen varierar mellan olika studier, vanligast förekommande är blåsp perforation, övergående problem att tömma blåsan och nytillkomna trängningar. Risken för trängningar verkar vara något högre för äldre kvinnor än för yngre

För andra kirurgiska interventioner samt för injektioner runt uretra, botulinustoxinbehandling saknas vetenskapligt underlag.

Det saknades studier för att bedöma kostnadseffektiviteten av de olika behandlingar som utvärderades i rapporten.

Kostnader för inkontinenshjälpmedel

En undersökning av användning och kostnader för inkontinenshjälpmedel gjordes i två län, Örebro och Jämtlands län. Kostnaderna var likartade i de bägge länen och den genomsnittliga kostnaden för inkontinenshjälpmedel i åldersgruppen 80 år och äldre var 950 kronor per år och invånare i de bägge länen. Kostnaden för inkontinenshjälpmedel i Jämtlands län uppgick 2012 till 14 miljoner kronor, mer än hälften av kostnaden rörde gruppen 80 år och äldre.

Det var dubbelt så många kvinnor som män som fick inkontinenshjälpmedel förskrivna, trots detta var totalkostnaden högre för män. En förklaring kan vara att användningen av ren intermittent katetrisering (RIK) ökar kraftigt och den är vanligare hos män. RIK är en etablerad metod som minskar residualurinvolymen, vilket i sin tur ger mindre urinvägsinfektioner. Kostnader för katetrar i alla åldersgrupper uppgår till 37 procent av kostnaderna för inkontinenshjälpmedel i Jämtland år 2012. En annan förklaring till den högre totalkostnaden hos män kan vara dyrare hjälpmedel, att män får ett bättre omhändertagande, att kvinnors problem ses som något »normalt« och att män oftare har en partner kvar i livet som ser till att adekvata hjälpmedel förskrivs. Inga studier av tillräckligt hög kvalitet kunde identifieras som utvärderade effekt av kateterbehandling i gruppen äldre.

REFERENS

Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. SBU-rapport nr 219/2013.