Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK

NR 3, OKTOBER 2017, ÅRGÅNG 20



Ordföranden har ordet

I detta nummer av Behandlingsbladet försöker vi reda ut några möjliga missförstånd när det gäller Pascal och maskinell dosdispensering. Det finns ett antal potentiella fallgropar där det är viktigt att känna till hur systemet agerar för att patienterna exempelvis inte ska råka bli utan sitt läkemedel.

Att undvika onödiga läkemedel är viktigt. I en artikel i detta nummer ges tips och råd inom några terapiområden tillsammans med generella råd gällande förskrivning.

Vidare har Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre nyligen reviderats Ingrid går igenom förändringarna som gjorts i dessa.

Peter ger i en artikel sin syn på pregabalin utifrån en psykiatrikers perspektiv tillsammans med statistik som visar hur användningen av pregabalin och gabapentin ser ut i Norrbotten jämfört med riket.

EMA´s säkerhetskommitté PRAC har avslutat en granskning vad gäller paracetamoltabletter med modifierad frisättning där rekommendationen är att dessa depottabletter ska dras tillbaka från marknaden eftersom det sedvanliga sättet att hantera överdoseringar med paracetamol inte kan appliceras här då förloppet med modifierade paracetamoltabletter blir oförutsägbart. Definitivt beslut i denna fråga väntas i slutet av november.

Läkemedelskommittén söker nya ledamöter. Tveka inte att höra av dig om du som legitimerad läkare är intresserad av läkemedelsfrågor och tror att detta kan vara något för dig. Arbetet i Läkemedelskommittén är både stimulerande och lärorikt och kan även kombineras med andra uppgifter såsom informationsverksamhet eller utbildningsinsatser om intresse finns. Även tips på tänkbara kandidater tas tacksamt emot.

LINDA GRAHN
Ordförande Norrbottens Läkemedelskommitté



Är du intresserad av läkemedelsfrågor?

– Då är Läkemedelskommittén något för dig

Tveka inte att höra av dig! Läkemedelskommittén söker legitimerade läkare, intresserade av läkemedelsfrågor som kan/vill ägna en del av sin arbetstid till frågor rörande läkemedel.

Läkemedelskommittén består av läkare från olika specialiteter, apotekare och en sköterskerepresentant från kommunen.

Arbetet är stimulerande och lärorikt för dig som vill hålla dig uppdaterad inom läkemedelsområdet.

Uppgifterna har framför allt fokus på rekommendation, rådgivning, information och utbildning inom läkemedelsområdet. Arbetet som ledamot i Läkemedelskommittén kan med fördel och efter intresse även kombineras med andra uppgifter såsom medverkan i informationsverksamhet, utbildning av ST-läkare samt tillsammans med de nordliga läkemedelskommittéerna planera Norrländska läkemedelsdagarna.

En ersättning till din ordinarie arbetsplats utgår under 9 av 12 månader/år för att friställa arbetstid för detta uppdrag. Om du har frågor vänligen kontakta Linda Grahn.

Välkommen med din intresseanmälan!

Sprid gärna denna till kollegor som kan vara intresserade!



Goda råd är inte dyra – tips för att undvika onödiga läkemedelskostnader

Läkemedelskostnaderna ökar, bland annat på grund av att nya, i många fall medicinskt välmotiverade, men kostsamma läkemedel introduceras. För att skapa utrymme att använda de nya läkemedlen gäller det att undvika alla onödiga kostnader för läkemedel.

Nedanstående lista är utarbetad av Region Skåne, men har delvis omarbetats för att passa Region Norrbotten.

För mer information kring respektive avsnitt se Norrbottens Läkemedelskommittés rekommendationer.

Allmänna råd för en rationell terapi

- Överväg alltid om läkemedel är nödvändigt
- Skriv gärna ut startförpackning ffa för dyra läkemedel
- Skriv inte ut större mängder än vad som beräknas gå åt
- När behandling sätts ut ska recept om möjligt makuleras

Terapiområden

Astma-KOL

- Glöm inte rökavvänjning hos KOL-patienter, mer effektivt än något läkemedel.
- Vid nyinsättning av LABA/ICS välj Bufomix. Dessutom rekommenderas aktivt byte till Bufomix hos Symbicort-användare. Prisskillnad 25%.
- Utvärdera och sätt ut KOL-behandling som inte hjälper, beakta inhalationsteknik speciellt hos äldre.
- Avstå från förskrivning av peroralt acetylcystein.

Diabetes

- Vid typ 2 diabetes rekommenderas metformin i första hand, i upp till högsta tolererbara dos.
- Utvärdera effekten av DPP4-hämmarve (t.ex. sitagliptin [Januvia]). Om ej tillräcklig effekt på HbA1c inom 6 månader – överväg att sätta ut preparatet.
- Förskriv NPH-insulin i första hand framför långverkande Abasaglar, Lantus, Levemir, Toujeo eller Tresiba. De långverkande insulinerna subventioneras vid typ 2 diabetes endast för patienter med upprepade nattliga hypoglykemier av NPH-insulin.
- Välj Abasaglar i första hand vid nyinsättning av långverkande insulinanalog. Byte till Abasaglar kan efter samråd med patienten övervägas hos de som står på annan långverkande insulinanalog.

Smärta

- Om gabapentin är aktuellt vid neuropatisk smärta, förskriv generika. För gabapentin är det stor skillnad i pris mellan olika tablettstyrkor där de lägre styrkorna i flera fall är avsevärt billigare.
- Pregabalin (t.ex. Lyrica) har begränsad subvention vid förskrivning.
- Tänk på att gabapentin och pregabalin inte är utbytbara på apotek – välj i första hand generiska alternativ med lägre pris.

Hjärta-kärl

- Utnyttja simvastatins och atorvastatins fulla behandlingspotential d v s gå upp i styrka enligt rekommendationer.
- Rosuvastatin (Crestor) 20 eller 40 mg är att betrakta som tredjehandsval. Styrkan 10 mg behövs endast i undantagsfall, t.ex. enstaka patienter med svårigheter att tolerera atorvastatin i vanlig dosering.
- Tillägg av Ezetrol (ezetimib) är ett fjärdehandsval efter atorvastatin, simvastatin och rosuvastatin.

Hud

- Tänk på gränslinjen mellan recept och egenvård. Det bör beaktas att mjukgörande krämer är läkemedel, som därmed skall förskrivas endast då hudsjukdom föreligger och att recepten är personliga.

Osteoporos

- Zoledronsyra – ska rekvireras och ej förskrivas på recept.
- Undvik slentrianmässig förskrivning av D-vitamin och kalk utan samtidig behandling med osteoporosläkemedel. Utvärdera behovet vid oklar indikation och sätt eventuellt ut.

Psykiatri

- Vid förskrivning av pregabalin på ångestindikation (GAD) välj generiskt pregabalin. Preparatet är inte automatiskt utbytbart på apotek på grund av epilepsiindikation. Pregabalin bör fortfarande vara ett andrahandspreparat till utvalda patienter som inte tolererar andra alternativ (SSRI, SNRI) eller vid uttalad terapisvikt.

Matsmältningsorgan 20 mg

- Undvik slentrianmässig förskrivning av protonpumpshämmare (PPI) då dessa kan vara svåra att sätta ut. Generellt misstänks en stor överanvändning av PPI till patienter som behandlas under för lång tid eller helt saknar indikation för behandling med PPI.
- Förskriv inte PPI (protonpumpshämmare) vid funktionell dyspepsi. PPI-behandling är aktuellt fr a vid svårare besvär av gastro- esofageal reflux alternativt vid konstaterad esofagit. Vid behov av långtidsbehandling ska alltid lägsta möjliga dos eftersträvas. Välj i första hand generiskt omeprazol.
- Ulcus: Efter eradikeringsbehandling med okomplicerat duodenalsår behövs ingen vidarebehandling med protonpumpshämmare! Vid ventrikelsår följs eradikeringsbehandling av omeprazol 20 mg x 1 tills läkning är konstaterad med gastroskopi. Vid mycket stora sår kan 20 mg x 2 vara aktuellt.

Kognitiv svikt

- Exelon plåster (rivastigmin) ska endast väljas vid sväljsvårigheter. Detta på grund av stor prisskillnad jämfört med kapslar, utan visad skillnad i effekt.

Neurologi

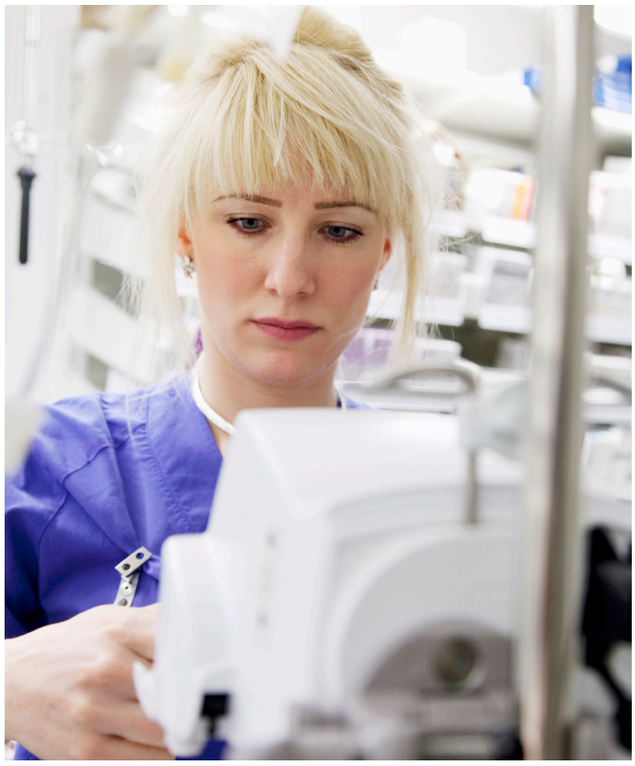
- Nyförskriv aktivt generiskt levetiracetam, lamotrigin och gabapentin vid epilepsi då dessa inte är automatiskt utbytbara på apotek på grund av epilepsiindikationen.
- Förskriv aktivt generiskt pramipexol vid Parkinson och RLS då det inte är automatiskt utbytbart på apotek.
- Om förskrivning av triptan är motiverad vid migrän, välj sumatriptan tablett i första hand på grund av prisskillnad dels mellan substanser och dels mellan beredningsformer (nässpray och injektion kostar upp till 30 ggr mer än tablett sumatriptan och har subventionsbegränsningar).
- Injektion sumatriptan finns tillgängligt i generisk form (Sumaptriptan SUN) till ett lägre pris än original, men är inte utbytbart på apotek. Aktiv förskrivning av generika rekommenderas.

Urologi

- OAB (överaktiv blåsa):generiskt tolterodin i depotform rekommenderas om läkemedelsbehandling är aktuell. Observera att förmånen för Toviaz (fesoterodin), Emselex (darifenacin) och Vesicare (solifenacin) har begränsats till att gälla endast när behandlingsmålet inte nåtts med generiskt tolterodin.
- Betmiga (mirabegron) är ett relativt nytt läkemedel vid OAB. TLV:s begränsning av förmån innebär att det endast subventioneras till patienter som inte har tillräcklig effekt av eller inte tolererar tolterodin. Tillverkaren (Astellas Pharma) har meddelat att allvarliga fall av hypertoni har rapporterats hos patienter som behandlas med preparatet. Företaget anser att Betmiga är kontraindicerat hos patienter med svår okontrollerad hypertoni definierad som systoliskt blodtryck > 180 mmHg och/eller diastoliskt blodtryck > 110mmHg. Företaget anser att blodtrycket därför bör mätas före behandling och regelbundet under behandlingen, särskilt hos patienter med hypertoni.

Ögon

- Receptförskrivning av tårsubstitut är endast motiverat för patienter med sjukligt torra ögon eller där det av andra skäl är medicinskt motiverat att substituera tårar.



Avstå från oklar förskrivning

Att multisjuka äldre behandlas med läkemedel trots att indikation för behandling är oklar eller att läkemedel doseras i för hög dos är vanligt. Felaktig läkemedelsbehandling innebär förutom lidande för patienterna, också onödiga kostnader för sjukvården. Genom att systematiskt arbeta med bl a läkemedelsgenomgångar kan stora vinster göras. En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning, som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt. Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen.

Exempel på oklar förskrivning:

Använd inte Hiprex som UVI-profylax vid kronisk kateterbehandling (KAD) då ingen effekt av denna behandling har visats. Undvik nyinsättning med Hiprex som långtidsprofylax p.g.a otillräckliga bevis avseende skydd mot cystit. Om behandling redan påbörjats, avsluta denna vid tveksam effekt. Däremot finns visad effekt vid korttidsterapi efter gynekologiska eller urologiska ingrepp, i synnerhet efter avslutad kateterbehandling.

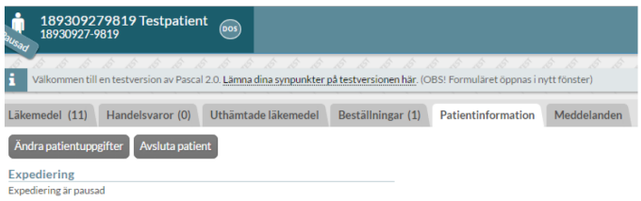
Se över gränslinjen mellan förskrivning och egenvård

Överväg när receptfria läkemedel ska förskrivas på recept inom läkemedelsförmånen, exempel:

- Mjukgörande krämer mm, t.ex. Canoderm, Miniderm, Propyless.
- Medel vid torra ögon, t.ex. Viscotears, Artelac, Oftagel
- PPI.
- Antihistaminer och andra läkemedel vid tillfälliga allergiska besvär.
- Kalk och D-vitamin.
- Triptaner.
- Paracetamol.

Vanliga missuppfattningar om Pascal och maskinell dosdispensering

Det förekommer att missförstånd uppstår när det gäller användningen av Pascal och funktionen maskinell dosdispensering. Här görs ett försök att reda ut några vanliga missuppfattningar. Nedanstående information är hämtat från en artikel på Janusinfo och har därefter anpassats till Region Norrbotten.



■ *Genom att ansluta en patient till maskinell dosdispensering kommer alla patientens läkemedel att läggas i en dospåse...?*

– Nej, en förskrivare måste aktivt ta ställning till vilka läkemedel som ska vara med i dospåsen, markeras DISP. I nya pascal 2.0 finns en funktion som heter ändra till dospåse. Det är dock inte alla läkemedel som kan dosdispenseras av olika anledningar. Dessa läkemedel hamnar som hel originalförpackning.

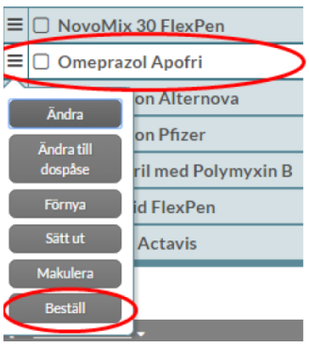


■ *Recept på läkemedel i original-/helförpackning som utfärdas i Pascal tar flera dagar tills patienten kan få dem…?*

– Nej, alla recept på original-/helförpackningar kan hämtas omedelbart på valfritt apotek, på samma sätt som ”vanliga” e-recept.

■ *Alla läkemedel som förskrivs i Pascal levereras till patienten…?*

– Nej, enbart dispenserade läkemedel levereras till överenskommet utlämningsställe. Alla andra läkemedel (dvs helförpackningar) måste antingen hämtas ut på valfritt apotek eller beställas via Pascal för att levereras tillsammans med dosrullen.



■ *Om man har flera akuta receptändringar räcker det med att markera AKUT ändring på EN av receptraderna…?*

– Nej, man måste akutmarkera varje receptrad som man vill ha ändrad akut, annars kommer ändringen med nästa ordinarie leverans.

■ *Vid akut ändring levereras alltid en utbytesrulle…?*

– Nej, bara vid en dosändring eller utsättning levereras en utbytesrulle. Tillkommer det ett eller flera nya läkemedel och allt annat är oförändrat levereras en kompletteringsrulle som ska tas tillsammans med den ordinarie dosrullen.

■ *Akuta förskrivningar i Pascal levereras till patienten…?*

– Nej, de levereras till överenskommet utlämningsställe. Mycket viktigt att förskrivaren informerar patient/ombud att och när en akut leverans finns att hämta utanför ordinarie 2-veckors-schema. Annars finns risk att akutrullen blir liggande på utlämningsstället. Uppmana patienten även att ta med befintlig dosrulle, om det skickats en ersättningsrulle, så att utlämnande apotek kan kassera den ej längre aktuella dosrullen. På så sätt minskar risken för dubbelmedicinering. OBS! Endast om akutrullen är en ersättningsrulle. Om det är en kompletteringsrulle är det viktigt att patienten tar BÅDE kompletteringsrullen och den ordinarie dosrullen.

■ *Alla akuta förskrivningar i Pascal levereras nästa dag…?*

– Nej, stopptiden är avgörande för när leveransen kommer att ske. Stopptiden är i Norrbotten kl 12.00 på valfri veckodag (ej helgdag) med första dosintag dag 3–4 (undantag kan förekomma).

■ *Pausad patient blir automatiskt återaktiverad när man förskriver akut…?*

– Man måste även ändra patientuppgifter från pausad till pågående i fliken patientinformation/ändra patientuppgifter/expediering. OBS! Status pausad gäller enbart för dosdispenserade läkemedel. Alla recept på helförpackningar är giltiga och kan hämtas ut på valfritt apotek.

■ *Avliden patient raderas automatiskt från Pascal.*

Det tar veckor innan denna information från folkbokföringen hamnar i Pascal. Om inte någon ändrar patientens status manuellt till avliden i fliken patientinformation/avsluta patient (se bild ovan) kommer det att skickas dosrullar och fakturor fram tills status ändras genom datasystemen.

För mer information och tips kring användning av Pascal se även utbildningsmaterial på hemsidan, ”Pascal 2.0 – utbildningsmaterial” http://insidan.nll.se/Vardens-arbetsatt/Vardadministration/VAS/Ovriga-vardsystem-i-NLL/pascal/

LINDA GRAHN



Alvedon 665mg dras tillbaka från marknaden?

EMA´s säkerhetskommitté PRAC har avslutat en granskning gällande paracetamoltabletter med modifierad frisättning. Rekommendationen är att dessa depottabletter ska dras tillbaka från marknaden pga svårigheter att minimera riskerna vid förgiftningar med den långverkande beredningsformen. ”Vanliga” paracetamoltabletter med omedelbar frisättning berörs inte av denna utredning.

I Sverige finns ett godkänt receptbelagt läkemedel som innehåller paracetamol med modifierad frisättning, Alvedon 665 mg, utformad för att frisätta paracetamol under en längre tid än tabletter med omedelbar frisättning. När Alvedon 665 mg används i rekommenderade doser överväger nyttan av detta läkemedel dess risker. Utredningen berör dock inte normal/rekommenderad användning utan identifierade risker som ses vid överdoseringar där effekten blir oförutsägbar. Med Alvedon 665 mg inträffar den maximala plasmakoncentrationen senare och höga plasmakoncentrationer finns kvar under längre tid till skillnad från paracetamol med omedelbar frisättning. Det sedvanliga sättet att behandla överdoseringar med paracetamoltabletter med omedelbar frisättning är därför inte tillämpligt för tabletter med modifierad frisättning.

I många fall är det inte känt om en överdosering av paracetamol involverar läkemedel med omedelbar eller modifierad frisättning. Om en överdos av paracetamol med modifierad frisättning har tagits, påverkas sjukvårdens beslut om hur patienten ska övervakas och när, hur länge, och i vilken dos motgift ska ges. Överdoseringen kan annars leda till svår leverskada eller död.

Säkerhetskommitténs rekommendation om att Alvedon 665 mg dras tillbaka från marknaden skickas nu vidare inom EMA-organisationen för fortsatt bearbetning. Slutgiltigt beslut i frågan väntas i slutet av november i år.

LINDA GRAHN

Källa: Läkemedelsverket

Flukonazol kapsel 150mg ej längre receptfritt

Läkemedelsverket har beslutat att receptbelägga antimikrobiella läkemedel för systemiskt bruk som tidigare varit receptfria på apotek. Beslutet är fattat som en del i arbetet mot resistens för att behålla effekten av antimikrobiella läkemedel.

Åtgärden att införa receptkrav på dessa läkemedel görs för att minska risken för fel- och överandvändning och aktivt motverka framtida resistensutveckling. Läkemedelsverket gör bedömningen att antimikrobiella läkemedel för systemiskt bruk för behandling av infektioner orsakade av bakterier, virus, svamp och encelliga parasiter för behandling av människor och djur ska vara receptbelagda. Beslutet stöds av nationellt och internationellt arbete mot antimikrobiell resistens, bland annat WHO´s handlingsplan mot antimikrobiell resistens vilken antogs under 2015.

Det finns idag övertygande bevis för att antimikrobiell resistens drivs av användningen, såväl korrekt som felaktig. Enligt Läkemedelsverket hotar antimikrobiell resistens själva kärnan i den moderna medicinen. Det är därför viktigt att sträva efter en korrekt användning av dessa läkemedel, vilket ett receptkrav kan bidra till.

De receptfria läkemedel som berörs är endosförpackningar av Diflucan, Fluconazol Hexal och Solona vilka samtliga innehåller flukonazol, för behandling av svampinfektioner i underlivet.

Receptkravet började gälla första juni 2017.

LINDA GRAHN

Källa: Läkemedelsverket

Pregabalin (Brieka, Lyrica, Pregabalin) utifrån en psykiaters perspektiv

Pregabalin och gabapentin är till kemisk strukturformel och klinisk effekt snarlika substanser. De betecknas som gabapentinoider. Den kemiska strukturformeln liknar aminosyran L-leucin och de är strukturanaloger med GABA. Till skillnad från tex alkohol och bensodiazepiner påverkar de ej GABA-receptorer. Bägge har antiepileptisk, analgetisk (vid neuropatisk smärta) och anxiolytisk effekt men bara den förra har indikation för behandling av ett ångestsyndrom, nämligen av generaliserat ångestsyndrom (GAD).

Verkningsmekanismen för pregabalin, liksom för gabapentin, hänger åtminstone delvis samman med dess bindning till alfa2delta-receptorer på spänningsberoende kalciumkanaler i CNS. Därvid hämmas frisättningen av excitatoriska neurotransmittorer.

Famakokinetiskt noteras att pregabalin absorberas snabbt efter peroral administrering, maximal serumnivå uppnås efter en timme, väsentligen saknar proteinbindning och har dosoberoende 90%-ig biotillgänglighet, ej metaboliseras och elimineras via njurarna med en halveringstid på drygt 6 timmar. Pregabalin interagerar föga med andra läkemedel. Dock uppvisar pregabalin viss additiv effekt med CNS-deprimerande substanser som alkohol.

Vanliga biverkningar är dåsighet och yrsel. Dessa och flertalet övriga biverkningar är övergående (inom en månad).

Hos personer med missbruk, särskilt opioidmissbruk, eller med risk härför har det de senaste 10 åren visat sig att pregabalin, liksom gabapentin, till viss del troligen pga en euforiserande effekt, ofta missbrukas. Pregabalin används vid sådant missbruk i betydligt högre doser än den i FASS angivna maximala dygnsdosen. Vidare kan här ett (psykologiskt) beroende utvecklas. Toleransutveckling och abstinensreaktioner vid missbruk av pregabalin och gabapentin tycks ej förekomma.

Pregabalin är indicerat (när det subventioneras framgår av FASS) för behandling av:

1) Epilepsi – här som tilläggsbehandling. Eftersom pregabalin i regel enbart förstagångsordineras av läkare specialiserade inom neurologi eller internmedicin berörs här epilepsi-indikationen ej närmare.

2) Neuropatisk smärta, t.ex. vid diabetesneuropati, fibromyalgi och somatoformt smärtsyndrom.

3) Generaliserat ångestsyndrom (GAD).

Vid de två senare indikationerna är vid nyinsättning av pregabalin ofta läkare inom många olika specialiteter involverade. Både neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom kompliceras mycket ofta av depression, depressiva blandtillstånd, bipolär sjukdom och neuropsykiatriska funktionshinder som ADHD och autismspektrumstörning (ASD). Ett annat vanligt komplicerande tillstånd är missbruk.

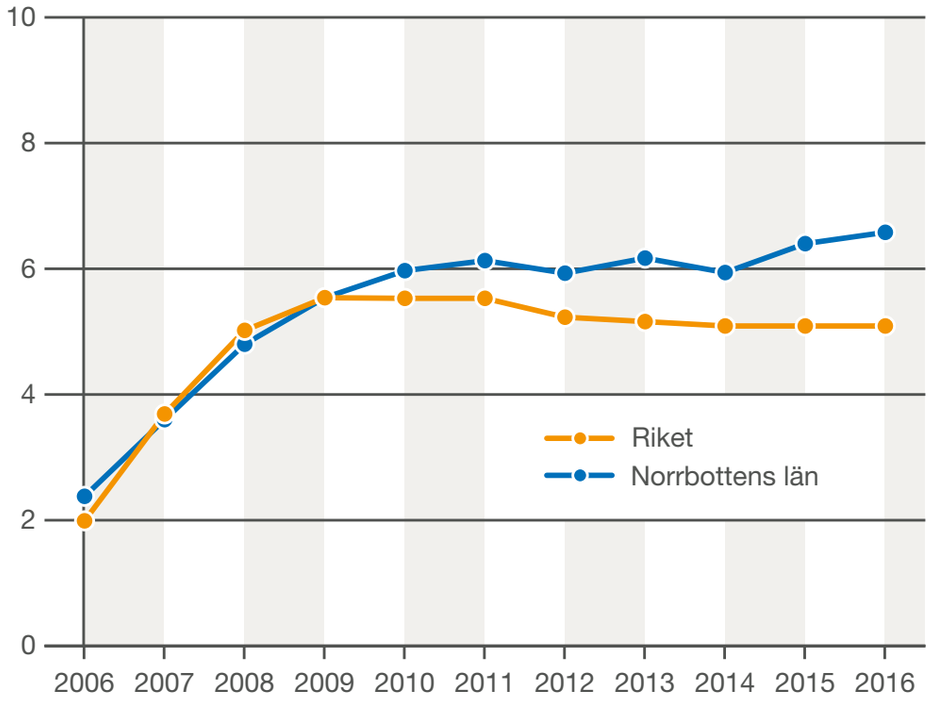
Nämnda komplicerande tillstånd behöver beaktas och kräver ofta särskild behandling.

Fibromyalgi är mycket starkt associerad med bipolär sjukdom. Generellt gäller här att ju mer uttalade uppvarvningssymtom och irritabilitet, dvs hypomana/maniska symptom, och ångest-symptom är, desto starkare är indikationen för stämningsstabiliserande, ej blott antidepressiv, medicinering – av vikt att betänka, eftersom vissa tricykliska antidepressiva regelmässigt används vid neuropatiska smärttillstånd.

Vid samtidigt missbruk eller risk härför är behandling med pregabalin eller gabapentin ofta olämpligt.

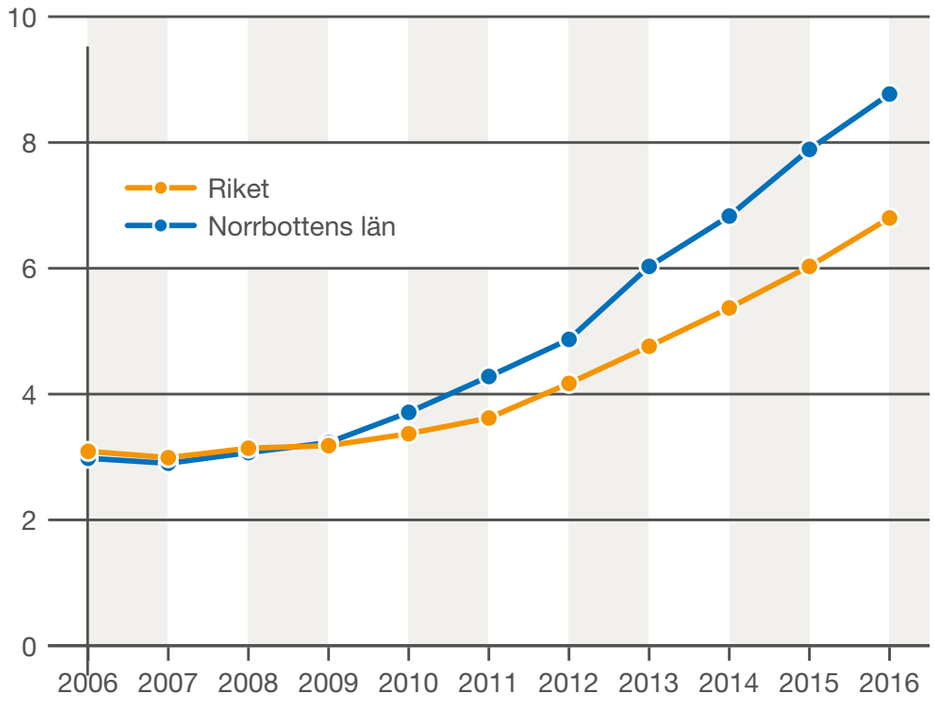
Den initiala starka volymökningen när det gäller

Läkemedelsstatistik, Patienter/1000 invånare, N03AX16 Pregabalin, Ålder 0–85+, Båda könen



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-10-09

Läkemedelsstatistik, Patienter/1000 invånare, N03AX12 Gabapentin, Ålder 0–85+, Båda könen



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-10-09

förskrivning av pregabalin har stagnerat omkring 2010 och har sen dess legat stabilt kring 6 patienter per 1 000 invånare, något högre i Norrbotten än i Riket I stället har sen 2010 förskrivningen av gabapentin ökat betydligt och förskrivningen ligger sett till antal patienter per 1 000 invånare här ca 15% högre än förskrivningen av pregabalin.

PETER SKEPPAR
Överläkare Psykiatri
Sunderby Sjukhus

Referenser

1. FASS. http://www.fass.se/LIF/startpage?1&userType=0
2. Frampton JE. Pregabalin: a review of its use in adults with generalized anxiety disorder. CNS Drugs. 2014 Sep;28(9):835-54.
3. Stephen LJ, Parker P, Kelly K, Wilson EA, Leach V, Brodie MJ. Adjunctive pregabalin for uncontrolled partial-onset seizures: findings from a prospective audit. Acta Neurol Scand. 2011 Aug;124(2):142-5.
4. Russell JW, Zilliox LA. Diabetic neuropathies. Continuum (Minneap Minn). 2014 Oct;20(5 Peripheral Nervous System Disorders):1226-40.
5. Rolim LC, Koga da Silva EM, De Sá JR, Dib SA. A Systematic Review of Treatment of Painful Diabetic Neuropathy by Pain Phenotype versus Treatment Based on Medical Comorbidities. Front Neurol. 2017 Jun 20;8:285.
6. Wang BC, Liu D, Furnback WE, Bifa F, Dong P, Xie L, Guzauskas GF, Zhang S. The Cost-Effectiveness of Pregabalin Versus Gabapentin for Peripheral Neuropathic Pain (pNeP) and Postherpetic Neuralgia (PHN) in China. Pain Ther. 2016 Jun;5(1):81-91.
7. Quilici S, Chancellor J, Löthgren M, Simon D, Said G, Le TK, Garcia-Cebrian A, Monz B. Meta-analysis of duloxetine vs. pregabalin and gabapentin in the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain. BMC Neurol. 2009 Feb 10;9:6.
8. Arnold LM, McCarberg BH, Clair AG, Whalen E, Thomas N, Jorga A, Pauer L, Vissing R, Park PW. Dose-response of pregabalin for diabetic peripheral neuropathy, postherpetic neuralgia, and fibromyalgia. Postgrad Med. 2017 Oct 2.
9. Sidhu HS, Sadhotra A. Current Status of the New Antiepileptic Drugs in Chronic Pain. Front Pharmacol. 2016 Aug 25;7:276.
10. Silverman SL, Backonja M, Pauer L, Landen J, Bhadra Brown P, Scavone JM, Vissing R, Clair A. Effect of Baseline Characteristics on the Pain Response to Pregabalin in Fibromyalgia Patients with Comorbid Depression. Pain Med. 2017 May 19.
11. Young JL, Redmond JC. Fibromylagia, chronic fatigue, and adult attention deficit hyperactivity disorder in the adult: a case study. Psychopharmacol Bull. 2007;40(1):118-26.
12. Orinstein A, Tyson KE, Suh J, Troyb E, Helt M, Rosenthal M, Barton ML, Eigsti IM, Kelley E, Naigles L, Schultz RT, Stevens MC, Fein DA. Psychiatric Symptoms in Youth with a History of Autism and Optimal Outcome. J Autism Dev Disord. 2015 Nov;45(11):3703-14.
13. Pavlova B, Perroud N, Cordera P, Uher R, Alda M, Dayer A, Aubry JM. Anxiety disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder. J Affect Disord. 2018 Jan 1;225:337-341.
14. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. J Clin Psychiatry. 2006 Aug;67(8):1219-25.
15. Evoy KE, Morrison MD, Saklad SR. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. Drugs. 2017 Mar;77(4):403-426.
16. Socialstyrelsens läkemedelsdatabas: http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel

Uppdaterade indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

Strax före sommaren kom den uppdaterade publikationen av Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre”. Det är den andra reviderade versionen. Indikatorerna är avsedda att användas som instrument för att mäta och följa upp kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling och ge stöd vid läkemedelsförskrivning och läkemedelsgenomgångar till äldre.

Indikatorerna bedöms vara mest tillämpliga för gruppen 75 år och äldre. De delas in i:

1. *Läkemedelsspecifika* – som beskriver kvaliteten med avseende på val av preparat, behandlingsregim, dosering samt läkemedelskombinationer.

2. *Diagnosspecifika* – som beskriver förekomst av rationell, irrationell och olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid de vanligaste diagnoserna hos äldre.

Vad är nytt?

Som utgångspunkt vid läkemedelsförskrivning lyfts fram att en utförlig läkemedelsanamnes behöver tas som också omfattar receptfria preparat och naturläkemedel. Därutöver betonas att:

- undvika onödig läkemedelsbehandling
- alltid överväga ”icke-farmakologiska” behandlingsalternativ
- beakta patientens inställning till läkemedel och motivation till läkemedelsbehandling

Tidigare indikatorer har oftast definierat vad som är olämplig medicinering men kvalitetsbrister i äldres läkemedelsanvändning handlar även om underbehandling. Två nya diagnosspecifika områden har tillkommit där just underbehandling är vanligt – strokeprofylax vid förmaksflimmer och osteoporos.

Indikatorn ”samtidig behandling med tio eller fler läkemedel, regelbundet eller vid behov” har tagits bort då många patienter har flera diagnoser/symtom som kräver behandling och att utvecklingen av nya läkemedel leder till att allt fler tillstånd blir behandlingsbara. Därför säger indikatorn inget om kvaliteten i behandlingen.

Läkemedelsspecifika indikatorer

Som exempel på preparat där ofta korrekt och aktuell indikation saknas eller är oklar är ordination av protonpumpshämmare. Effekten av protonpumps-hämmare vid funktionell dyspepsi är inte vetenskapligt styrkt. Där anges att långvarig användning av protonpumpshämmare har visats vara förenad med ökad risk för bland annat clostridium difficile-enterit och en form av njursjukdom (nefrit) samt frakturer, pneumoni och hypomagnesemi. Vid godkänd indikation (ulcussjukdom, refluxsjukdom och ulcusprofylax vid behandling med NSAID) bör fortsatt behandling regelbundet omvärderas. Här kan tilläggas att just Norrbotten har en hög förskrivning av PPI i jämförelse med resten av landet.

Att antipsykotika förskrivs i alltför stor omfattning utan utvärdering till äldre personer med demens är ingen nyhet men förtjänar lyftas fram ånyo särskilt då vi i Norrbotten har mycket hög sådan förskrivning.

Allopurinol är ett annat läkemedel som ofta används på oklar indikation.

Tidigare fanns tarmirriterande laxermedel med under rubriken olämplig regim men är numera borttagen. Evidensen för försämring av den normala tarmfunktionen vid långvarigt bruk bedöms som svag.

Avsnittet om läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner har utökats och där kan särskilt nämnas citalopram + donepezil och citalopram + omeprazol som ökar risken för allvarlig hjärtrytmrubbning.

Diagnosspecifika indikatorer

Vid typ-2 diabetes har de nyare perorala läkemedlen som tillkommit på senare tid kommenterats. Som andrahandsval anges DPP-4-hämmarna och glimepirid och glipizid efter metfomin och insulin.

Till olämplig/riskfylld behandling till äldre hänförs GLP-1-analoger, SGLT-2-hämmare (bland annat pga bristande erfarenhet med denna patientgrupp), pioglitazon, akarbos samt det gamla glibenklamid. Metformin avråds från att användas vid eGFR under 30 ml/min.

Vid diagnosen KOL betonas att grunden för god läkemedelsbehandling är att diagnosen, i första hand baserad på spirometri, verkligen är korrekt samt att de som har svårt att hantera en vanlig pulverinhalator bör pröva inhalationsspray med spacer. Acetylcystein som slemlösande behandling är inte belagt i vetenskapliga studier och betraktas som irrationell.

Övrigt

Nytt är också flera bilagor med olika tabeller som kan vara till god nytta vid läkemedelsgenomgångar.

Detta är generella riktlinjer men som alltid måste de anpassas efter varje patient. För den enskilda individen kan ett läkemedel som betraktas som olämpligt fungera, men det är då särskilt viktigt att väga nytta och risk mot varandra och utvärdera behandlingen.

INGRID BRÄNNSTRÖM
Klinikapotekare

Vill du informera i Behandlingsbladet? Kontakta oss på linda.grahn@norrbotten.se

Behandlingsbladet

Behandlingsbladet ges ut av Norrbottens läkemedelskommitté. Redaktionen tar tacksamt emot material (helst via e-post). Vi förbehåller oss rätten att förkorta och redigera.

Ansvarig utgivare: Linda Grahn, linda.grahn@norrbotten.se.

REGION NORRBOTTEN