

Läkemedelsbulletinen

Utgiven av Läkemedelsrådet Region Skåne

www.skane.se/lakemedelsradet

Behandling med antikolinergika vid urininkontinens – överaktiv blåsa

Urininkontinens är, tillsammans med benskörhet och demens, ett WHO-prioriterat område inom gruppen icke-maligna sjukdomar. Anledningen är att urininkontinens är utomordentligt vanligt [1] och att tillståndet ofta har en starkt negativ effekt på livskvaliteten.

Urininkontinens är ett symptom på funktionsstörning inom nedre urinvägarna och bäckenbotten. Tillståndet säger inget om etiologin. Traditionellt har patienterna utretts och behandlats av gynekologer och urologer trots att merparten lämpat sig väl för handläggning inom primärvården. Många patienter har helt enkelt inte fått behandling eftersom tillgången på specialister är en begränsande faktor. SBU uppmärksamade problematiken i sin rapport nr 143 år 2000.

Trenden är nu att arbeta specialitetsövergripande med utgångspunkt från gemensamma vårdprogram. Syftet är att de flesta ska kunna färdigbehandlas inom primärvården. I Skåne finns etablerade vårdprogram inom sydvästra och mellersta distriktet. På hälso- och sjukvårdsledningens uppdrag arbetar nu en specialitetsövergripande grupp, ledd av professor Anders Mattiasson, för att skapa regiongemensamma riktlinjer och behandlingsprogram

Det är viktigt att använda gemensam terminologi. Urininkontinens är ett ofrivilligt läckage av urin, vilket ju är lätt att förstå. Två andra begrepp är också viktiga att känna till. Det första är symptomdiagnosen **överaktiv blåsa, ÖAB**, som är ett samlande begrepp för frekventa miktationer, tvingande urinträngningar (med eller utan samtidigt läckage) och ofta även med nykturi. Diagnosen ställs då bakomliggande organisk genes (till exempel tumör, infektion, sten) kunnat uteslutas. Det andra

begreppet är **lower urinary tract symptoms, LUTS**. Tyvärr finns inget bra uttryck än på svenska. LUTS är ett samlande begrepp för de symptom på funktionsstörning som får patienten att söka vård (exempelvis överaktiv blåsa och/eller tömningsproblem som svag urinstråle och känsla av försämrad blåstömning).

Vilka patienter är aktuella för farmakologisk behandling?

Den överlägset största gruppen är patienter med överaktiv blåsa där utredning inte kunnat påvisa organisk orsak. Det finns också en betydande grupp patienter med symptom på överaktivitet i urinblåsan där genesen är skador eller sjukdomar i nervsystemet som till exempel tillstånd efter stroke, ryggmärgsskada, multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Till skillnad från patienten med överaktiv blåsa har dessa patienter oftast mer uttalade och handikappande symptom och inte sällan problematik som också berör tömningsförmågan med risk för utveckling av njurskada.

Farmakologisk behandling

Grunden för behandling är att en noggrann utredning av symptomen är utförd. Vi hänvisar till de vårdprogram som finns i vår region. Se hemsidan för primärvården (www.skane.se/pvskane, se under "vårdprogram" för gynekologi och urologi, mellersta distriktet). Vi kommer inte att beröra farmakologisk behandling vid kvinnlig ansträngningsinkontinens eftersom den absolut största andelen sådana patienter skall erbjudas bäckenbottenträning eller minimalinvasiv kirurgisk behandling. Inte heller vid ÖAB/LUTS är läkemedel (trängningsdämpande medel, antikolinergika) första behandlingsval. Trots detta förskrivs

Interaktioner med nonijuice?

Noni är det lokala namnet för frukten från *Morinda citrifolia*, som växer i bland annat Polynisien, Australien och Sydostasien. Där har noni länge använts inom folkmedicinen. Ibland har man använt frukten, ibland bladen eller barken. Indikationerna har varit av olika art. Det finns hittills inga belägg för att noni har några positiva hälsoeffekter på människa.

Nonijuice godkändes för försäljning i form av pastöriserade fruktdrycker inom EU så sent som 2003. Det betraktas som livsmedel och får därför inte säljas med påstående om medicinsk effekt (1). Juicerna innehåller oftast även annat än ren nonijuice.

Nonijuice innehåller liksom andra fruktjuicer en hög mängd kalium, och bör därför användas försiktigt vid njursvikt. Det finns hittills inga uppgifter om interaktioner med läkemedel.

2007-02-06

ELIS

(Enheten för Läkemedelsinformation
i Södra Regionen)

genom Ellen Vinge

Klinisk kemi och farmakologi,

Universitetssjukhuset, Lund

1. Nonijuice godkänd för pastöriserade fruktdrycker. Livsmedelsverket 2003-06-26. www.livsmedelsverket.se

forts. från föregående sida

stora volymer antikolinergika. Det kan möjligen förklaras mot bakgrund av att patientvolymen är stor och att tillgången på konservativ behandling (uroterapi) är alldeles för liten.

Val av antikolinergikum

Det finns i januari 2007 fyra trängningsdämpande substanser. Dessa är darifenacin (Emselex), oxybutynin (Ditropan, Oxybutynin Merck NM, Kentera), solifenacin (Vesicare) och tolterodin (Detrusitol, Detrusitol SR).

Administrationssätt:

Samtliga substanser finns för peroralt intag. Oxybutynin finns även för transdermal applikation.

Effekt:

Samtliga antikolinergika är mer effektiva än placebo. Det finns få jämförande studier [2]. Att välja ut den mest effektiva drogen är därför inte möjligt. Det finns inga bra jämförande studier med ekvipotenta doser. Vesicare 5-10mg/d hade färre urgency-episoder (upp till en) jämfört med Detrusitol 4mg/d (OBS ej Detrusitol SR). För Vesicare 10 mg var även miktionsfrekvensen lägre jämfört med Detrusitol 4mg/d [2]. Det finns inga jämförande studier mellan Emselex och de övriga och preparatets förskrivning i region Skåne är begränsad.

Biverkningar:

Samtliga preparat har klassiska antikoli-

nerga bieffekter såsom muntorrhet, ackommodationsstörningar och förstopning. Sett till biverkningar i placebo-kontrollerade studier tycks Detrusitol SR ha bäst profil. Med reservation för det begränsade materialet tycks avbrytandefrekvensen för Kentera vara relativt hög (upp till 6 ggr fler avbrott jämfört med Detrusitol SR; [2]). Detrusitol har lägre biverkningsfrekvens än Ditropan/Oxybutynin [3] och Detrusitol SR har lägre biverkningsfrekvens än Detrusitol [4]. Det finns inga kliniskt betydelsefulla skillnader i biverkningsfrekvens mellan Detrusitol och Vesicare [5].

Kommentarer och rekommendation:

Det är uppenbart att det inte går att lyfta fram något preparat som är överlägset de övriga. Substanserna är mycket nära besläktade avseende verkningsmekanism. Man hade hoppats att de nyaste preparaten (solifenacin och darifenacin) skulle vara kliniskt bättre än de tidigare på grund av sin högre specificitet för den subgrupp av muskarinreceptorer som företrädesvis finns i urinblåsan (M3-receptorer). En sådan klinisk skillnad har dock knappast kunnat visas på ett övertygande sätt. Ett annat problem är att de kliniska studierna speglar en situation och mäter parametrar som inte alltid är relevanta i klinisk vardag. De viktigaste studieparametrarna är miktionsfrekvens och inkontinensepisoder. För patienten behöver inte nödvändigtvis en

reduktion av dessa innebära symptomlindring. Det största problemet för patienten med överaktiv blåsa är oförutsägbarheten av symptomen. Det kanske inte spelar någon roll om man behöver tömma blåsan mer än 8 gånger per dygn under förutsättning att man har tillräckligt god tid på sig att hitta en toalett utan att riskera läckage. Den största grupp som studerats är kvinnor kring 60 års ålder. Preparaten används till personer i alla åldrar.

Terapigrupp Urologi har på Skånelistan 2007 fortsatt att rekommendera Detrusitol SR och Vesicare då dessa tycks ha mildare biverkningar och lägre biverkningsfrekvens än de övriga. Det är viktigt att kontrollera behandlingseffekten (förslagsvis efter 3-4 veckor). Det är klokt att använda miktionslistor som stöd i diskussionen med patienten. Är det lönt att byta preparat vid otillräcklig effekt eller vid oacceptabla biverkningar? Vi tycker att det är rimligt att åtminstone prova preparatbyte innan man överväger att remittera till specialist.

2007-01-17

Lars Malmberg och Bengt Uvelius
för Terapigrupp Urologi

Referenser; Se Läkemedelsrådets hemsida www.skane.se/lakemedelsradet/bulletinen07

Muskelvärk av ARB

Myalgi nämns som sällsynt eller mycket sällsynt biverkan i FASS-texterna för flera angiotensinreceptorantagonister (ARB). I det svenska biverkningsregistret finns hittills 15 rapporter där losartan i Cozaar eller Cozaar comp misstänkts ha orsakat myalgi. Vidare finns 6 rapporter för candesartan (Atacand), 5 rapporter för valsartan (Diovan eller Diovan comp), och en rapport för telmisartan (Micardis). Muskelvärken beskrivs i flera fall som utbredd, och i några fall som polymyalgiliknande men utan höga värden för CRP och SR. I flera av rapporterna finns ett tydligt tidssamband mellan in- och/eller utsättning av preparatet. I något fall har patienten fått tillbaka muskelvärken när behandlingen återinsattes.

Tänk på ARB som en möjlig orsak till nyuppkommen myalgi, och rapportera gärna misstänkta fall till Biverkningsenheten!

2007-02-06

Ellen Vinge och Elisabet Ekman
Regionala Biverkningsenheten
Klinisk Kemi och Farmakologi
Universitetssjukhuset i Lund

Infektioner hos äldre

Läkemedelsrådets expertgrupp Läkemedel och äldre inbjuder till utbildningsdag den 20 mars eller 28 mars 2007!

Målgruppen är läkare, sjuksköterskor inom Region Skåne involverade i äldres läkemedelsanvändning, sjuksköterskor i hemsjukvården, medicinskt ledningsansvariga sjuksköterskor, verksamhetschefer, apotekare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, politiker.

Anmälan senast den 5 mars 2007!

För mer information:
www.skane.se/lakemedelsradet/utbildningsdag

Läkemedelsrådets expertgrupp
Läkemedel och äldre
inbjuder till
UTBILDNINGSDAG

ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING

**Infektioner
hos äldre**

Plats: Uardsalen, Scandic Star Hotel,
Glimmervägen 2, Lund

Dag: Tisdag 20 mars 2007
eller
Onsdag 28 mars 2007

Tid: Kl. 8.30 - 16.00





Läkemedel och miljö

Det finns ännu begränsad kunskap om vad läkemedelsrester i miljön betyder för vår hälsa, men det finns anledning att tro att de kan orsaka problem för djur och människor.

Ett svenskt system för miljöriskklassificering av läkemedel har utarbetats gemensamt av Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelsverket, Apoteket AB, Sveriges Kommuner och Landsting, och Stockholms läns landsting.

Miljöklassificeringen innebär att läkemedelssubstanserna bedöms med avseende på **miljörisk** och **miljöfarlighet**. Miljörisken uttrycker kvoten mellan beräknad koncentration i vattendragen i förhållande till den högsta koncentration som inte skadar vattenlevande växter eller djur. Miljöfarligheten är en värdering av substansens biologiska nedbrytbarhet, potential för ackumulering i fettväv, samt dess toxiska effekt på vattenorganismer.

Läs mer i kapitlet "Läkemedel och miljö" i Läkemedelsboken 2005/2006, på Stockholms Läns landsting nätsajt om läkemedel (www.janusinfo.se) eller på www.FASS.se. Miljöklassificeringen av enskilda läkemedel har påbörjats och man finner den i produktinformationen på www.FASS.se under rubrik "Miljöpåverkan".

Vad kan du göra för att minska miljöpåverkan av läkemedel?

- Överväg alltid om läkemedel är nödvändigt!
- Skriv ut startförpackningar!
- Skriv inte ut större mängd än vad som beräknas gå åt!
- Uppmana patienterna att återlämna överbliven medicin till apoteket!
- Begagnade läkemedelsplåster och inhalatorer innehåller fortfarande mycket läkemedel och bör också lämnas till apoteket!
- Be läkemedelsföretagen om miljöinformation!
- Lär dig vilka läkemedel som har stor miljöpåverkan! (Se www.fass.se)

Arbetsplatskod på hjälpmedelskort!

Från 1 juli 2007 kräver lagen arbetsplatskod på hjälpmedelskort för att läkemedelsförmånen ska gälla.

Vid ev frågor – kontakta din lokala arbetsplatskodsansvarige eller maila till ingrid.frode@skane.se

Skånelistan 2007

Den 1 mars ska Skånelistan 2007 med Bakgrundsmaterial vara ute hos förskrivarna i Skåne.

Även Tandvårdslistan och listan för Sjuksköterskor och Barnmorskor kommer att skickas ut samtidigt.

Vill du beställa listor eller bakgrundsboken?

Maila till lakemedelsradet@skane.se eller ring - se telefonnummer nedan!



Nya telefonnummer

Läkemedelsrådets kansli har nya telefonnummer fr o m den 15 februari:
044-309 30 51, 309 30 53 eller 309 30 45

ADRESSÄNDRING

Uppgifter sänds till
Läkemedelsrådets kansli,
se adress nedan.
OBS! Ange även gamla adressen

B



Läkemedelskostnaderna 2006

Kostnaderna för apoteksvaror (inom öppen respektive slutenvård) inom Region Skåne var under 2006 4,3 miljarder kronor, en ökning med 4,5% jämfört med 2005. Av denna summa utgjorde rekvisitionsläkemedel 760,9 miljoner kronor (ökning med 12,2%), förmånskostnad för receptförskrivning 2 735,6 miljoner kronor (ökning med 2,4%) och patientens egenavgift 826,6 miljoner kronor. Ökningssiffrorna för Sverige var för samma period 4,3% (totalkostnader), 15,1% (rekvisitionsläkemedel) samt 1,1% (förmånskostnad receptförskrivning).



Totalkostnaden per invånare var för Region Skåne 3 697 kr att jämföra med 3 405 kr för Sverige. Vid uppdelningen av totalkostnaden per invånare ser man att förmånskostnaden per invånare plus kostnaden för rekvisitionsläkemedel per in-

vånare ger en kostnad för Skåne på 2 990 kr/inv medan Sverige har en kostnad på 2 687 kr/inv. Ökningstakten för Skåne respektive Sverige är 3,6% respektive 3,5%. Emellertid är siffran för rekvisitionsläkemedel inte korrigerad för behandling av patienter från andra landsting. Hade Region Skåne haft samma förmånskostnad per individ som Sverige, hade kostnaderna för läkemedelsförmånen i Region Skåne varit 340 miljoner kronor lägre under 2006.

För de läkemedel som är *decentraliserade* har kostnadsminskningen under 2006 varit 0,6%, medan användningen (dygnsdoser) har

ökat med 3,7%. Under de senaste åren har ett antal patentutgångar skett för preparat ingående i den decentraliserade budgeten, vilket resulterat i en markant kostnadsminskning, men genomslaget i kostnadsminskningstakten har avtagit. I den decentraliserade läkemedelsbudgeten har sex stycken måltal satts upp under 2006. Inom regionen är skillnaderna mellan förvaltningarna avseende följsamhet till måltalen stora. Hade måltalen följts fullt ut hade kostnaderna i Region Skåne varit ca 110 mkr lägre.

För de läkemedel som finansieras inom den *regionala* budgeten var kostnadsökningen 10% under 2006. I denna grupp förväntas kostnadsökningarna fortsätta med cirka 10% under nästkommande år. Dessa läkemedel karakteriseras av höga doskostnader och hög specialisering d v s relativt få patienter. TNF-alfa hämmare utgjorde den största kostnaden, och stod även för den kraftigaste ökningen.

Henrik Ohlsson & Maj Carlsson

Tabellen visar de läkemedelsgrupper som stod för de kraftigaste ökningarna (kostnad) under 2006.

Läkemedelsgrupp	Ökning LtKr F + rekv
L04 - immunsuppressiva medel	55 404 397
L01 - cytostatika/cytotoxiska medel	43 426 631
L03 - immunstimulerande medel	11 334 386
C09 - medel som påverkar renin-angio	11 239 650
R03 - medel vid obstruktiva luftvägs	10 334 531
A10 - diabetesmedel	9 767 488
L02 - endokrin terapi	6 847 849
N05 - neuroleptika, lugnande medel o	6 535 718
A16 - övriga medel för matsmältning	5 413 557
J06 - immunsera och immunglobuliner	5 339 957
B05 - blodsubstitut och infusionsväts	5 114 580
N03 - anti epileptika	4 571 081
G04 - urologiska medel	4 506 228
B01 - antikoagulantia	3 940 879
M05 - medel för behandling av skelet	3 733 379
N04 - medel vid parkinsonism	2 983 478
J01 - antibakteriella medel för syst	2 662 350
B03 - medel vid anemier	2 596 930
N02 - analgetika	1 942 519

**LÄKEMEDEL
RÅDET
REGION SKÅNE**

Ansvarig utgivare: Ola Ohlsson, Läkemedelsrådet, Region Skåne,
Box 1, 221 00 Lund. Tel: 046-15 30 00. Fax: 046-12 79 49.

E-post: lakemedelsradet@skane.se

www.skane.se/lakemedelsradet

Grafisk form: Ann-Christine Jönsson. Tryckeri: Wallin & Dalholm AB, Lund.

LÄKEMEDELSRÅDET REGION SKÅNE

- Professor Ola Ohlsson (ordf.), Medicinkliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad
- MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) Gunnel Andersson, Tomelilla kommun
- Allmänläkare (privat) Per Berglund, Östra Läkargruppen, Kristianstad
- Docent Tommy Eriksson, Sjukhusapoteket, Universitetssjukhuset i Lund
- Apotekare Margareta Bjarle, Apoteket Hälsa, Distrikt Skåne
- Överläkare Annika Kragh, Ortopedmottagningen, Hässleholms sjukhusorg.
- Docent Bengt Ljungberg, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset i Lund
- Överläkare Susanne Ljungerud, Närsjukvården, Sjukhuset, Ängelholm
- Docent Christina Nerbrand, Primärvårdens FoUU, Malmö
- Medicinsk rådgivare Jesper Persson, Distriktsnämndens kansli, Malmö
- Hälsoekonom Per Rosén, Hälso- och sjukvårdsledningen, Hälsopolitisk avdelning, Region Skåne, Lund
- Psykiater Lars Schultz, Beroendecentrum, Universitetssjukhuset MAS i Malmö
- Distriktsläkare Thomas Sülau, Vårdcentralen, Sjöbo
- Docent Kenneth Törnebrandt, Anestesi-kliniken, Helsingborgs lasarett
- Docent Ellen Vinge, Klinisk kemi och farmakologi, Universitetssjukhuset i Lund