

Kommentarer avseende indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

1. Läkemedelsspecifika indikatorer

1.1. Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger:

Här borde även antiinflammatoriska läkemedel (cox-hämmare, NSAID) ingå och inte endast coxiber. Hela gruppen ger ökad risk för sår och blödningar i magtarmkanalen, vätskeretention, hjärtinkompensation samt nedsatt njurfunktion. Även exempelvis ibuprofen och diklofenak förefaller enligt vissa analyser öka risken för hjärtinfarkt och stroke, varför det inte är motiverat att endast inkludera coxiberna här.

Även mirabegron (G04BD12) bör inkluderas, då risken annars är att indikatorerna styr över användningen av inkontinenspreparat hos äldre till mirabegron. Detta vore olyckligt, då mirabegrons kardiovaskulära biverkningsprofil med dokumenterad risk för blodtrycksökning inte är gynnsam hos äldre.

1.2. –

1.3. –

1.4. Med hänsyn till risken för QT-förlängning bör maxdosering till äldre av citalopram (20 mg) och escitalopram (10 mg) tas upp. Vi har i uppföljningar sett att en inte obetydlig andel av de äldre förefaller behandlas med doser som överstiger dessa.

2. Diagnosspecifika indikatorer

2.1. –

2.2. –

2.3. –

2.4. KOL. Sid. 43:

Föreslår omformulering av slutet av första stycket till:... bör man i första hand pröva inhalationspray med spacer. Först om detta inte fungerar, eller om KOL-patienten behöver inhalera exempelvis koksaltlösning eller andra läkemedel som inte finns tillgängliga i sprayform, bör administrering av läkemedlen via nebulisator övervägas. Strykes: ~~är svårt sjuk och har en kraftigt nedsatt lungfunktion, kan behandlingen kompletteras med inhalationsterapi i hemmet med t.ex nebulisator.~~

Sid. 45: En av indikatorerna lyder: "Antikolinergika, beta-2-stimulerande preparat för inhalation eller inhalationssteroider, utan påvisbar effekt, av alla med KOL." Detta ter sig som en irrationell indikator – hur ska effekten utvärderas? Det är väl känt att de parametrar vi idag registrerar vid lungfunktionsmätning i vardaglig sjukvård inte kan förutsäga läkemedelseffekt vid KOL. Frågeformulär såsom COPD Assessment Test eller COPD Control Questionnaire skulle möjligen kunna användas. Dessutom förväntar vi oss en kontinuerlig progression av sjukdomen som inte går att vända med läkemedel, utan möjligen bromsa/lindra. Exacerbationsfrekvens vore förstås av intresse, men är i praktiken vanskligt att utvärdera för en enskild patient under en kortare tidsperiod.

2.5. Typ 2-diabetes, sid. 46. Mycket tveksamt att utnämna DPP-4 hämmare till ett bra alternativ till äldre, då vissa studier indikerar ökad risk för hjärtsvikt och de dokumenterade positiva effekterna är relativt blygsamma.

2.6. –

2.7. UVI sid. 55. Användning av nitrofurantoin till personer med eGFR < 40 ml/min bör läggas till som indikator för olämplig behandling.