

Hur mycket paracetamol tål det svenska folket?

Det finns svagt vetenskapligt stöd för långvarig användning av paracetamol som smärtlindrande läkemedel. Sannolikt förekommer en slentrianmässig överföreskrivning och överanvändning av paracetamol vid svenska sjukhus och i äldreomsorgen.

Utköp av paracetamol på recept och rekvisition i riket har ökat med ca 20 procent inom loppet av tre år. Ökningstakten ligger stabilt på ca 9 procent per år (Figur 1).

Genomsnittssvensken, ung som gammal, köper för närvarande ut på recept eller receptfritt 0,042 DDD per dag. (En DDD motsvarar tre gram paracetamol per dygn.) De som är 75 år och äldre köper på recept och receptfritt i genomsnitt en halvgramstablett per dag, med stor spridning mellan länen.

Under 2007 har genomsnittligt till varje disponibel sjukhussäng rekvisiterats 0,67 DDD av paracetamol per dag i riket. Annorlunda uttryckt har varje sjukhuspatient fått sig tilldelat två gram paracetamol per dygn oavsett ålder och orsak till sjukhusvistelse, med stor variation mellan landstingen (Figur 2).

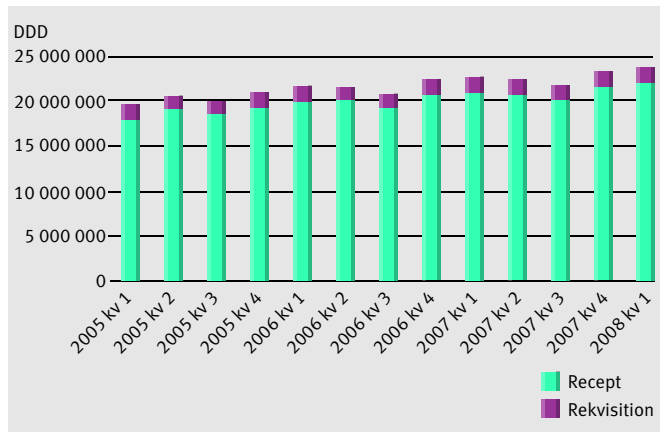
Paracetamol är ett väldokumenterat läkemedel för behandling av feber och kortvarig smärta, men för behandling av långvarig smärta är dokumentationen bristfällig. SBU [1] ger efter genomgång följande sammanfattning om paracetamol: »Smärta vid lätt till måttlig artros lindras nå-

got av paracetamol [2].« (Studiernas sammanvägda effekt anges till 0,21, där $< 0,20$ = obetydlig effekt och $0,50-0,80$ = liten effekt, evidensstyrka 1).

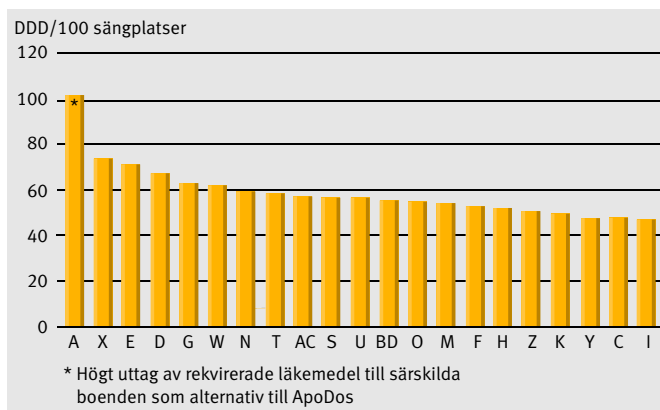
Med andra ord: Effekten av paracetamol vid långvarig behandling av smärta är signifikant men kliniskt irrelevant. SBU skriver vidare: »Paracetamol i kombination med svag opioid/tramadol är mer effektivt än enbart paracetamol (Evidensstyrka 1).«

År 2004 kom Bandolier till samma resultat efter en systematisk genomgång av behandling vid artros [2]. Endast tre rapporter bedömdes ha tillräcklig kvalitet beträffande antal patienter, givna doser, behandlingstid och studieupplägg för att kunna användas. Resultat: »No simple pooling of results is possible for efficacy in the three reports (2,000 patients) comparing paracetamol 4,000 mg daily with placebo over 6–12 weeks. One report had four trials, and only one of those four trials showed any hint of difference between paracetamol and placebo.

The largest and best trial used a series of cut points, none of which showed a difference. It did suggest that there might be a benefit of paracetamol over placebo in a subgroup of patients who had no sudden increase in pain, and without night pain, but this was a small proportion of



Figur 1. Utköp av paracetamol i riket.



Figur 2. Rekviserat av NozBE – anilider per landsting, 2007.

the whole. There were no differences in discontinuations overall or because of lack of efficacy, or in adverse events.«

År 1986 lanserade WHO den s k smärtrappan för behandling av cancerrelaterad smärta. I sin praktiska utformning innebär trappan en grundbehandling med paracetamol eller annat perifert verkande läkemedel, och där allt starkare centralt verkande läkemedel successivt läggs till. Behandlingstrappan har sedan i klinisk vardag kommit att generaliseras till behandling av alla former av icke-malign smärta.

I en jämförande studie fann man inte någon tilläggseffekt av paracetamol jämfört med

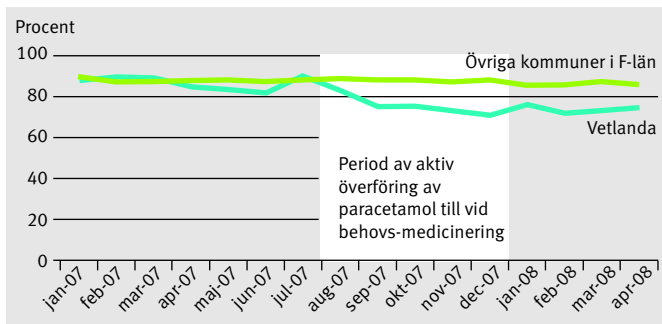
placebo som tillägg till morfin [3].

Brist på god dokumentation av effekt vid långtidsbehandling med paracetamol är ett problem även av det skälet att substansen i hög grad utgjort referenssubstans vid ett antal studier av andra läkemedel som t ex NSAID och glukosamin.

Hur ser då användningen av paracetamol för långtidsbehandling ut? I Jönköpings län har vi analyserat hur paracetamol föreskrivs i ApoDos uppdelat på dosdispensering, stående och vid behov. Det senaste året har 87 procent av den mängd paracetamol (DDD) som personer med ApoDos använder föreskrivits



SVEN-OLOV LINDAHL
informationsläkare,
Höglandets sjukvårds-
område, Eksjö
sven-olov.lindahl@lj.se



Figur 3. Andel DDD i stående ordination av totalt antal DDD ordinerat i Apodos.

för kontinuerlig behandling. Denna andel är stabil över tiden.

Vilken nytta har patienterna av att använda paracetamol kontinuerligt i verkliga livet, och vad händer vid utsättning? Jag hade förmodat att under några månader få arbeta i Vetlanda i ett av SKLs genombrottsprojekt, SÄLMA-projektet [4].

Dess målsättning var att öka kvaliteten i läkemedelsförskrivningen till alla inom kommunens särskilda boenden. Projektet i Vetlanda omfattade 118 av kommunens sammanlagt cirka 400 personer i särskilt boende. Av dessa 118 fick mer än 90 procent sina mediciner via ApoDos.

Under tiden juli till och med december genomförde vi läkemedelsgenomgångar, och samtliga följdes vad avsåg olika symptom på värk/smärta. Konsekvent ändrades ordinationen för paracetamol till att ges vid behov (Figur 3).

Trots en avsevärd reduktion i givna doser noterades inte att berörda upplevde direkta eller indirekta tecken på ökad smärta. I ett enda fall återinsattes paracetamol som

stående behandling på grund av upplevd försämring. Projektet avslutades i december 2007.

Sammanfattning:

- Förskrivning av paracetamol som smärtlindrande läkemedel under mer än 6–12 veckor har svagt vetenskapligt stöd.
- Det saknas stöd för att paracetamol ger tilläggseffekt till narkotikaklassade opioider II–III vid behandling av smärta.
- Receptförskrivning av paracetamol som stående behandling synes ske slentrianmässigt.
- Användningen av paracetamol på sjukhus synes ske i en omfattning som torde föranleda noggrann kartläggning av när och hur ordinationer initieras samt hur effekten utvärderas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: SBU; 2006. Rapport 177/1+2.
2. Axelsson B. The incurable cancer patient at the end of life [dissertation]. Uppsala: Medicinska fakulteten; 2001. p. 20-1.
3. Paracetamol for osteoarthritis. Bandolier Journal. Sep 2004;127-2. <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band127/b127-2.html>
4. SÄLMA 2007 – Säkert läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre: erfarenheter av ett nationellt utvecklingsprojekt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2007. p. 25-9.

»Användningen av paracetamol på sjukhus synes ske i en omfattning som torde föranleda noggrann kartläggning av när och hur ordinationer initieras samt hur effekten utvärderas.«

Privat barnsjukvård kan kapa väntetider

■ Kjell Tullus har i en intressant artikel i Läkartidningen 30–31/2008 (sidorna 2116-7) jämfört sina erfarenheter av offentlig och privat sjukvård i London. Great Ormond Street Hospital for Children (GOSH) är ett av världens främsta sjukhus för barn, och en jämförelse med vilket annat sjukhus som helst i England utfaller till fördel för GOSH.

Man ska dock komma ihåg att GOSH till viss del »försörjer« sig på privata medel, liknande dem som Sverige hade före den så kallade sjukvårdsreformen. Dessutom utnyttjar GOSH för sin finansiering ett väl utvecklat system för »charity«-sponsring som inte finns i Sverige.

Barnsjukhuset Martina i

Stockholm kommer att basera sin huvudsakliga »försörjning« via försäkringar. Dessa kommer att till 100 procent täcka kostnaden för vård, och inte som i England bara till en viss del. I artikeln går det att läsa att Kjell Tullus anser att privatsjukvården är sämre. Tyvärr får man inte i artikeln några uppgifter om varför han tycker så.

Barnsjukhuset Martina kunde säkert ha dragit lärdom av dessa. Tullus skriver att han »i bästa fall kommer en kort stund varje dag« till det privata Portlandsjukhuset för att se till sina privata patienter. Detta kan vara en förklaring till att vården där upplevs som sämre. Det blir förmodligen ingen bra vård om Tullus och kollegerna ägnar endast en kort stund åt patienterna och inte är tillgängliga på plats.

Man kan undra varför Kjell Tullus inte till 100 procent ägnar sin tid åt GOSH utan splittrar upp sin tid med verksamhet vid det sämre Portlandsjukhuset.

Barnsjukhuset Martina har fått över 300 ansökningar

från läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, och det har varit en grannliga uppgift att välja de bästa för uppgiften. Personalen kommer inte att tjänstgöra »en kort stund«, utan de kommer att till största delen vara heltidsanställda. Kontinuitet är en del i vårt kvalitetstänkande.

En anledning till att vi vill kalla oss »barnsjukhus« är att vi kommer att ha möjlighet att utnyttja Sophiahemmets alla resurser och på så sätt bygga ett team kring barnet. Vi har även möjlighet att lägga in barn och bedriva viss slutenvård. Vi har dock inga ambitioner att bedriva vare sig högteknologisk eller mycket avancerad barnsjukvård, något som med framgång görs vid Astrid Lindgrens barnsjukhus och Barnens sjukhus på Karolinska Universitetssjukhuset.

Vi vill vara ett alternativ till den offentliga barnsjukvården, framför allt inom områden där det finns långa väntetider inklusive den akuta delen. Vi önskar ta hand om de sjuka barnen på ett högkvalitativt sätt, utnyttjande vårt kunnande och vår hängivenhet för att ge barnen den bästa vården.

Vi kan inte se hur detta skulle kunna försämrade barnsjukvården för övrigt. Vi ser fram emot att Kjell Tullus och intresserade kolleger kommer till Barnsjukhuset Martina för att bilda sig en egen uppfattning.

Framtiden får utvisa om vårt koncept blir uppskattat och på så sätt framgångsrikt.

Peter Wasmuth

VD för Barnsjukhuset Martina

Staffan Meurling

professor i barnkirurgi, en av initiativtagarna till Barnsjukhuset Martina
staffan.meurling@kbh.uu.se