

Kniv, sax eller rakblad ...

Patienters upplevelser och problem med tabletter som måste delas

Att förskriva doseringar som innebär delning av tabletter är vanligt, ofta onödigt och kan äventyra patientsäkerhet och behandlingsresultat. Nuvarande regelverk, som tillåter endast farmaceuter att föreslå läkare att byta till en styrka som motsvarar den ordinerade doseringen, bör ändras.

Följsamheten till medicinering vid långtidsbehandling uppskattas i genomsnitt vara cirka 50 procent [1]. Förskrivning av doseringar som innebär att tabletter måste delas kan öka problemet med bristande följsamhet eftersom många, speciellt bland de äldre, har svårigheter att dela tabletter [2-5].

När doseringen studerades på samtliga recept på tablettberedningar (>600 000 poster) som expedierats under en månad i Sverige avseende läkemedel ur ATC-grupperna C07 (betablockerare), C08 (kalciumflödeshämmare), C09 (ACE-hämmare, angiotensinreceptorblockerare), C10 (lipidsänkare), H03 (levotyroxin), N05A (neuroleptika), N05BA (anxiolytika), N05CD (sedativa/hypnotika) och N06AB (serotoninåterupptagshämmare), hade 10 procent av recepten

en dosering som medförde att de förskrivna tabletterna måste delas, vilket motsvarade drygt 40 000 patienter [A Ekedahl, opubl data]. I hälften av fallen fanns en godkänd styrka som motsvarade den ordinerade dosen, och i ytterligare en tredjedel av fallen (levotyroxin och SSRI-preparat) skulle delning kunnat undvikas med 2 tabletter av lägre styrka [A Ekedahl, opubl data].

Många tablettberedningar är varken lämpade för eller avsedda att delas. Europeiska farmakopén accepterar en doseringsnoggrannhet på ±15 procent av den avsedda dosen, men doseringsnoggrannheten vid delning är ofta otillfredsställande låg, oavsett om tabletterna är försedda med brytskåra eller inte [6-12].

Det är vanligt att tabletterna delas i olika stora delar, eller att det blir småbitar eller smulor [12, 13]. De som har svårt för att dela tabletter är dessutom sällan hjälpta av att använda en tabletteddelare [9, 14]. Denna pilotstudie gjordes för att undersöka hur patienterna gör när den förskrivna tablettberedningen måste delas.

Studien gjordes vid tre apotek i Mellansverige under april månad 2008. Kunder som för egen räkning hämta-

TABELL I. Intervjupersonernas ålders- och könsfördelning.

Åldersgrupp, år	Kvinna	Man	Totalt
24-44	3	3	6
45-64	18	5	23
65-74	6	4	10
75-84	8	2	10
85+	3		3
Totalt	38	14	52

de ut läkemedel (tabletter) på recept som ordinerats med en dosering som innebar att tabletterna måste delas tillfrågades om de ville delta och svara på frågor om sina erfarenheter av att genomföra behandlingen med delade tabletter. 65 kunder accepterade att bli intervjuade.

Intervjun gjordes med ett enkelt standardiserat frågeschema som finns att hämta från <<http://www.apoteket-farmaci.se/Apotek/Farmaci%20Blanketter/Enkätformulär.pdf>>.

Av de 65 intervjuade hade 13 fått ordinationen för första

gången. De tillfrågades enbart om vilken information/instruktion de fått om att dela tabletter. Svaren från de 52 (Tabell I) som hade haft samma ordination sedan tidigare redovisas i Tabell II och III. Cirka hälften av de tillfrågade (25/52), och hela 8 av 10 patienter mellan 65 och 74 år, uppgav att de hade problem med att dela tabletterna; 23 använde verktyg. Det vanligaste var kniv, men 5 patienter valde att bita sönder tabletterna. En av de patienter som uppgav att de varierade doseringen hade ordination på warfarin. Användning av kniv var jämnt fördelad

TABELL II. Patienternas sätt att dela tabletter

Sätt att dela	Kvinnor	Män	Totalt
Delar dem för hand	14	8	22
Använder kniv	11	5	16
Använder tabletteddelare	4		4
Använder sax	2		2
Delar med rakblad		1	1
Bitar sönder tabletterna	5		5
Delar inte – varierar dosen	2		2
Totalt	38	14	52

TABELL III. Patienternas problem med att dela tabletter.

Problem	Totalt
Tabletterna är hårda och svåra att dela	11
Blir olikstora delar	8
Tabletterna smular sig i smådelar	7
Tabletterna är små och svåra att dela	6
Tabletterna »sprätter iväg«	4
Måste ofta kassera delarna	4
Svårt att hitta delarna	1
Totalt	41 ¹

¹ flera uppgav mer än ett problem

ANNA HELLBERG
leg receptarie, Apoteket Kronan, Kumla
LINDA NYÄNGEN
leg receptarie, Apoteket Lejonet, Lindsberg
ANDERS EKEDAHL
docent, leg apotekare, Stab Forskning och utveckling, Apoteket AB, Malmö; naturvetenskapliga institutionen, Linnéuniversitetet, Kalmar
anders.ekedahl@apoteket.se

med avseende på patienternas ålder, medan alla 5 som uppgav att de bet sönder tabletterna var kvinnor i åldersgruppen 45–64 år.

En styrka av tabletterna som motsvarade den aktuella doseringen fanns tillgänglig för 29 av 52 patienter (7 ordinationer på betablockerare, 5 på ACE-hämmare/ARB, 4 på hypnotika, 3 på anxiolytika och 3 på levotyroxin). För ytterligare 9 patienter fanns det lägre styrkor som gick att anpassa till aktuell dosering. 21 av 29 som svarade på frågan »Hur skulle Du vilja ha det istället?« uppgav att de ville ha en tablett i en styrka som motsvarar dosens storlek.

Många patienter har svårt både att dela tabletterna och att följa ordinationerna, vilket kan äventyra både patientsäkerheten och behandlingsresultatet. De flesta patienter som hade ordination på delade tabletter ville ha en styrka på tabletterna så att de slapp dela, oavsett om de upplevde problem med att dela dem eller inte.

På grund av nuvarande regelverk kan farmaceuter endast föreslå förskrivande läkare att byta till en styrka

som motsvarar den ordinerade doseringen. Att tabletter delas är emellertid så vanligt att detta är praktiskt ogenomförbart och därför sällan görs.

Regelverket bör ändras så att farmaceuterna i samråd med patienten ges möjlighet att anpassa den expedierade styrkan till den aktuella doseringen och att meddela förskrivaren i efterhand.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: WHO; 2003.
2. Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, De Smet PA. User-related pharmaceutical care problems and factors affecting them: the importance of clinical relevance. *J Clin Pharm Ther.* 2005;30:215-23.
3. Quinzler R, Szecsenyi J, Haefeli WE. Tablet splitting: patients and physicians need better support. *Eur Clin Pharmacol.* 2007;63:1203-4.
4. Rodenhuis N, De Smet PA, Barends DM. The rationale of scored tablets as dosage form. *Eur J Pharm Sci.* 2004;21:305-8.
5. Peek BT, Al-Achi A, Coombs SJ. Accuracy of tablet splitting by elderly patients. *J Am Med Assoc.* 2002;288:451-2.

■ **Läs mer** Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>

Synd om doktorn?

■ – Jag tycker synd om doktorn, sade den gamla kvinnan till mig. Fullt sysselsatt var jag att med CO₂-lasern bränna bort hennes tjocka, bruna skorpiga keratoser; jag hade just börjat.

– Varför tycker du synd om mig, jag mår alldeles utmärkt!
– Att behöva se så gamla fula kärringar!

Ja, nog var hon ful, men mycket vackrare är jag inte själv. Skulle jag trösta henne med detta? Skulle jag säga att alla arbeten har sina olägenheter och att jag vant mig, efter 45 år som läkare?

Eller skulle jag säga att visst är du ful, men du ska bli så fin, så fin!

Eller – nej, mer kom jag inte på. Jag sade helt uppriktigt att jag får se kvinnor som är så vackert skapade att rakt inget kan önskas till eller bort. Och att dessutom sitter ofta högst upp ett rart leende!

Nog lät hon sig nöja med detta. Men när hon tackat och gått, så kom över mig vad fransmännen kallar »l'esprit d'escalier«, alltså de fyndigheter man kommer på när festen är slut och man går hem, nedför trappan:

»Jag tycker du ser fullständigt mänsklig ut!«

Leo Hassler
privatläkare, Luleå
leo.hassler@doktorerna-hassler.se

Pragmatiskt om vitamin D som kosttillskott till mörkhyade

Det är dags att rekommendera D-vitamin tillskott till alla mörkhyade i Sverige. Varför strunta i problemet att nästan alla har brist och varför ta fler prov om ingen mår illa av extra vitamin D?

Jag har arbetat inom allmänmedicin i mer än 30 år och senaste åren en hel del med asylsökande i Söderhamn. De som jag träffar kommer framför allt från afrikanska kontinenten, Främre Asien och Balkan. Många i asylsituationen har diffusa symtom i form av värk i muskler och skelett, sömnsvårigheter och depression. Mycket av detta är säkerligen beroende på svåra upplevelser och en utsatt situation. Kan brist på vitamin D bidra?

Under senare år har man uppmärksammat att vitamin D-brist är associerad med benskörlighet, kardiovaskulär sjukdom, depression, muskelvärk med proximal svaghet och rakit, men även med ökad insulinresistens, barnlöshet och, nu som senast redovisats, autism hos barn.

Om man har mörk hudfärg krävs betydligt mer solexponering för att bilda D-vitamin än om man är ljus (10–15 gånger mer). I Sverige måste vi fylla på förråden under sommarhalvåret eftersom solen under vinterhalvåret står för lågt. I praktiken krävs det ca 2 timmar dagligen för en afrikan under sommarhalvåret att med bara armar och axlar och bart ansikte utsätta

sig för direkt sol. Hur många klarar det? I många kulturer undviker man att vistas i sol, och dessutom skyddar framför allt kvinnor kroppen för sol av olika skäl.

Jag har under de senaste åren tagit P-vitamin D25-OH, PTH och kalcium på de patienter ur asylgruppen som sökt för diffusa symtom, värk m.m.

Gruppen asylsökande går inte att studera systematiskt, men resultaten på 51 konsekutiva patienter är slående. Nästan alla (44) hade brist (mindre än 25 nmol/l), och sex patienter hade insufficiens i lägre intervallet. Av alla 51 hade 20 förhöjt PTH (missat ta på nio patienter). Ett observandum är att en stor del av dem som undersökts är relativt nyligt anlända till Sverige. De flesta som jag kontrollerat är kvinnor, men elva av de tolv män som kontrollerats hade brist.

Patienter med brist fick från början Calcichew-D3 motsvarande 800 IE/dygn. Detta räckte inte för dem som följde ordinationen. Jag övergick därför till att ordinera Kalcipos-D-Forte × 2, motsvarande 1 600 IE/dag, vilket verkar fungera för dem som tar tabletterna. Detta stämmer också bättre med internationella rekommendationer. Många föreslår 2 000 IE dag-



ANDERS WINDLING specialist i allmänmedicin; ansvarig för asylhälsovården i Söderhamn
anders.windling@gmail.com

ligen respektive 1 000 IE till barn. Nu finns också vitamin-D i oljelösning, som är ett utmärkt alternativ.

Hur ska man se på detta på ett pragmatiskt sätt? Risken för toxiska doser är minimal. Att hålla på och ta prov när »alla« har brist är slöseri. Jag vill betrakta mörk hy så långt norrut som i Sverige som ett handikapp som ger brist på vitamin D, och i förlängningen ökad sjuklighet. Därför bör alla mörkhyade rekommenderas kosttillskott, lämpligen motsvarande 2 000IE/dygn, vilket enkelt uppnås genom att ta 5 ml D-vitaminolja ACO per vecka. Om man vistas mycket i sol kan man minska tillskottet på sommaren. Vitamin-D i oljelösning inhandlas receptfritt på Apoteket. Ett alternativ är Kalci-pos-D-Forte, 2 tabletter dagligen, speciellt om det råder brist på kalk i kosten.

Finns andra risker? En patient (65-årig kvinna) i den undersökta gruppen hade skyhögt PTH och högt kalcium förutom lågt vitamin D₂₅-OH, och har alltså även primär hyperparatyroidism. Detta hade jag inte hittat utan provtagning. I princip skulle det ju räcka med att kolla kalcium för att utesluta hyperparatyroidism. Likaså är patienter med njurinsufficiens eller sarkoidos inte självklara att behandla.

Som kuriosum kan nämnas att nu i början av februari kontrollerade min kollega, som är född i Eritrea, friluftsmänniska och i Sverige inte skyr sol, sina värden som visade brist på vitamin D och förhöjt PTH.

Slutsats: Det är dags att rekommendera generell tillförsel av vitamin D som profylax. Att ha mörk hy i Sverige är ett handikapp men ska inte ses som en sjukdom. Fundera också på om motsvarande råd bör ges till sjukhemspatienter och andra innesittare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:* Inga uppgivna.

Läkarstudenter behöver kunskap om långvarig smärta

■ Frågar man de svenska universitet som har läkarutbildning hur mycket man undervisar i ämnet långvarig (kronisk) smärta, får man knapphändiga svar som är svåra att både tolka och redovisa, då man inte skiljer på akut respektive kronisk smärta. Dessa två företeelser har emellertid avsevärda och avgörande olikheter som kräver olika yrkeskompetens. Sammanblandning av de två huvudtyperna av smärta kan i värsta fall vara deletär men kan åtminstone vara upphov till fel, riskabel eller onödig behandling, missnöje och stor frustration hos såväl läkare, patienter som anhöriga samt höga kostnader för samhället.

I en tidigare debattartikel i LT 35/2009 (sidorna 2108-9) diskuteras huruvida till exempel elitidrottare med långvarig smärta ska behandlas kirurgiskt. I en annan debattartikel (LT 44/2009, sidorna 2865-6) konstateras att artroskopi inte är meningsfull vid knäledsartros. Sambandet mellan artros och långvarig smärta har också ifrågasatts, men alternativ till numera rutinmässiga ledplastiker har inte lyfts fram.

Akut smärta är nervsystemets fysiologiska reaktion på många olika sjukdomstillstånd i alla organsystem under de första tre månaderna. Utredningen startas med en vanlig läkarundersökning.

Långvarig smärta med över tre månaders duration är mycket vanlig i befolkningen, ungefär dubbelt så vanlig som akut smärta vid varje tidpunkt. Prevalenser för kronisk smärta som redovisas ligger oftast mellan cirka 10 och 40 procent av befolkningen beroende på hur man mäter.

I en generell patientpopulation är andelen med långvarig smärta ännu större. En enkel

enkät som undertecknad gjort i samarbete med apoteket visade att hos individer som lämnade in recept på apotek (och därmed hade haft kontakt med sjukvården) under en viss tid var förekomsten av långvarig smärta cirka 70 procent. Är det då inte motiverat att ämnet ingår i läkarutbildningen?

När man kommer ut från läkarutbildningen träffar man genast ett stort antal patienter med långvarig smärta på vårdcentraler och akuttagningar. Skulle det då inte vara bra att ha fått utbildning så att man vet vad kronisk smärta är, hur det ska utredas och behandlas?

Intervjuar man läkarkandidater om kronisk smärta förstår man att läkarutbildningen ses som en grund att stå på, då man går igenom organsystem för organsystem, och att kronisk smärta är mindre intressant eftersom det uppfattas för komplext för en grundutbildning.

Undertecknad fick direkt efter läkarexamen 1981 möta ett tiotal patienter med kronisk smärta den första veckan på en vårdcentral. Handledaren tillfrågades om hur dessa skulle handläggas. Denne kunde inte svara, så jag blev hänvisad till länsdelssjukhuset. Överläkaren på medicinkliniken kunde heller inte svara, så jag blev hänvisad till neurologkliniken på universitetssjukhuset där ett par docenter hade skrivit avhandlingar i ämnet.

Redan andra veckan efter min läkarexamen tog jag kontakt med dessa, som heller inte kunde svara, men de föreslog mig som medlem i en internationell organisation för smärforskning, IASP (International Association for the Study of Pain). Jag började läsa litteratur jag

kom över i ämnet och åkte på studiebesök till alla smärtekliniker jag kunde i Sverige och USA. Pratade och diskuterade med alla auktoriteter jag fick kontakt med, och det blev ganska många. Gick så många amerikanska CME-godkända smärtutbildningar för anestesioologer och rehabiliteringsmedicinare jag hann. Den intressantaste kursen visade sig vara en utbildning år 1986 på Long Island, New York, där den då mer än 80 år gamla professor Janet Travell var lärare. Det var hennes sista kurs, hon kunde inte komma året efteråt. Min uppfattning om dessa kurser var att man lärde sig att tillämpa de kunskaper i embryologi, anatomi, patologi, psykologi, kemi och inte minst fysiologi som ingår i den ordinära läkarutbildningen.

Min övertygelse var att det jag såg i USA då skulle vara rutin i Sverige femton år senare, det vill säga omkring år 2000. Nu är det 2010, och det har inte hänt mycket. Vid en svensk forskarkongress nyligen framförde man som nyheter tesar som jag uppfattat var självklara redan i slutet av 1960-talet i USA och som ingick i min egen läkarutbildning i Uppsala på 1970-talet.

Undertecknad hävdar att behandling av kronisk smärta är spännande och meningsfull, att man kan få de flesta kroniska smärttillstånd att läka ut med hjälp av den prekliniska kunskapsmassa som ingår i alla läkares grundutbildning samt att läkarstudenter har rätt att få veta hur man gör med denna stora patientgrupp.



Tomas Ekström
leg läkare, specialist
i smärtt lindring och
internmedicin,
Smärtekliniken, Piteå
tomas@ekstrom.com