

# evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL  
#1 · 2017

TEMA  
KLOKA  
LISTAN

**Mai-Lis Hellénus**

professor, överläkare hjärkliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset

Nu med  
hälsosamma  
levnadsvanor

Osteoporos –  
välj rätt läkemedel

NOAK före warfarin



**Gerd Lärfars**

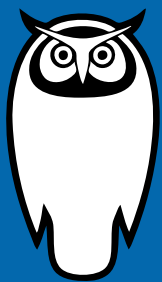
docent, ordförande  
Stockholms läns  
läkemedelskommitté

Fritt för barn  
ökade  
användningen

# evidens #1.2017

MEDICIN & LÄKEMEDEL

## TEMA KLOKA LISTAN



Hälsosamma levnadsvanor  
in på Kloka Listan **5**

Fler rekommendationer  
för specialiserad vård **11**

Många leversjukdomar  
svåra upptäcka **12**

Välj rätt  
osteoporosläkemedel **15**

Apixaban blir  
förstahandsval **18**

Beteendeförändring med  
små steg i rätt riktning **20**

Liraglutid vid diabetes  
i tredje hand **22**



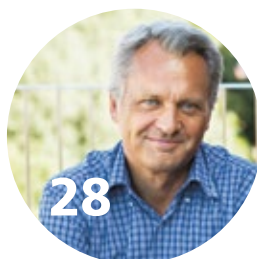
Hjärtkärlsjukdom och nya  
diabetesläkemedel:  
Vad säger studierna? **25**

Producentobunden  
läkemedelsinformation –  
allsidig och ojävig **28**

Många slutar med läkemedel  
mot trängningsinkontinens **30**

Ny process säkrar  
hjärtviktsvård i Tureberg **32**

Fritt för barn ökade  
användningen **34**



Ansvarig utgivare: Gerd Lärvars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté  
Redaktion: Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund. E-post: lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se

Omslagsbild: Mai-Lis Hellénus och Gerd Lärvars, Foto: Kari Kohvakka  
Tryck: Printfabriken, Karlskrona, 2017

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org



# Ett stöd för rationell läkemedels- användning



**I ÅRETS FÖRSTA** nummer av Evidens har vi lyft fram arbetet med Kloka Listan 2017 och Kloka Listan Forum. För mig var det lite extra spännande med Kloka Listan Forum eftersom det innebär att jag redan har varit ordförande för Stockholms läns läkemedelskommitté i ett år!

**2016 HAR VARIT** ett händelserikt år, och sedan jag tog över ordförandeskapet har jag lärt mig väldigt mycket nytt om läkemedel och läkemedelsprocessen inom landstinget men även nationellt. Vi har arbetat med att föra ut vår kommunikationsstrategi genom att stärka vårt arbete med prioriterade områden i verksamhetsplanen:

- » Jämlig hälsa
- » Nya och resurskrävande läkemedel
- » Fortbildning

**PÅ DET SÄTTET** hoppas vi att vi blir mer effektiva och tydliga i vårt arbete. Det övergripande målet för Stockholms läns läkemedelskommitté är att tillgodose en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning inom landstinget. Mycket har hänt under året, och för det vill jag tacka alla som engagerat sig i värdering, rekommendation, upphandling, fortbildning, uppföljning och allt annat som rör detta, ni är många och ni gör ett ovärderligt arbete.

**VI HOPPAS ATT** Kloka Listan är ett viktigt stöd till alla vårdgivare. För att behålla och stärka

förtroendet för våra råd och rekommendationer som finns i Kloka Listan har vi sedan flera år ett kontinuerligt arbete med tydliga riktlinjer kring jäv. Samverkan med läkemedelsföretag är en del av vårt arbete för att hålla oss uppdaterade och insatta i det som händer inom forskning och utveckling av läkemedel. Men det är viktigt att det sker strukturerat och transparent så att det inte påverkar förtroendet för våra beslut.

**JÄMLIK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD** innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla och uppdraget till expertråden har varit att definiera fokusområden utifrån jämlikhetsperspektivet, och att fortbildning och informationsaktiviteter kopplas till detta. En del i arbetet för att uppnå en jämlig läkemedelsbehandling är också vårt nationella arbete och samarbetet med alla landsting och ett flertal myndigheter.

**JAG HOPPAS ATT** årets första Evidens blir ett bra avstamp för ett fortsatt spännande läkemedelsår för oss alla!

Gerd Lärvars  
docent, specialist i invärtesmedicin och hematologi,  
ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté

Ett nummer om Kloka Listan och Kloka Listan Forum



Maj-Lis Hellénus och Gerd Lärfars rekommenderar regelbunden fysisk aktivitet bland annat för att förebygga osteoporos. Här tränar de benstyrka.

Foto: Karri Köhvakka

# Hälsosamma levnads- vanor in på Kloka Listan

Nu blir Kloka Listan en ännu större hjälp i patientmötet. Förutom rekommendationer om läkemedel inkluderas även evidensbaserade råd om hälsosamma levnadsvanor vid respektive indikation.

**M**edellivslängden är i snitt 14 år längre hos människor som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiva och har högst en måttlig konsumtion av alkohol. En person som redan är sjuk kan göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Därför bör stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor vara en naturlig del av rådgivningen även vid läkemedelsförskrivning.

Kloka Listan har även tidigare innehållit råd om levnadsvanor på vissa indikationer. Nytt för 2017 års utgåva är att hälsosamma levnadsvanor inkluderas på ett mer systematiskt sätt vid alla sjukdomsdiagnoser där det finns god evidens för detta. Vid arbetet med att ta fram läkemedelsrekommendationer har läkemedelskommittén och dess expertråd därför även värderat den vetenskapliga grund som finns för råd om till exempel kost, fysisk aktivitet och andra levnadsvanor. Arbetet har skett i samråd med specialitetsrådet för hälsofrämjande arbete under Stockholms medicinska råd som också har skrivit en övergripande introduktionstext om levnadsvanor i Kloka Listan.

– Detta gör Kloka Listan ännu mera användbar. Förskrivaren får snabbt värderad information om levnadsvanor vid just den indikation som är aktuell hos patienten. Vi hoppas på detta sätt bidra till att fler människor ska få bra och individualiserade råd om levnadsvanor. Det blir mer av en helhetssyn på patientens behandling, när inte bara läkemedel utan också levnadsvanor kan ha stor

betydelse för sjukdomsförloppet, säger Gerd Lärfars, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Karin Nordin

## Fortbildning om hälsosamma levnadsvanor

Behöver ni mer inspiration eller kunskap om evidens och arbetsmetoder kring matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol? Vill ni veta mer om regionalt vårdprogram för hälsofrämjande levnadsvanor, regionalt vårdprogram för övervikt och fetma, metoden för fysisk aktivitet på recept (FaR) eller implementeringsmetodik?

Akademiskt Primärvårdscentrum, APC, och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, erbjuder uppsökande fortbildningstillfällen. Kontakta Helena Holmgren, utredare vid enheten för hälsoutveckling, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen för mer information. Helena.Holmgren@sl.se

## Exempel på råd om hälsosamma levnadsvanor på Kloka Listan 2017:



### MANIFEST KOGNITIV SVIKT OCH DEMENS

» Det är inte säkerställt att någon kosttyp på ett kliniskt betydelsefullt sätt kan påverka sjukdomsutvecklingen vid manifest kognitiv svikt eller demens hos äldre. Det huvudsakliga problemet vid demenssjukdom är dåligt nutritionsstatus och fokus bör ligga på att stimulera till matintag av det slag som föredras av patienten.

» Personer med demens bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att förbättra förmåga att utföra aktiviteter i dagliga livet.

### GASTROESOFAGEAL REFLUXSJUKDOM

Vid refluxsjukdom finns evidens för positiv effekt av viktnedgång hos överviktiga, samt av höjd huvudända under sömn.

### OSTEOPOROS

» Rekommendera rökstopp och erbjud stödjande insats.

» Väl sammansatt kost och normal kroppsvikt (lågt BMI är en riskfaktor för osteoporosfraktur).

» Regelbunden fysisk aktivitet. Överväg FaR.

» Undvik överkonsumtion av alkohol. Erbjud rådgivande samtal vid riskbruk.

» Fallprevention.

### DEPRESSION

» Fysisk aktivitet har positiv effekt på depression. Framför allt vid sjukskrivning är det viktigt att stödja patienten till fysisk och social aktivitet.

» Undvik överkonsumtion av alkohol. Erbjud rådgivande samtal vid riskbruk.

### DIABETES MELLITUS

» Rekommendera rökstopp och erbjud stödjande insats.

» Väl sammansatt kost.

» Viktnedgång vid övervikt.

» Regelbunden fysisk aktivitet.

» Undvik överkonsumtion av alkohol. Erbjud rådgivande samtal vid riskbruk.



Mai-Lis Hellénus

## Sittandet hotar vår hälsa

Med mindre stillasittande och bättre kostvanor kan många sjukdomar förebyggas och läkemedelsanvändningen minska. Hälsosamma levnadsvanor på Kloka Listan kan vara ytterligare ett steg mot en bättre folkhälsa, tror professor Mai-Lis Hellénus, som fram till årsskiftet ledde arbetet i specialitetsrådet för hälsofrämjande arbete under Stockholms medicinska råd.

## ” Sitting is the new smoking ”

– Internationellt sett tar stillasittandet livet av lika många människor som rökning gör, sa Mai-Lis Hellénus, överläkare vid hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, under sin föreläsning på Kloka Listan Forum.

Hon refererade till en artikel i Lancet där var tionde förtida dödsfall beräknas kopplat till stillasittande.

I Eurobarometern som är den senaste kartläggningen av rörelsemönster visade det sig att svenskar var bland dem som motionerar mest i Europa. Sju av tio sade sig motionera en gång i veckan. Samtidigt indikerar samma undersökning att vi också är bland dem som är mest stillasittande. I snitt sitter vi i Sverige 9–10 timmar om dagen och 3–4 av dem dessutom ganska oavbrutet.

– Sitting is the new smoking. Studier visar att de som sitter mest har klart ökad risk för diabetes, hjärtkärlsjukdom, cancer och död. Så mycket sittande går förmodligen inte att motverka med tre motionspass i veckan.

Bensträckare kan vara lösningen. Att bryta stillasittandet under någon minut några gånger i timmen har visat omedelbara effekter på insulin- och blodsockernivåer. Även midjemått, inflammationspåslag och blodfetter kan påverkas.

– Vi börjar så smått förstå mekanismerna bakom allt detta. Vi har alltid betraktat muskler som rörelseorgan men nu börjar vi också att tänka på dem som metabola och endokrina organ.

### Tre miljoner studier

Kunskapen om mat och kost ökar snabbt och Mai-Lis Hellénus har räknat till tre miljoner publicerade studier om detta. De allra flesta är observationsstudier och epidemiologiska studier men det finns även många interventionsstudier. Den så kallade Predimedstudien från Spanien har fått stor uppmärksamhet under senare år. I den randomiserades närmare 7 500 personer i åldrarna 55–80 år med förhöjd kardiovaskulär risk till tre grupper: medelhavskost med extra olivolja, medelhavskost med extra nötter och en kontroldiet som var en traditionell lågfettkost. Medelhavskosten innehåller mycket grönsaker, baljväxter, fullkorn och fisk och mindre av mejeriprodukter och rött kött.

– Detta gigantiska experiment från Spanien visar att med den typen av kost går det att förebygga vart tredje fall av stroke och hjärtinfarkt. Andra studier visar också att risken för cancer, Parkinsons och Alzheimers sjukdom kan minska med den medelhavslika kosten.

Mai-Lis Hellénus slog också ett slag för nitratrika grönsaker som ruccola, sallad, rödbetor, spenat och rädisor. Nya rön tyder på att de kan ge hälsoeffekter som sänkt blodtryck, minskad risk för blodproppar eller bukfetma, bättre blodsockerreglering och finare blodfetter.

Karin Nordin

### Referenser:

Lee IM, Shiroma EJ, Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012 Jul 21;380(9838):219-29.

European Commission. Eurobarometer 412 March 2014. Sport and Physical Activity.

Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013 Apr 4;368(14):1279-90.

## Några förändringar på årets Kloka Listan



TERAPI-OMRÅDE	NYTILLKOMNA PREPARAT	PREPARAT SOM UTGÅTT
Bakteriell vaginos	<i>dekvalinium</i> (Donaxyl)	
Lipidsänkande behandling	<i>ezetimib</i> (Ezetrol)	
Diabetes mellitus typ 2	<i>liraglutid*</i> (Victoza)	<i>glibenklamid</i> (Glibenklamid, Daonil) <i>insulin glulisin</i> (Apidra)
Osteoporos	<i>denosumab*</i> (Prolia)	
Depression		<i>venlafaxin</i> (Venlafaxin)
Depression och långvarig ångest hos äldre	<i>sertralin</i> (Sertralin)	<i>citalopram</i> (Citalopram)
Sömnstörningar hos barn och ungdomar	<i>melatonin</i> (Melatonin AGB)	
Inflammatoriska system- och ledsjukdomar	<i>triamcinolonacetamid</i> (Kenacort-T)	
Gikt	<i>metylprednisolon</i> (Depo-Medrol) <i>kolkicin</i> (Kolkicin, Colrefuz)	
Järnbrist	<i>järnisomaltosid</i> (Monofer)	
Urtikaria		<i>hydroxizin</i> (Hydroxyzine, Atarax, Atyxine)
Psoriasis	<i>kalcipotriol</i> (Zoriaxiol) <i>kalcipotriol + betametason</i> (Enstilar)	
Intertriginös dermatit	<i>ekonazol + triamcinolon</i> (Pevisone)	
Astma/KOL	<i>salmeterol</i> (Serevent Evohaler) <i>flutikason + salmeterol</i> (Seretide Evohaler) <i>tiotropium</i> (Spiriva Respimat)	<i>salmeterol</i> (Serevent Diskus) <i>flutikason + salmeterol</i> (Seretide Diskus)

\* Flyttad från rekommendation för specialiserad vård till basrekommendation.

# Vilka läkemedel kvalar in?

Medicinsk och farmaceutisk ändamålsenlighet, säkerhet, kostnads-effektivitet och miljöaspekter. Det är faktorer som Stockholms läns läkemedelskommitté granskar vid val av läkemedel till Kloka Listan.

## Säkerhet

Förutom allmän biverknings- och säkerhetsinformation tar läkemedelskommittén även hänsyn till hur länge ett läkemedel har varit godkänt. Ju längre ett läkemedel varit i klinisk användning, desto mer tillförlitlig blir säkerhetsinformationen.

## Behandlingskostnad, hälsoekonomi

För att ett läkemedel ska rekommenderas måste det också bedömas vara kostnadseffektivt.

## Medicinsk ändamålsenlighet

Läkemedelskommittén bedömer kliniska studier och värderar de parametrar som har störst betydelse för effekt och förväntad patientnytta.

## Farmaceutisk ändamålsenlighet

Preparat som rekommenderas på Kloka Listan ska omfattas av Läkemedelsförsäkringen. Det måste även finnas bredd i sortimentet och läkemedlen ska kunna hanteras av både patienter och sjukvårdspersonal. Leveranssäkerheten har också betydelse.

## Miljöaspekter

Risken för negativ miljöpåverkan värderas. Vid jämförbar medicinsk effekt och säkerhet vägs kostnad och miljöbedömning samman och det mest fördelaktiga alternativet rekommenderas.



Gerd  
Lärfars

# Fler rekommendationer för specialiserad vård

Kloka Listan 2017 utökas med fler rekommendationer för specialiserad vård. Att användas där det finns flera olika behandlingsalternativ och ett klokt val kan göras.

**K**loka Listan är Stockholms läns läkemedelskommittés rekommendationer av läkemedel för vanliga sjukdomar. Nytt för i år är att den i större utsträckning än tidigare ger rekommendationer även för specialister på sjukhus.

– Följsamheten till Kloka Listans rekommenderade läkemedel är mycket hög i primärvården. Med fler rekommendationer för specialiserad vård är målsättningen en mer jämlik läkemedelsbehandling inom Stockholms läns landsting. De läkemedel som våra experter i läkemedelskommittén och expertråden rekommenderar baseras på effektivitet, säkerhet och kostnadseffektivitet, säger Gerd Lärfars, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté.

På flera områden blir rekommendationerna betydligt mer omfattande än de varit tidigare. Det gäller till exempel vid sjukdomen multipel skleros, MS, där Kloka Listan nu omfattar rekommendationer om läkemedelsval hos patienter som ska tas omhand av ett MS-team och registreras i nationella kvalitetsregister. Ett annat exempel är vid sjukdomen psoriasis. Där har tidigare utgåvor av Kloka Listan haft rekommendationer om krämer och salvor för utvärtes bruk, som nu kompletteras med rekommendationer då lokal behandling är otillräcklig. Även vid leversjukdomar finns nu rekommendationer för specialister på sjukhus. Läs mer om dem i artikeln på nästa sida.

Karin Nordin

# Många leversjukdomar svåra upptäcka

Autoimmun hepatit är ett underdiagnostiserat problem. Beställ laboratorieanalys av antikroppar om du har en patient med förhöjda leverenzymmer under ett par, tre månaders tid.

Det rekommenderade Charlotte Söderman, med dr, överläkare, Medicinkliniken, Capio S:t Görans sjukhus, som talade om leversjukdomar under Kloka Listan Forum. Det är ett av de områden inom specialiserad vård som numera finns med på Kloka Listan.

Till största delen är det kvinnor som får autoimmun hepatit men även män kan drabbas. Undersökning av antikropparna ANA, SMA, SLA, LKM och IgG kan leda till en diagnos. Sjukdomen ger sällan symtom och det innebär att patienterna kan ha irreversibla leverskador när sjukdomen väl har upptäckts. I första hand behandlas autoimmun hepatit med prednisolon och dosen av kortisonet kan efter en tid sänkas med hjälp av azatioprin. Ibland är levertransplantation nödvändig.

I USA är numera den vanligaste orsaken till organtransplantation skrumplever på grund av NASH, det vill säga icke-alkoholorsakad fettlever-sjukdom.

– Tänk på NASH hos patienter med övervikt, diabetes och förhöjda levervärden och remittera för leverbiopsi. Det är en bortglömd grupp patienter och jag tror att det här är en bomb som kommer att brisa snart även i Sverige, sa Charlotte Söderman som också är medlem i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för gastroenterologiska sjukdomar.

Mortaliteten i leversjukdomar har sjunkit kraf-

tigt under senare år och det gäller alla typer av leverproblem. Numera dör 500–600 personer i Sverige per år till följd av leversjukdom. De allra flesta är män och de flesta dödsfallen är relaterade till alkohol.

Eftersom levern har en stor överkapacitet tar det ofta lång tid innan många av leversjukdomarna kan upptäckas. Det är först när funktionen minskar kraftigt som symtomen uppkommer. Levercirros, det vill säga skrumplever, är antingen en patologisk eller klinisk diagnos.

– Vi har länge försökt med olika sätt att diagnostisera levercirros med laboratorieprover. PK(INR) och albumin är det vi alltid kommer tillbaka till. Men golden standard för verifiering är leverbiopsi.

Portal hypertension, ascites (bukvätska) och encefalopati (leverkoma) är komplikationer av leversvikt och för alla dessa finns läkemedelsrekommendationer på Kloka Listan.

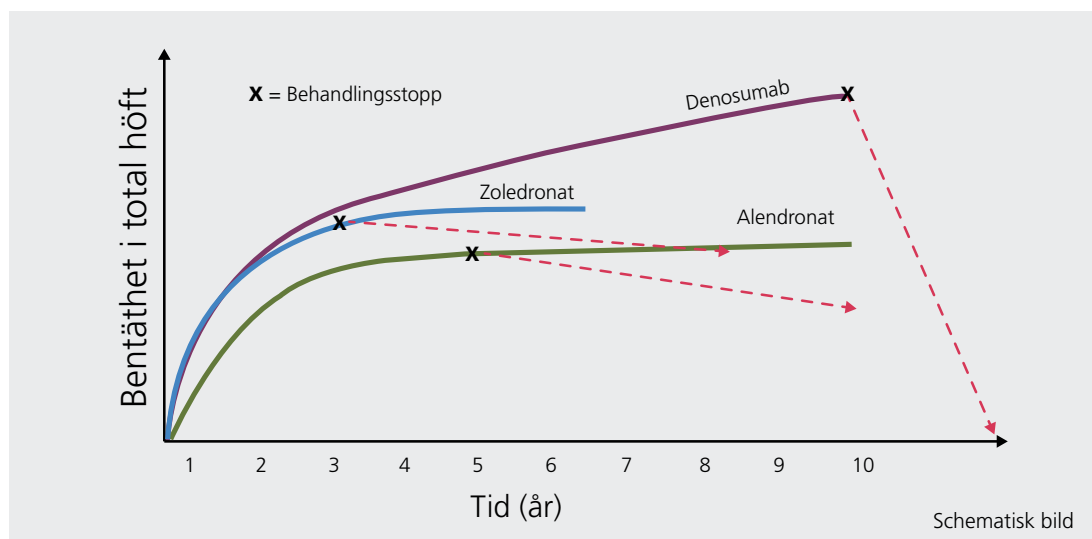
– Vid nydebuterad levercirros ska en gastroskopi göras för att vidimera eventuella åderbräck i matstrupen, esofagusvaricer. Det är viktigt att upptäcka och behandla portal hypertension eftersom dödligheten är 20–40 procent vid en första-gångsblödning. Propranolol kan användas som profylax mot blödning i en dos som innebär att pulsen kan sänkas med 25 procent.

Karin Nordin









	Administrationssätt	Behandlingstid	Biverkningar	Bentäthet	Njurfunktion
Alendronat	1 tablett/vecka Mycket låg biotillgänglighet och obefintligt upptag om det tas med vissa andra läkemedel eller mat. Följsamhet?	5 år, eventuellt längre vid hög frakturrisik.	Gastrointestinala, muskelvärk.	Ökar framförallt under de första tre åren, sjunker långsamt efter utsättning.	Ej vid GFR <35 ml/min.
Zoledronsyra	Årlig infusion (20–30 minuter).	3–6 år, därefter uppehåll.	Influensaliknande symtom några dagar efter infusion. Tänk på den sköra patienten.	Ökar framförallt under de första tre åren, sjunker långsamt efter utsättning.	Ej vid GFR <35 ml/min.
Denosumab	Subkutan injektion två gånger per år.	Tills vidare. Studier finns på upp till 10 års tid.		Ökar fortsatt även efter 3–10 års behandling men sjunker snabbt till ursprungsvärdet vid utsättning.	Ok vid nedsatt njurfunktion, men specialistfall vid GFR <25 ml/min.

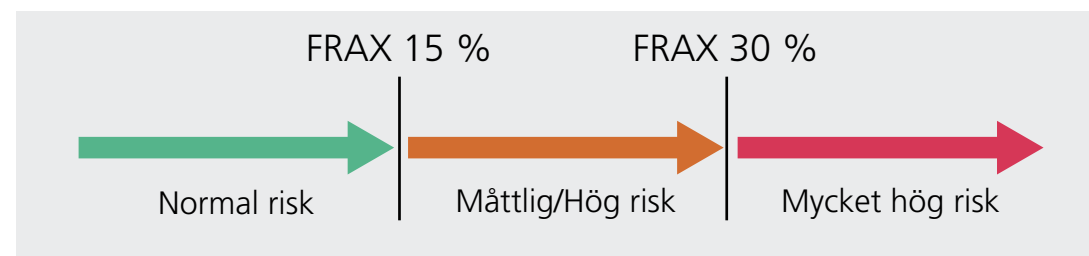
.....► – Om patienten upplever biverkningar, försök med att byta preparat. Äldre personer över 80–85 år kan ha svårt att komma ihåg och att svälja veckotabletten. Då kan ett bättre alternativ vara zoledronsyra-infusion tre år i följd och sedan behövs det inget mer eftersom det lagras in i skelettet för lång tid framöver, sa Märিত Wallander.

Samtliga som behandlas med osteoporosläkemedel ska ha dagligt tillskott av kalcium och D-vitamin. För att det inte ska bli onödigt mycket kalcium, och för att slippa tvådos, rekommenderas fortevarianterna som innehåller 500 mg kalcium och 800 E D-vitamin och ges en gång dagligen.

Elin Jerremalm



Märিত Wallander



#### Läs mer:

Viktigt att patienter med hög frakturrisik erbjuds behandling med osteoporosläkemedel

[www.janusinfo.se/evidens-osteoporos-frakturrisik](http://www.janusinfo.se/evidens-osteoporos-frakturrisik)

FRAX Fracture risk assessment tool

<https://www.shef.ac.uk/FRAX>

# Apixaban blir förstahandsval

Apixaban (Eliquis) rekommenderas nu i första hand som tromboemboliprofylax vid förmaksflimmer. I andra hand rekommenderas dabigatran (Pradaxa) eller warfarin. Apixaban rekommenderas också i första hand vid behandling av okomplicerad venös tromboembolisk sjukdom, VTE.

Effekt och säkerhet vid behandling med non vitamin K orala antikoagulantia, NOAK, är i studier lika bra som eller något bättre än behandling med warfarin vid förmaksflimmer. Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård rekommenderat warfarin och NOAK med samma prioritet. Erfarenheten av NOAK har vuxit och uppföljning av kliniska händelser i Stockholm liksom i andra nordiska och amerikanska observationella studier visar att NOAK ger minst lika god effekt och säkerhet som warfarin vid förmaksflimmer.

Apixaban gav färre hemorragiska stroke och allvarliga blödningar samt en lägre mortalitet i jämförelse med warfarin i den pivotala förmaksflimmerstudien. Apixaban är minst njurfunktionsberoende för sin eliminering bland aktuella NOAK. Apixaban är också den enda NOAK som i en studie på warfarinintoleranta jämförts med acetylsalicylsyra. Rekommendationen gäller vid nyinsättning. Man bör inte ändra en välfungerande antikoagulantibehandling utan särskilda skäl.

– Valet av apixaban beror på att det är väldokumenterat. I Stockholms läns landsting dominerar apixaban vid nyinsättning. Uppföljning av kliniska händelser i Stockholm visar att NOAK ger minst lika god effekt och säkerhet som warfarin när det används som strokeprofylax vid förmaksflimmer. Vi ser inga subgrupper där warfarin är bättre, inte heller hos äldre (80+) eller patienter med tidigare



Paul Hjemdahl

Foto Kari Kohvakka



## Klokt råd:

Vid förmaksflimmer, skatta alltid strokerisken och ta ställning till tromboemboliprofylax med antikoagulantia.



Margareta Holmström

Foto Kari Kohvakka

allvarlig blödning. Därför har vi lyft upp apixaban före warfarin. Warfarin har fler interaktioner med andra läkemedel och kräver återkommande provtagning, vilket är bra för en korrekt dosering, men kan vara ett besvär för patienten, sa Paul Hjemdahl senior professor, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar.

Många patienter ska stå kvar på sin behandling med perorala antikoagulantia vid förmaksflimmer under lång tid. I Stockholm var resultatet mycket bra: 88 procent hämtade ut något antikoagulantium efter ett år och 83 procent efter två år. Det var flest som stod kvar på behandling med apixaban och warfarin.

Apixaban har visat jämförbar effekt med lågmolekylärt heparin och warfarin (och med övriga NOAK) som trombosprofylax vid elektiv ortopedisk kirurgi och vid behandling av venös trombos.

– Dokumentation finns också för långtidsbehandling med reducerad dos apixaban (2,5 mg x 2) efter 6–12 månaders behandling vid VTE, vilket saknas för övriga NOAK, sa Margareta Holmström, docent, överläkare, Koagulationsmottagningen, Hematologiskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande expertrådet för plasmaprodukt och vissa antitrombotiska läkemedel.

Elin Jerremalm

### Läs mer:

Jämförande värdering av NOAK vid förmaksflimmer  
[www.janusinfo.se/vardering\\_NOAK](http://www.janusinfo.se/vardering_NOAK)

” Det är viktigt med den positiva förstärkningen. ”

# Beteendeförändring med små steg i rätt riktning

Tar patienten inte sitt läkemedel? Har patienten svårt att göra det som är bra för hälsan? Sänk tröskeln genom att hjälpa patienten att se möjligheter. Uppmuntra och förstärk alla steg i rätt riktning.

– Ofta litar vi på att mer information och fakta om varför patienten ska ta sin medicin eller nyttan av att motionera ska leda till ett ändrat beteende, men det är ofta andra faktorer som påverkar beteenden. Våra beslut är inte genomtänkta och välavvägda utan vanemässiga. Det är svårt att bryta vanor och nya vanor tar tid att etablera, sa årets gästföreläsare på Kloka Listan Forum Sara Widén, leg psykolog med KBT-inriktning knuten till Medicinsk psykologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Ta först reda på varför patienten inte gör som du säger. Genom att se vilka hinder som finns blir det lättare att hjälpa patienten att lösa problem och se vad som kan vara ett steg i rätt riktning. Våra beteenden är enligt beteendevetenskapen beroende av de omedelbara och säkra konsekvenserna.

– Ett enkelt exempel är rökning. En person är röksugen och tar en cigarett. Personens röksug blir omedelbart stillat och personens beteende blir positivt förstärkt. Negativa konsekvenser på längre sikt spelar då en liten roll, sa Sara Widén.

– Skippa föreläsandet och hjälp patienten att hitta det första steget i rätt riktning. Det är viktigt med den positiva förstärkningen. Det kan handla om enkla saker som att känna sig nöjd över att ha klarat av något, sa Sara Widén.

Elin Jerremalm

För att kunna påverka beteende ska det vara:

- » Enkelt att göra det rätta.
- » Attraktivt, till exempel genom att skapa enkla och tydliga budskap. Exempelvis sms-påminnelse för att ta medicinen.
- » Socialt förstärkt, till exempel genom goda förebilder. Läkaren kan också vara en social förstärkare som uppmuntrar.
- » Tidsanpassat, när är patienten mest mottaglig för till exempel en påminnelse?

# Liraglutid vid diabetes i tredje hand

Metformin kan nu användas för att behandla diabetes typ 2 även hos patienter med måttligt nedsatt njurfunktion. Liraglutid (Victoza) flyttar från specialiserad vård och rekommenderas i tredje hand på baslistan. Det är de stora nyheterna inom Kloka Listans diabetesavsnitt.



Pontus Curman

Per Wändell

” Om man använder läkemedel med risk för hypoglykemier är det viktigt att verkligen fiska efter detta vid anamnesen. ”

Metformin har tidigare varit kontraindicerat hos patienter med GFR under 60 ml/min. Men nya rekommendationer från de europeiska och svenska läkemedelsverken innebär att även patienter med måttligt nedsatt njurfunktion kan använda metformin. Vid nedsatt njurfunktion ska GFR utvärderas innan behandlingen påbörjas och om GFR ligger mellan 30 och 59 ska njurfunktionen följas upp minst en gång om året. Dosjusteringar kan behövas. Numera är metformin kontraindicerat vid GFR under 30 ml/min.

– Tänk på att detta inte gäller för kombinationspreparat. Där påverkar alla ingående substanser vid vilken njurfunktion de kan användas, sa Per Wändell, senior professor, distriktsläkare, ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar.

Glibenklamid utgår från Kloka Listan på grund av risken för långdragna hypoglykemier. Istället finns glimepirid med som sulfonylureamedel och även det kortverkande alternativet repaglinid.

– Om man använder läkemedel med risk för hypoglykemier är det viktigt att verkligen fiska efter detta vid anamnesen. Vi måste aktivt fråga om det, för annars kommer det oftast inte fram, sa Pontus Curman, överläkare, Medicinkliniken, Ersta sjukhus, ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar.

Liraglutid är ett alternativ till patienter med övervikt som inte fått tillräcklig metabol kontroll

med hjälp av metformin, insulinfrisättare eller insulin. Behandlingen ska utvärderas efter tre månader och sättas ut efter sex månader om inte HbA1c reducerats med >10 mmol/mol. Effekten kan avta efter ett par år men återställas med en drug holiday på tre månader.

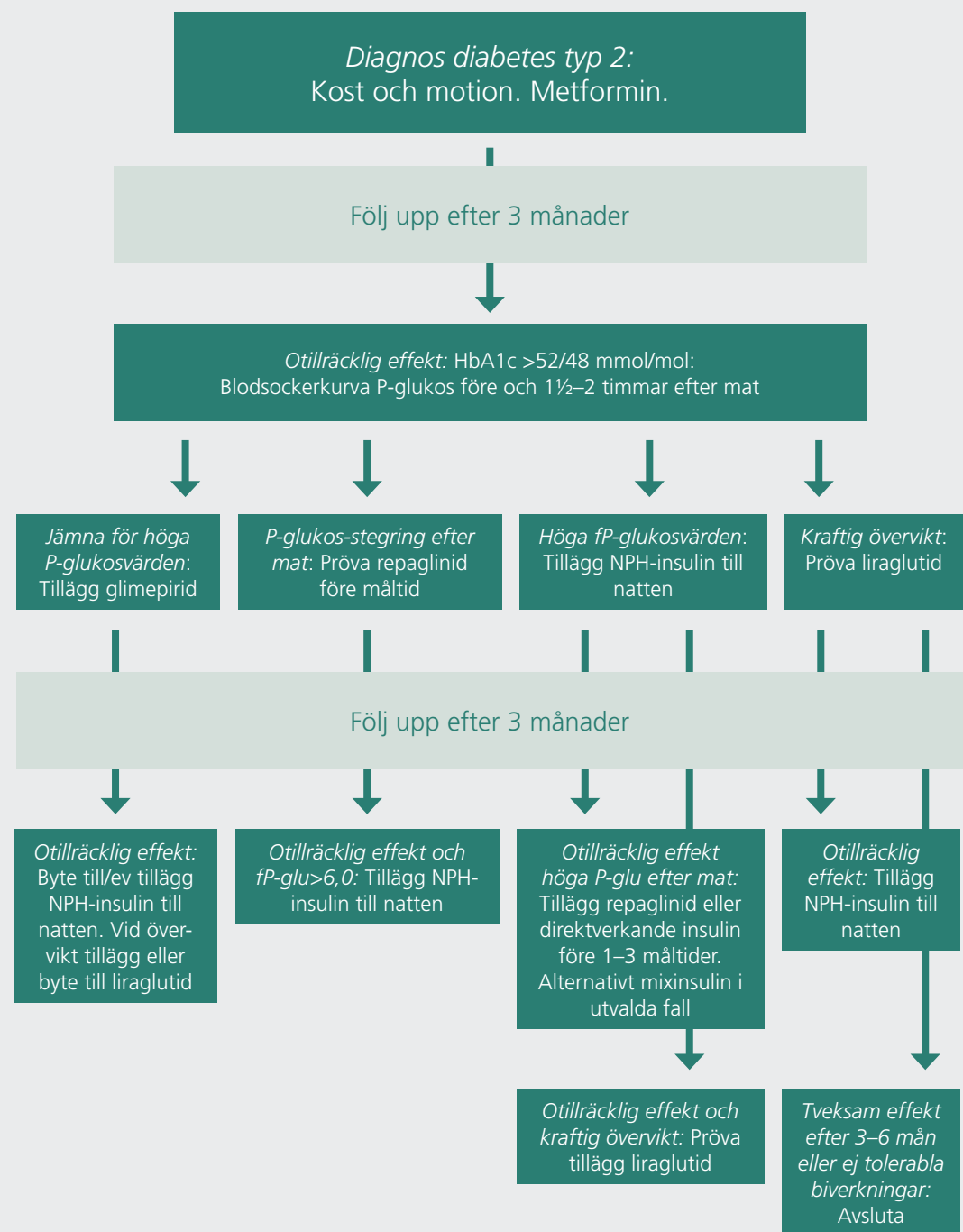
– Varje vårdgivare måste använda eget omdöme. Överväg alternativa läkemedel och insuliner om det behövs. Målinrikta behandlingen och anpassa den efter olika profiler. Jag har sett många exempel på att HbA1c ligger bra, men att avvikelser efter måltid inte uppmärksammats. Det krävs en blodsockerkurva för att se det. Då kan man också pröva att till exempel byta ut tre potatisar mot grönsaker och se hur värdena påverkas, sa Pontus Curman.

Karin Nordin

Satsa på följande mål för HbA1c:

- » < 48 mmol/mol för nydebuterad, person med låg risk för hypoglykemi, ung eller motiverad patient
- » < 52 mmol/mol för majoriteten
- » < 60 mmol/mol för äldre, person med hjärt-kärlsjukdom eller risk för hypoglykemi, patient med låg motivation
- » < 70–75 mmol/mol för mycket gamla och sjukliga personer. Mål symtomfrihet.

## Förslag till behandling vid diabetes typ 2



## Hjärtkärlsjukdom och nya diabetesläkemedel: Vad säger studierna?

Efter det att glitazonerna misstänktes ha en negativ effekt på hjärt-kärlhändelser har kraven på hjärt-kärlsäkerhet för diabetesläkemedel skärpts av den amerikanska läkemedelsmyndigheten, FDA. Detta har lett till att det görs randomiserade studier för att visa non-inferiority jämfört med placebo vad gäller risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

## Mats Palmér

docent, överläkare, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

## Paul Hjemdahl

senior professor, överläkare, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar

## Sammanfattning

Liraglutid (Victoza) i har i tidigare studier visat en relativt god blodsockersänkande och viktreducerande effekt vid typ 2-diabetes även om effekten skiljer mycket från patient till patient. Liraglutid minskade risken för kardiovaskulär död samt icke fatale hjärtinfarkter och stroke i LEADER-studien och det stärker uppfattningen att liraglutid är ett bra alternativ som tillägg till metforminbehandling hos patienter med dålig metabol kontroll och övervikt. Kostnaden är dock avsevärd (18 000 kr per patient och år med studiedoseringen).

Behandlingen ska sättas ut om man inte uppnår en signifikant blodsockersänkning eller viktreduktion efter 3–6 månaders behandling.

Studieläkemedel alternativt placebo har i dessa studier adderats till tidigare blodsockersänkande behandling. Det har varit tillåtet att förstärka den blodsockersänkande behandlingen med andra läkemedel (vilket givetvis blir vanligare i placebogruppen), varför

skillnaden i metabol kontroll generellt har blivit liten mellan grupperna och det inte går att dra några säkra slutsatser om betydelsen av den blodsockersänkande effekten av studieläkemedlet för hjärt-kärlhändelserna.

## DPP-4-hämmare

De studier som hittills har presenterats har för de oralt verkande DPP-4-hämmarna saxagliptin (Onglyza) och alogliptin (ej salufört i Sverige) visat en ökad förekomst av hjärtsvikt med aktiv behandling medan sitagliptin (Januvia) inte visat någon effekt på kardiovaskulära händelser och inte någon ökad förekomst av hjärtsvikt.

## SGLT2-hämmare

För ett år sedan kom den första studien med SGLT2-hämmare som visade positiva effekter på kardiovaskulära händelser med empagliflozin (Jardiance). Det var en minskad risk för kardiovaskulär död men inte för icke fatale hjärtinfarkter eller stroke hos diabetespatienter med känd hjärt-kärlsjukdom. Effekten kom mycket tidigt

.....► i studien och tolkningen av studien har varit att effekten sannolikt var en följd av osmotisk diuresis snarare än en effekt av blodsockersänkning.

## GLP-1-agonister

Studier med lixisenatid (Lyxumia) vid akut koronart syndrom visade inga effekter på kardiovaskulära händelser eller förekomsten av hjärtsvikt jämfört med placebo. Nyligen har två studier av effekterna av GLP-1-agonisterna liraglutid respektive semaglutid på kardiovaskulära händelser publicerats. Samma företag står bakom dessa två studier, vilka även har samma försteförfattare.

### För bägge studierna gällde följande:

- Det primära kombinerade utfallsmåttet var kardiovaskulär död samt icke fatala hjärtinfarkter och stroke.
- Patienter med diabetes som tidigare varit obehandlade eller behandlade med högst två orala blodsockersänkande läkemedel eller insulin inkluderades.
- HbA<sub>1c</sub> var  $\geq 7,0$  procent (DCCT-standard, vilket motsvarar  $\geq 52$  mmol/mol).
- Patienter  $> 50$  års ålder med minst en känd hjärt-kärlsjukdom eller njurpåverkan (CKD  $> 3$ ) inkluderades, medan det för patienter  $> 60$  år räckte med minst en kardiovaskulär riskfaktor för inklusion.

## Liraglutid, LEADER-studien

I LEADER-studien randomiserades sammanlagt 9 340 patienter till antingen 1,8 mg liraglutid en gång dagligen eller placebo som tillägg till tidigare blodsockersänkande behandling. Behandlingstiden var i genomsnitt 3,8 år. De primära kombinerade händelserna inträffade hos 13,0 procent av patienterna i liraglutidgruppen mot 14,9 procent i placebogruppen, en minskning med 1,9 procent över 3,8 år ( $p < 0,001$  för non-inferiority).

I sekundära analyser var skillnaden signifikant för kardiovaskulär död (4,7 procent vs 6,0 procent;  $p = 0,007$ ) och total död (8,2 procent vs 9,6 procent;  $p = 0,02$ ). För icke fatal hjärtinfarkt, icke fatal stroke och sjukhusvårdkrävande hjärtsvikt

### GLP-1-agonister

exenatid (Byetta, Bydureon)  
liraglutid (Victoza)  
lixisenatid (Lyxumia)  
dulaglutid (Trulicity)  
semaglutid (ej salufört i Sverige)

### DPP4-hämmare

sitagliptin (Januvia)  
vildagliptin (Galvus)  
saxagliptin (Onglyza)  
linagliptin (Trajenta)  
alogliptin (ej salufört i Sverige)

### SGLT2-hämmare

dapagliflozin (Forxiga)  
kanagliflozin (Invokana)  
empagliflozin (Jardiance)

fanns endast icke-signifikanta trender till lägre förekomst i liraglutidgruppen. Subgruppsanalyser talar för att patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom respektive de med eGFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> var de som hade nytta av liraglutidbehandling avseende primärt utfall.

Den genomsnittliga HbA<sub>1c</sub>-sänkningen var 0,4 procent (4 mmol/mol) större i liraglutidgruppen trots att fler patienter i placebogruppen fick tillägg av ytterligare blodsockersänkande läkemedel. De som behandlades med liraglutid gick i genomsnitt ner 2,6 kg mer och blodtrycket minskade 1,2/0,6 mm Hg mer än med placebo. Mikrovaskulära händelser i form av nefropatiutveckling var signifikant färre med liraglutid (1,5 procent vs 1,9 procent;  $p = 0,003$ ) medan det fanns en svag trend till mer retinopati i liraglutidgruppen (2,3 procent vs 2,0 procent).

Vad gäller biverkningar fanns en icke-signifikant ökning av tumörer i liraglutidgruppen och antalet

fall av pankreascancer var 13 i behandlingsgruppen jämfört med 5 i placebogruppen ( $p = 0,06$ ). Det fanns ingen skillnad vad gällde förekomst av pankreatit men förekomsten av akut gallstenssjukdom var högre i behandlingsgruppen (3,1 procent vs 1,9 procent;  $p < 0,001$ ). Illamående och kräkningar, välkända biverkningar av GLP-1-agonister, ledde oftare till att patienterna avbröt studien i liraglutidgruppen men frekvensen var låg i bägge grupperna. Hjärtfrekvensen, en möjlig riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom, var i genomsnitt 3,0 slag per minut högre i liraglutidgruppen.

## Semaglutid, SUSTAIN-6 studien

Semaglutid är en långverkande GLP-1-agonist som ges som injektion en gång per vecka. Den är inte registrerad i Sverige. SUSTAIN-6 studien hade samma upplägg som LEADER-studien. I denna studie randomiserades totalt 3 297 patienter till 0,5 mg eller 1,0 mg (25 procent i respektive grupp) eller placebo (50 procent av patienterna). Även i denna studie sågs en signifikant effekt på samma primära händelser som i LEADER-studien, med

6,6 procent i behandlingsgruppen jämfört med 8,9 procent i placebogruppen ( $p < 0,001$ ). Framförallt sågs en skillnad i förekomst av icke-fatal stroke (1,6 procent vs 2,7 procent;  $p = 0,04$ ) och en icke-signifikant skillnad i icke-fatal hjärtinfarkt (2,9 procent vs 3,9 procent;  $p = 0,12$ ), medan det inte fanns några skillnader i total eller kardiovaskulär död.

I studien sågs en minskning avseende tillkomst eller försämring av nefropati (3,8 procent vs 6,1 procent;  $p = 0,005$ ) men en signifikant ökning avseende retinopati i semaglutidgruppen (3,0 procent vs 1,8 procent;  $p = 0,02$ ). Den blodsockersänkande och viktreducerande effekten var något större för semaglutid i SUSTAIN-6 än för liraglutid i LEADER-studien. Förekomsten av illamående och kräkningar var högre för semaglutid i denna studie än vad den var för liraglutid i LEADER-studien.

### Referenser:

En längre version av denna text med referenser finns på [www.janusinfo.se/diabetesstudier/hjartsjukdom](http://www.janusinfo.se/diabetesstudier/hjartsjukdom)

# Utökad akutbehandling vid gikt

Naproxen och prednisolon får i år sällskap med metylprednisolon och kolkicin som förstahandsval vid akut gikt. Effektmässigt är de likvärdiga alternativ.

Ålder, komorbiditet och patientens övriga läkemedel ska påverka valet.

– Vi vet nu att kolkicin är lika effektivt i lägre doser än man tidigare använt. Prova därför med en lägre dos om kolkicin väljs, sa Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare Södersjukhuset, ordförande i Kloka Listan-utskottet och ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Nytt är också att profylax med allopurinol kan sättas in redan efter första giktattacken. Den viktigaste förebyggande åtgärden är annars att minska intaget av alkohol och purininnehållande livsmedel som vissa fiskar och grönsaker. Tänk på

att även lättöl innehåller purin. Viktnedgång är av betydelse för patienter med övervikt, men den får inte ske för snabbt. Vissa läkemedel hämmar utsöndringen av urat i tubuli och kan därför öka risken för gikt, till exempel tiazid- och loopdiuretika och lågdos-ASA.

– Gikt kännetecknas av höga uratnivåer i blodet, men under en pågående giktattack sjunker ofta uratnivåerna och ligger inom referensintervallet för uppemot hälften av patienterna. Normala nivåer utesluter därför inte gikt.

Karin Nordin

# Producentobunden läkemedelsinformation – allsidig och ojävig

Läkemedelsindustrin vill självklart, som alla andra bolag och tillverkare, framställa sina produkter i så god dager som möjligt. Det sker genom olika metoder för marknadsföring. Stora pengar läggs på detta men det finns få eller inga belägg för att sådan marknadsföring förbättrar vården.

**M**ot förskrivarna sker marknadsföringen bland annat genom att läkemedelsrepresentanter besöker vårdcentraler och mottagningar, reklam i facktidskrifter och på webben eller stora sponsrade konferenser.

I en systematisk översikt från 2010 var slutsatserna från ett flertal studier snarare att marknadsföringen medförde sämre förskrivningskvalitet. Ett par studier visade sämre kvalitet vad gällde val av substanser, doser och behandlingstider. Två studier visade på sämre respektive oförändrad följsamhet till riktlinjer. Mer självklart var att marknadsföringen ökade förskrivningen av aktuella läkemedel och medförde högre kostnader.

I en studie från 2016 undersöktes hur förskrivningen hos individuella amerikanska läkare påverkades av läkemedelssponsrade luncher. Inte helt oväntat ökade förskrivningen av de produkter som hade marknadsförts via lunchmöten.

Läkemedelskommitténs information är annorlunda. Vi rekommenderar läkemedel som är bra och säkra baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ibland vill vi också minska förskrivningen av vissa läkemedel. Vi är noga med jäv och det är ingen som tjänar mer pengar på att en viss produkt säljs mer. Informationen är producentoberoende, allsidig och transparent.

Informationsläkare och informationsapotekare knutna till Stockholms läns läkemedelskommitté erbjuder vårdcentraler och mottagningar runda bordssamtal om evidensbaserad behandling av

” Vi är noga med jäv och det är ingen som tjänar mer pengar på att en viss produkt säljs mer. ”

vanliga sjukdomar. Vi visar den dokumentation som finns för våra rekommendationer, men också den som saknas. Informationen innefattar ofta andra myndigheters rekommendationer och slutsatser som till exempel de från SBU, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

Riksrevisionen har nyligen lämnat en rapport om hur staten bör hantera läkemedelsindustrins inflytande. En av de viktigaste rekommendationerna från revisionen är att ”Regeringen bör ge myndigheterna i uppdrag att samverka för en mer producentoberoende styrning med kunskap”. Det är just det som läkemedelskommittén gör.

Förutom rekommendationer vid val av läkemedel har informationsläkare möjlighet att återföra data till förskrivarna. Det kan handla om hur en viss vårdcentral behandlar sina blodtryckspatienter och hur många av dessa som når målbloodtrycket <140/90. Eller hur man handlägger akut bronkit



Christer Norman

där antibiotika i princip saknar effekt. Hur många av dessa patienter får antibiotika trots rekommendation om att avstå? Denna typ av data har blivit

möjlig under de senaste 10 åren på grund av att landstinget fått fram databaser som kan kombinera diagnoskoder och läkemedelsförskrivning. Dessutom kan vi på olika sätt få fram kliniska data som exempelvis blodtryck från journaldata.

Under 2015 besökte informationsläkare/apotekare cirka 210 av länets 220 vårdcentraler. Totalt gjordes 520 vårdcentralbesök med cirka 4 000 deltagare. Det finns åtta allmänläkarnätverk i Stockholms läns landsting som samarbetar med informationsläkarna. De anordnade 75 fortbildningstillfällen med cirka 2 000 deltagare. Via läkemedelskommittén och expertråden ordnades ytterligare 83 fortbildningstillfällen med 4 200 deltagare.

En utvärdering av informationsläkarnas och informationsapotekarnas fortbildningsinsatser gjordes i januari 2016. Vi frågade 195 allmänläkare om deras uppfattning om fortbildningarna och diskussionerna. Svarefrekvensen var 40 procent. På en sexgradig skala gav 74 procent av läkarna omdömet ”mycket bra” eller nummer sex. Och 19 procent gav nummer fem eller ”bra”.

Christer Norman, informationsläkare

## Referenser:

[www.janusinfo.se/evidens/producentobunden/info](http://www.janusinfo.se/evidens/producentobunden/info)

## Nytt om läkemedel vid nikotinberoende

Om rökstopp inte uppnås med nikotinersättningsmedel kan bupropion (Zyban) eller vareniklin (Champix) användas.

Vareniklin har tidigare varit lägre prioriterad på Kloka Listan på grund av farhågor om allvarliga neuropsykiatriska biverkningar. En randomiserad studie har nu visat att risken för dessa biverkningar inte är större än vid placebobehandling.

Det amerikanska läkemedelsverket, FDA, har också tagit bort sin så kallade black box-varning för vareniklin.

Karin Nordin

# Många slutar med läkemedel mot trängningsinkontinens

Många patienter med urininkontinens slutar sin behandling på grund av dålig effekt eller biverkningar. Det gäller oavsett om behandlingen sker med antikolinergika eller med beta-3-receptorstimulerare.

För behandling av överaktiv blåsa med eller utan trängningsinkontinens finns idag huvudsakligen två typer av farmakologisk behandling, antikolinerga eller beta-3-receptorstimulerande läkemedel. Effekten är blygsam och jämförbar för läkemedlen i de båda läkemedelsgrupperna. En studie publicerad 2016 visade att på de antikolinerga läkemedlen, som var mest studerade, kvarstod cirka en fjärdedel efter 52 veckor.

– Fördelen med de antikolinerga läkemedlen, till exempel tolterodin, är att de har använts länge och är beprövade medan nackdelen är besvärande biverkningar som muntorrhet och förstoppning. Beta-3-receptorstimulerare, till exempel mirabegron, har inte dessa biverkningar i samma utsträckning men kan istället ha en blodtryckshöjande bieffekt, sa Tareq Alsaody, specialistläkare urologi, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för urologi.

Eftersom mirabegron (Betmiga) är ett relativt nytt läkemedel är kunskapen om biverkningar vid långtidsanvändning ännu begränsad. Tolterodin rekommenderas på Kloka Listan då det har



Foto Kari Kohvakka

Tareq Alsaody

använts kliniskt under lång tid och effekt och biverkningar är kända. Vid en nytta-risk bedömning är det också det mest kostnadseffektiva alternativet. Mirabegron är cirka tolv gånger dyrare än generiskt tolterodin.

## Icke-farmakologisk behandling första linjen

Efter att organisk patologi har uteslutits är behandlingen vid överaktiv blåsa först och främst,



## Hälsosamma levnadsvanor:

- » Behandlingen innebär först och främst förändrade levnadsvanor, som till exempel normalisering av vikt och vätskeintag.
- » Blås- och bäckenbottenträning har visad effekt.

livsstilsförändringar, blåsträning, bäckenbottenträning och olika hjälpmedel, till exempel inkontinensskydd. Först därefter blir det aktuellt med farmakologisk behandling.

Nästa steg kan vara tibialisnervstimulering, akupunktur, botulinumtoxin (Botox) eller sakral nerv-modulering. Överaktiv blåsa innebär påtryckande (ibland smärtsamma) trängningar till vattenkastning, en ökad miktionsfrekvens med mindre urinolymer,

samt risk för urinläckage och nocturi. För patienterna betyder det ofta nedsatt livskvalitet. De kan få problem med urinläckage som syns och luktar, en störd nattsömn samt upplevd nödsituation vid kissnödighet.

I Sverige beräknas cirka 365 000 kvinnor och 100 000 män ha symtom på överaktiv blåsa.

Susanne Elfving, apotekare, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för urologi

## Följ upp och ompröva SSRI hos äldre

Behandling med SSRI hos personer över 85 år ökade risken för fallskada med 60 procent enligt en analys från Socialstyrelsen. Flertalet äldre med depression svarar dessutom inte på behandling med SSRI enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

– Dessa rapporter tillsammans gör det väldigt angeläget att följa upp och ompröva SSRI-behandling hos äldre, sa Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare Södersjukhuset, ordförande i Kloka Listan-utskottet och ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Om serotoninåterupptagshämmare, SSRI, ändå ska användas är det från och med i år samma substanser som rekommenderas vid depression hos både äldre och yngre vuxna. Escitalopram och sertralin i första hand och mirtazapin i andra hand. Venlafaxin har utgått från Kloka Listan

– Om man har varit van vid citalopram och börjar använda escitalopram är det viktigt att hålla reda på dosen.

Dosberoende förlängning av QT-intervallet med risk för hjärtarytmi medför att maxdosen hos patienter över 65 år är 10 mg per dygn för escitalopram och 20 mg per dygn för citalopram.

Ångest och depression är ofta svåra att särskilja hos äldre patienter och det är vanligt att båda sjuk-



Marie-Louise Ovesjö

Foto Kari Kohvakka

domarna behandlas samtidigt. Nu rekommenderas samma läkemedel vid båda tillstånden.

Karin Nordin



# Ny process säkrar hjärtsviktsvård i Tureberg

Detektionsgraden för hjärtsvikt ligger lågt i primärvården i Stockholm. Vid Turebergs vårdcentral bestämde man sig för att göra något åt detta och startade ett förändringsarbete.

– Om vi inte känner till vilka av våra patienter som har hjärtsvikt vet vi inte heller att vi ger dem rätt behandling, säger Nimisha Chanduka, ST-läkare vid Turebergs vårdcentral.

Ett besök från en informationsläkare och en titt på data från den egna vårdcentralen gjorde henne bekymrad. Av de listade patienterna hade 119 en hjärtsviktsdiagnos som satts i sjukhusvård de senaste fem åren. Men bara 42 hade samma diagnos satt i primärvården under två år. Det blir en detektionsgrad på 35 procent. För diagnosen diabetes är motsvarande siffra 89 procent.

Nimisha Chanduka bestämde sig för att starta ett förändringsarbete kring hjärtsvikt som en del av sin ST-utbildning. Hon satte ihop en projektgrupp där hennes handledare, vårdcentralens chef och en sekreterare ingick. Tillsammans utarbetade de en process för omhändertagandet av patienterna och en plan för att införa processen i arbetet.

För att säkerställa att alla patienter omhändertas på samma sätt har teamet tagit fram en checklista för mötet med hjärtsviktpatienten. Hjärtkärlmallen i Take care ska användas och i den ska bland annat målkriterierna EKO, NYHA-klass och användning av betablockare och ACE-hämmare registreras. Mallen innebär ett stort extraarbete och teamet fick därför göra en insats för att moti-

vera alla läkare vid vårdcentralen att börja arbeta enligt den nya processen. Samtliga patienter med hjärtsviktsdiagnos i vårdcentralens journal under de senaste fem åren kallades för uppföljning. Det var 89 personer.

– Det fanns en rädsla för att vi skulle få lov att kosta på oss EKO på många patienter, men det visade sig att 70 procent redan hade gjort det. Vi gjorde mycket även tidigare men inte på ett strukturerat sätt.

Ett år senare har de allra flesta patienterna varit på återbesök och de kommer hädanefter att kallas en gång årligen. Projektteamet har kontaktat hjärtsviktsmottagningen och lokala rehab för samarbeten och nu börjar de fundera på hur de ska nå patienter som ännu inte har diagnosen satt i primärvården. Bland annat behövs en struktur och medvetenhet så att personal ställer rätt frågor och uppmärksammar symtom hos patienter som söker av någon annan anledning.

– På vårdcentralen kan vi göra ganska mycket för att förhindra att hjärtsviktpatienten hamnar på sjukhus. Trycket minskar även på hemsjukvården. Jag är säker på att det här är lönsamt och att det ger bra och säker vård när vi får koll på hur vi arbetar.

Karin Nordin

## Behandla enligt hjärtsviktstrappan

Vid terapivikt, överväg remiss till hjärtsviktsmottagning. I år finns förutom ivabradin (Procoralan) också det nya läkemedlet sakubitril + valsartan (Entresto) med på Kloka Listan för specialiserad vård. Det sätts in på hjärtsviktsmottagning.



Nimisha Chanduka

# Fritt för barn ökade användningen

Receptläkemedel blev kostnadsfria för barn vid förra årsskiftet. Inom vissa läkemedelsgrupper ökade användningen under förra året i Stockholms läns landsting, bland annat för mjukgörande krämer.

– För kroniskt sjuka barn och barn i familjer med låg inkomst är det bra att receptläkemedlen är kostnadsfria. Att till exempel fler hämtar ut astmaläkemedel är bra. Barn som bor växelvis hos mamma och pappa behöver ha mediciner på



Synnöve Lindemalm

båda ställen och det har en del inte haft råd med tidigare, säger Synnöve Lindemalm, med dr, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Även uthämtande av ADHD-läkemedel för barn har ökat. Eftersom en underanvändning tidigare har diskuterats är det svårt att avgöra om detta beror på en mer adekvat förskrivning eller på en ren effekt av att läkemedlen blev kostnadsfria.

## Säkerhet och ansvar

– Något som jag själv märkt av under senaste året är att föräldrar allt oftare frågar efter att få stora flaskor Alvedon utskrivna till sina barn sedan det blev gratis att hämta ut dem. De tycker att det är praktiskt att ha en stor flaska hemma, särskilt om det finns fler barn i familjen. Men det är en

säkerhetsrisk och jag är rädd för att allvarliga förgiftningar med paracetamol kan öka och att något barn kan råka riktigt illa ut till följd av detta.

Sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom fyra veckor med hjälp av receptfria läkemedel ska hanteras som egenvård, menar Synnöve Lindemalm. När läkemedel förskrivs på recept ska det alltid vara anpassat till förbrukningen för en individ. Det handlar om att hushålla med resurser så att rätt läkemedel kan bekostas av samhället för rätt patienter. Samtidigt är det också en ansvarsfråga.

– Om en individ själv initierar sin behandling och handlar till exempel antihistaminer på apoteket är det under eget ansvar, men om läkemedlet kommer på recept från vården tar vi det medicinska ansvaret för behandlingen.

SLL:s kostnader för mjukgörande krämer till barn var 19 miljoner kronor 2016. Det är en påtaglig ökning med drygt 15 miljoner kronor från föregående år. Här menar Synnöve Lindemalm att en del av dessa behandlingar förmodligen hade kunnat hanteras med receptfria produkter för kortare tids behandling.

– Förskrivning av mjukgörare bör förbehållas patienter med eksem, psoriasis eller iktyos, säger Harry Beitner, överläkare hudkliniken, Karolinska

## Rekommendation inom barnsjukvården vid Karolinska universitetssjukhuset

Hänvisning till egenvård rekommenderas vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom fyra veckor med medicinering med receptfria läkemedel. Detta inkluderar kortare pollenallergi och smärttillstånd, tillfälliga dyspeptiska besvär och förstoppningsbesvär samt längre tillstånd av torr hud eller torra ögon och slemhinnor som inte har sjukdom som underliggande orsak.

universitetssjukhuset, som var ordförande i expertrådet för hudsjukdomar under 2016.

Patienter som har dessa diagnoser kan behöva öka regelmässig användning av mjukgörande krämer om det samtidigt innebär att det går att minska behovet av lokala glukokortikoider. De senare ska inte användas som mjukgörare. Däremot menar Harry Beitner att kostnaden för mjukgörande medel till både vuxna och barn är

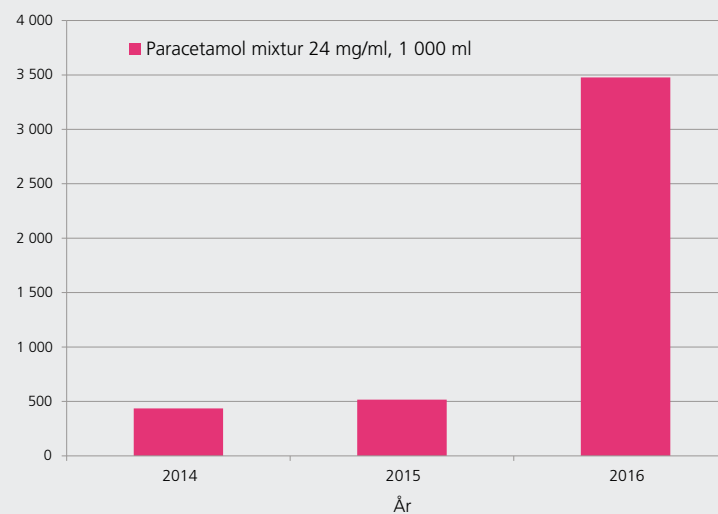
väl hög i förhållande till kostnaderna för annan dermatologisk behandling. Kostnaden för mjukgörande på recept, alla åldrar, var 54 miljoner kronor i Stockholms läns landsting under 2016.

– Siffran antyder att förskrivningen sker på bredare indikationer än vi rekommenderar, säger Harry Beitner.

Karin Nordin

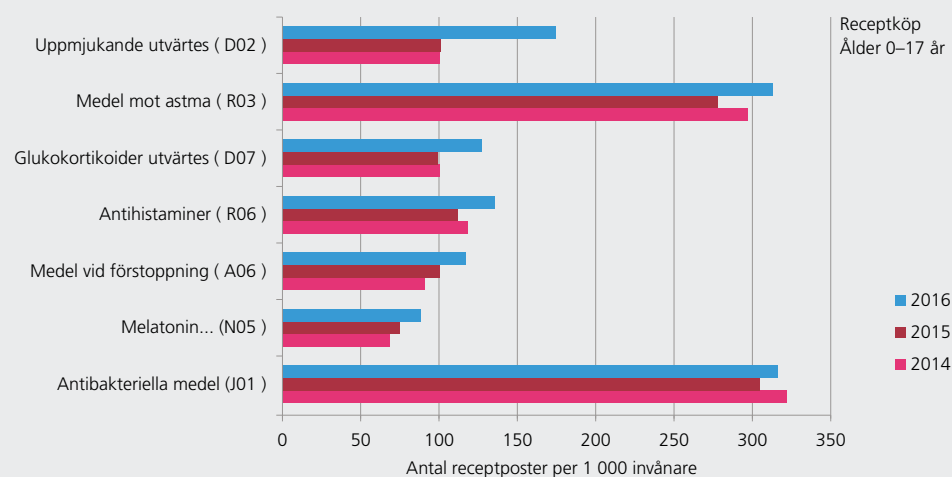


Antal förpackningar till barn 0–17 år i Stockholms län.



Läkemedel ska alltid förvaras på en säker plats. Drygt 2 dl mixtur under 24 timmar kan räcka för letal intoxication för ett barn på 3,5 år.

Läkemedelsgrupper enligt ATC-systemet till barn 0–17 år med största ökning 2015–2016 i antal uttagna receptposter.



### Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på [www.janusinfo.se/prenumerera](http://www.janusinfo.se/prenumerera) och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Vill du ha papperstidningen?

Mejla [lakemedelskommitten@sll.se](mailto:lakemedelskommitten@sll.se)

Adresskälla: Stockholms läns landsting

# Fortbildning – ett axplock

ONSDAG

8

MAR

## Östrogenbehandling, dysmenorré och vaginala infektioner

8 mars 18:00–19:30  
SVEA Konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare,  
Sjuksköterskor



Angelica Lindén  
Hirschberg  
föreläser

FREDAG

10

MAR

## Diabetes typ 1 vid neuropsykiatrisk sjukdom Diabetes och fysisk aktivitet

10 mars 09:00–16:00  
HSF, Magnus Ladulåsgratan 63A  
Målgrupp: Läkare

ONSDAG

15

MAR

## Diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdom

15 mars 18:00–20:00  
Svenska Läkaresällskapet,  
Klara Östra Kyrkogata 10  
Målgrupp: Läkare

MÅNDAG

20

MAR

## Multipel skleros

Behandlings-  
rekommendationer  
20 mars 18:00–19:30  
SVEA Konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor



Mia von Euler  
medverkar

TORSdag

23

MAR

## Verktygslåda för läkemedels- behandling av äldre ST-dagen

23 mars 08:00–16:00  
Norra Latin, City Conference Centre,  
Drottninggatan 71 B  
Målgrupp: Läkare

MÅNDAG

24

APR

## Infektion

24 april 18:00–19:30  
SVEA Konferens & matsal, Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

## LÄR PATIENTEN ATT INHALERA RÄTT!



### Lär patienten att inhalera rätt!

Stockholms läns läkemedelskommitté har tagit fram korta instruktionsfilmer om hur olika inhalatorer används på rätt sätt. Se dem på [www.janusinfo.se/inhalatorer](http://www.janusinfo.se/inhalatorer)

Föreläsningar från Kloka Listan Forum  
på webb-tv finns på  
[www.janusinfo.se/klokalistanforumtv](http://www.janusinfo.se/klokalistanforumtv)



Gilla Stockholms läns  
läkemedelskommitté,  
på Facebook.

Se [www.janusinfo.se/fortbildning](http://www.janusinfo.se/fortbildning) för mer information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.