

evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL
#2 · 2017

tema

JÄMLIK HÄLSA

Jämlikt över
landstingen

Livsvillkoren styr –
vården kompenserar

Vård för människor
i hemlöshet

Kraftigt ökad
användning av
antikoagulantia

*"Att prioritera
inom vården är en
etisk nödvändighet"*

Lars Sandman

professor i hälso- och sjukvårdsetik



evidens #2.2017

MEDICIN & LÄKEMEDEL

Att prioritera inom vården –
en etisk nödvändighet 4Livsvillkoren styr – men vården
ska kompensera för det 11Jämlig läkemedelsanvändning
över landstingsgränser 14Vårdcentralen för
människor i hemlöshet 16Tillgång till läkemedel inte
största problemet 19Satsning ska utjämna
skillnader i diabetesvård 22Psoriasisbehandling
olika för män och kvinnor 25Rutiner påverkar
antibiotikaförskrivning
i Kungsängen 27Små effekter av
mycket dyr behandling 30Kraftigt ökad
användning
av antikoagulantia 32Nyheter
i korthet 34

Ansvarig utgivare: Gerd Lärfars, 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@sll.se · www.janusinfo.se

Omslagsbild: Lars Sandman, Foto: Lars Ardarve, med tillstånd från Högskolan i Borås
Tryck: Åtta.45 Tryckeri, Järfälla, 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



Våra rekommendationer behövs

EN VIKTIG FOKUSFRÅGA för 2017, som också framfördes som en viktig läkemedelsfråga av deltagarna på Kloka Listan Forum, är information om nya läkemedel. Vi har ett pågående arbete för att få en tydlig process för Ordnat införande av nya läkemedel inom SLL. Antalet nya läkemedel och nya läkemedelsintroduktioner ökar och det är ett utmanande arbete att både värdera dessa nya behandlingsmöjligheter och följa upp deras användning. Den nationella processen som beskrivs i tidningens tema om jämlig hälsa och läkemedelsanvändning är en viktig del i det arbetet. Men även Stockholms läns läkemedelskommitté och våra expertråd är viktiga för att introduktionen av nya läkemedel ska bli bra.

VI KAN ÄVEN konstatera att de senaste åren har återigen våra läkemedelskostnader börjat öka. Det innebär att även den samhällsekonomiska aspekten har blivit tydligare. Utifrån den utvecklingen blir läkemedelskommitténs och expertrådens arbete med att välja rätt läkemedel ur olika perspektiv allt viktigare.

UNDER VÅREN SÅ har det varit en debatt om läkemedelskommittéernas uppdrag i media, och framför allt om våra behandlingsrekommendationer vid val av antikoagulantia för att förebygga stroke vid förmaksflimmer. I detta nummer av Evidens berättar vi om det lyckosamma arbete som genomförts i Stockholms läns landsting, för att öka användning av antikoagulantia vid förmaksflimmer och minska behandlingen med trombocythämmare

(ASA). Aktuell statistik hämtas från SLL:s VAL-databas, vilken har en hög täckningsgrad vad gäller vård både i primärvård och akutsjukvården. Den visar att vi i det närmaste har uppnått vårt behandlingsmål och att 79 procent av alla patienter med förmaksflimmer och CHADsvasc 2–9 har behandling med antikoagulantia.

DET TYCKER JAG visar väldigt tydligt att vårt strategiska arbete inom antikoagulantiaområdet har varit lyckosamt. Vårt uppdrag är att arbeta med rekommendationer och att vara ett stöd för vården vad gäller val av preparat. Tillsammans med det fantastiska arbete som ni gör i vården gör vi stor nytta för patienterna!

Gerd Lärfars
docent, överläkare, ordförande i
Stockholms läns läkemedelskommitté





Att prioritera inom vården – en etisk nödvändighet

Hälsan är inte jämlik, men vården kan bidra till att kompensera för det. Jämlik läkemedelsbehandling förutsätter prioriteringar, något som är svårt och kommer i konflikt med vårdens fokus på att hjälpa den enskilda patienten. Men för den som aldrig säger nej, minskar möjligheten att säga ja – att säga ja till den patient som är mest angelägen att hjälpa från ett etiskt perspektiv.

.....→
Artikelförfattare

Lars Sandman

professor i hälso- och sjukvårdsetik och föreståndare för Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, gästprofessor i vårdetik, Högskolan i Borås, ledamot i rådet för nya terapier, NT-rådet

.....► Patienters behov och önskemål om vård kommer alltid att vara större än de resurser som är tillgängliga – vare sig det handlar om ekonomiska resurser eller vårdpersonal. Det innebär att det alltid kommer att göras prioriteringar. Allt kan inte göras och allt kan framför allt inte göras samtidigt.

Hur ska vi göra dessa prioriteringar? Ska vi låta dem styras av ett stort mått av godtycke och utan att vara öppna med hur de görs? Eller ska vi istället göra dem öppet och med en medveten avvägning kring hur vi vill att de olika värden som står på spel ska balanseras mot varandra? Har vi begränsade resurser så innebär det att varje prioritering kommer att leda till att något värde ges företräde framför något annat värde som får stå tillbaka. Det finns också de som förutspår att denna resurssituation kommer att förvärras framöver. Inte för att vi drar ner på resurserna för hälso- och sjukvård, men för att våra behov och vår efterfrågan ökar i snabbare takt än resurserna.

I Sverige har vi valt att försöka göra våra hälso- och sjukvårdsprioriteringar på ett medvetet och öppet sätt med grund i en etisk plattform. Den etiska plattformen var ett resultat av prioriteringsutredningen som kom med sitt slutbetänkande 1995 och som blev svensk lagstiftning 1997. Den etiska plattformen består av tre principer som är rangordnade i förhållande till varandra. Rangordningen innebär att vi är villiga att acceptera en sämre kostnadseffektivitet för svårare tillstånd jämfört med vad vi accepterar för lindrigare tillstånd.

Människovärdesprincipen kan ses som en likabehandlingsprincip som framförallt talar om för oss vad som inte bör styra våra prioriteringar. Där specificeras att kön, kronologisk ålder, tidigare livsstil och social och ekonomisk situation inte ska vägas in om patienterna har samma behov av vård. Man kan väga in biologisk ålder, det vill säga en patients möjlighet att tillgodogöra sig behandling på grund av sin biologiska status, och framtida livsstil, om detta påverkar behandlingsnyttan.

Även om människovärdesprincipen inte ger så

Den etiska plattformen

» **Människovärdesprincipen:** alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

» **Behovs- solidaritetsprincipen:** om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.

» **Kostnadseffektivitetsprincipen:** vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas.

mycket vägledning för vem som ska ha mindre eller mer av våra begränsade resurser kan den sätta ljuset på om det finns mönster i vår läkemedelsförskrivning som inte stämmer med denna grundläggande likabehandlingsprincip. Sätter vi in mer aktiv läkemedelsbehandling för yngre patienter, trots att det medicinska behovet inte skiljer sig från äldre patienter? Och kan det i så fall motiveras med hänsyn till biologisk ålder, det vill säga att det är ökade risker och komplikationer eller sämre effekt för äldre patienter? Låter vi oss påverkas av att patienten framför oss har ådragit sig sin hepatit C-infektion genom aktivt missbruk i bedömningen av om hen ska få ta del av dyr läkemedelsbehandling? Om vi är tveksamma till behandling kan det i så fall motiveras med framtida livsstil, alltså en misstanke om dålig följsamhet som faktiskt är evidensbaserad?

Människovärdesprincipen bör fungera som en väckarklocka så att vi inte låter oss påverkas av de fördomar och förutfattade meningar som vi alla riskerar att bära på i mötet med patienterna. Att vi helt enkelt kan motivera ett eventuellt avsteg från likabehandling med etiskt relevanta skäl.



Foto: Lars Ardarve

” Allt kan inte göras och allt kan framför allt inte göras samtidigt ”

Vården ska bedöma behov

Behovs-solidaritetsprincipen säger oss att vi bör eftersträva ett lika utfall när det gäller hälsa och livskvalitet, alltså jämlik hälsa. Principen innebär att patienter med svårare tillstånd bör prioriteras framför patienter med lindriga tillstånd. Men den

innebär också att en patient inte har behov av behandling hen inte har nytta av. Den etiska plattformen förutsätter alltså att vi kan bedöma svårighetsgraden hos det tillstånd en patient har och jämföra det med svårighetsgraden hos en annan patients tillstånd och sedan ställa detta i relation

till vilken nytta vi kan göra för den patienten.

Det kan upplevas som en stor utmaning att jämföra hur allvarliga olika tillstånd är eftersom det utifrån patientens perspektiv kan upplevas som svårt, oavsett vilket tillstånd det rör sig om. Men eftersom varje val att prioritera en patient har en alternativkostnad som innebär att vi inte kan lägga resurser på en annan patient, så måste vi göra den bedömningen. Här är den etiska plattformen tydlig med att både risk för förtida död men också påverkan på livskvalitet och varaktigheten av tillståndet är sådant som behöver vägas in.

När man tänker svårt tillstånd är det lätt att exemplifiera med cancer med svåra symtom och förtida död. Men tänk också på psykisk sjukdom med lång påverkan på livskvaliteten och även där förtida död. Eller stora funktionshinder av både somatisk och kognitiv art. Det är viktigt att betona att det inte är diagnosen eller sjukdomen i sig som är det viktiga utan hur patienten påverkas av det tillstånd hen är i.

I den etiska plattformen är det däremot tydligt att det inte räcker med att patienten efterfrågar vård för att det ska uppstå ett vårdbehov. I slutändan måste vårdpersonalen bedöma att det finns ett

behov och hur angeläget det är att det åtgärdas.

En miljon kronor per QALY

Den tredje principen, kostnadseffektivitetsprincipen, kräver att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekter av läkemedel vi använder oss av inom vården. Vad är då en rimlig relation? När det gäller läkemedel använder man sig normalt av effektmåttet QALY, alltså kvalitetsjusterade levnadsår, och ställer detta i relation till de kostnader som uppstår inom hälso- och sjukvården i vid bemärkelse. En QALY är ett år med perfekt hälsa och den patientnytta som ett läkemedel har omräknas i detta mått. Det finns en etisk kritik av QALY-måttet som bland annat går ut på att det inte kan fånga vissa effekter, eller att det kan ses som ålderdiskriminerande. Samtidigt finns det inte i nuläget något bättre mått för att göra jämförelser mellan olika läkemedel. Det är viktigt att betona att i många sammanhang där måttet används betraktar man inte endast QALY-vinsten med ett läkemedel utan också de bakomliggande effekterna på patienters livslängd eller livskvalitet.

Vad som är rimlig kostnad per QALY beror på



Lars Sandman

Karriär: Började läsa fysik men bytte sedan till filosofi. Disputerade 2002 på en avhandling om den goda döden och började därefter arbeta vid vårdvetenskapliga institutionen, Högskolan i Borås. Från 2008 även vid Prioriteringscentrum, ett nationellt kunskapscentrum för kunskapsspridning och metodstöd vid Linköpings universitet. Chef där från 2017. Professor 2009.

Forskningsinriktning: Prioriteringar i vården, delat beslutsfattande i vården samt etik för health technology assessment, HTA.

Ideologi: Frikyrklig bakgrund men tappade sin tro i 25-årsåldern. "Det är svårt att forska i etik om man har en stark ideologisk övertygelse, vare sig den är religiös eller politisk. Det gör det svårare att ifrågasätta saker."

Fritid: Designar och syr sina egna kavajer i en ledig, elegant stil som sticker ut från mängden. "När man ska sprida ett budskap underlättar det om man har ett drag av exhibitionism."

Praktisk lagd: Syr kläder, renoverar hus och lagar mat, särskilt italienska pasta- eller risottorätter. Vill också göra etik till en praktisk verksamhet där teorier och filosofiska principer bryts ner till något konkret, som kan användas i vården.

MÖT EXPERTEN

svårighetsgraden hos tillståndet. För mycket svåra tillstånd har man i Sverige accepterat kostnader på runt en miljon kronor per QALY. För lindrigare tillstånd sjunker den gränsen – men det finns inga uttalade eller lagstiftade gränser för vad som är rimligt.

En utmaning när det gäller rimliga kostnader per QALY på senare år har varit de läkemedel för sällsynta tillstånd som dykt upp. Utvecklingskostnaden för ett läkemedel för ett sällsynt tillstånd antas vanligtvis vara likvärdig som för ett läkemedel mot ett vanligt tillstånd. Eftersom den kostnaden (plus läkemedelsbolagets vinstkrav) ska slås ut på färre patienter blir kostnaden per patient betydligt högre än för vanliga sjukdomar. Därmed blir kostnadseffektiviteten radikalt sämre än för läkemedel mot vanliga tillstånd.

Ett omtalat exempel på senare år har varit eculizumab (Soliris) mot njursjukdomen atypiskt hemolytiskt uremiskt syndrom, aHUS, som kostar cirka 4,5 miljoner kronor per patient och

år. Det bedöms ha en kostnad per QALY på 10–30 miljoner kronor för genetisk aHUS, alltså 10–30 gånger högre än vad som normalt accepteras.

Inom Läkemedels- och apoteksutredningen gjordes en etisk analys av den etiska plattformen med tanke på dessa läkemedel. Den kom fram till att om det rör sig om effektiva läkemedel är det rimligt att acceptera en högre kostnad per QALY för dessa läkemedel. Fortfarande finns det dock endast två läkemedel där denna nya gräns har testats. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, satte då gränsen till två miljoner kronor per QALY för läkemedlen imiglukeras (Cerezyme) och velaglukeras alfa (Vpriv) mot enzymbristtillståndet Gauchers sjukdom. Detta accepterades inte av läkemedelsföretaget som valde att ta ut läkemedlet ur läkemedelsförmånen istället.

Priset på ett liv

Ett vanligt argument i detta sammanhang handlar om att man inte kan sätta ett pris på en människas liv och hälsa och man undrar om vi inte borde ha råd med dessa läkemedel. Det rör sig trots allt om så små grupper av patienter att total budgetpåverkan är liten.

Vi måste då komma ihåg att varje gång vi accepterar en mycket hög kostnad för ett läkemedel så väljer vi samtidigt bort något annat och om vi sätter ett mönster som innebär att fler och fler läkemedel lägger sig på denna höga kostnad så kommer andra patienter drabbas av detta i någon annan del av hälso- och sjukvården. Ett annat sätt att uttrycka

detta är att säga att om vi inte sätter ett pris på liv och hälsa, så kommer någon annan att få betala ett sådant pris i termer av liv och hälsa.

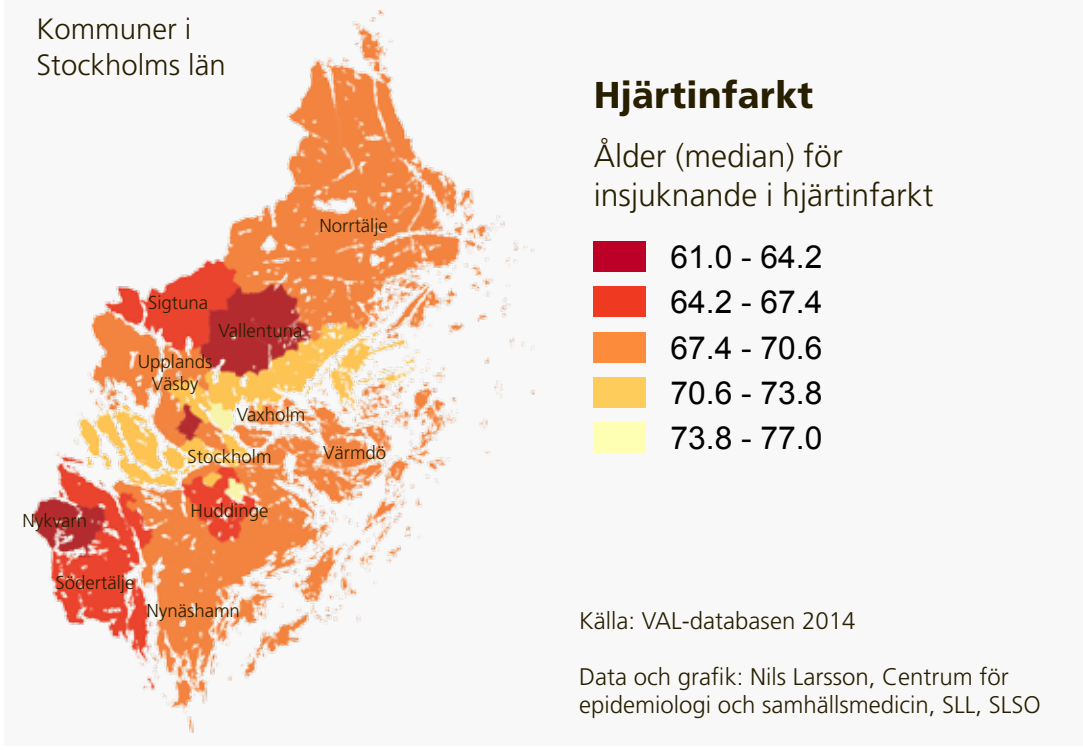
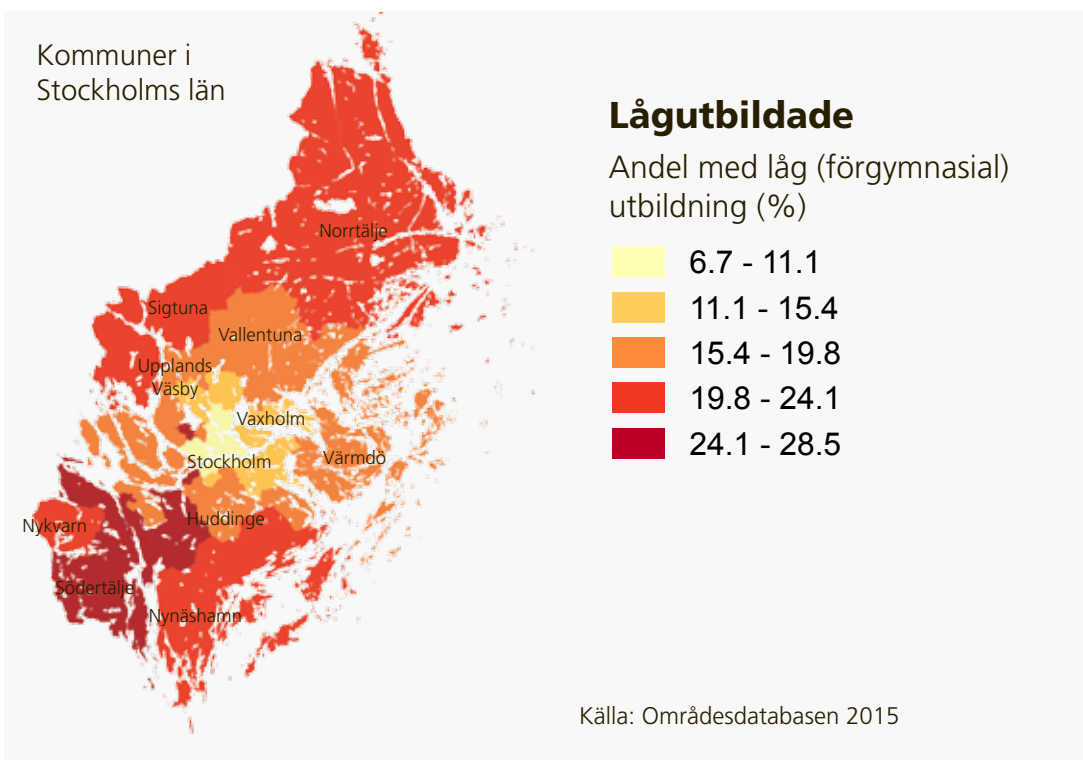
På det sättet blir prioriteringar alltid en etisk nödvändighet och de är inte något vi kan välja bort. Frågan är om vi vill göra det på ett etiskt medvetet sätt eller om vi

vill låta andra faktorer påverka våra prioriteringar. Patienter med bäst påverkansmöjligheter istället för patienter med svårast tillstånd? Våra egna, i bästa fall godtyckliga och i värsta fall fördomsfulla, attityder istället för medveten likabehandling? Aktörer med starka ekonomiska incitament istället för grupper med stora behov?

Att prioritera är svårt, inte minst när det innebär att vi måste säga nej, och det kan upplevas som att det kommer i konflikt med våra vårdprofessioners etiska patos att ha fokus på och hjälpa den patient som är framför oss.

Men för den som aldrig säger nej, minskar möjligheten att säga ja – att säga ja till den patient som är mest angelägen att hjälpa från ett etiskt perspektiv.

” I slutändan måste vårdpersonalen bedöma att det finns ett behov ”



Livsvillkoren styr – men vården ska kompensera för det

Varannan person lämnar mötet i vården utan att helt ha förstått vad som sagts. Jämlig hälsa förutsätter att vården arbetar normkritiskt och förvissas sig om patientens hälsolitteracitet, menar Margareta Kristenson, överläkare och professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap och ledamot i Kommissionen för jämlig hälsa.

Regeringens mål är att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation och i maj kommer Kommissionen för jämlig hälsa med förslag till hur det kan göras. Margareta Kristenson har särskilt utrett vårdens betydelse för jämlig hälsa.

– Finns det ojämlikheter i hälsa? Ja, det finns skillnader och det är påtagliga skillnader. En svensk i 30-årsåldern med högskoleutbildning kommer till exempel att leva fem år längre än sin klasskamrat som bara gått grundskola, säger hon som själv tidigare arbetat som distriktsläkare.

Tillgänglighet och regionala skillnader i vården är ett hinder för jämlig vård och beskriver skillnaden mellan vårdgivare. Sedan finns också skillnaden hos samma vårdgivare mellan grupper med till exempel olika utbildnings- eller inkomstnivå. Den är enligt Margareta Kristenson större än skillnaden mellan vårdgivare.

– Alla får inte samma behandling när de väl kommer in i vården. Högt utbildade får dyrare, snabbare och bättre behandling och läkemedel än lågutbildade. När man försöker undersöka orsakerna landar alla analyser i det enskilda mötet mellan patient och vårdprofession.

De flesta i vården tycker nog att de behandlar sina patienter lika, menar Kristenson. Men frågan är om man ägnar tillräckligt stor uppmärksamhet åt normkritik eller patientens hälsolitteracitet. Enligt internationella och svenska studier kan hälften



av patienterna inte ta till sig den information som ges vid ett möte med en läkare eller sjuksköterska. Personalen använder andra ord och uttryckssätt än patienten, som till exempel att provsvaret var positivt vilket kan tolkas på flera sätt. Det handlar också om själva bemötandet och vad man tycker är det viktigaste vid ett möte.

– Vi är mer rädda för att göra fel som att sätta in fel läkemedel än om vi kommunicerar på ett sätt så

att patienten kan förstå hur man använder medicinen. Lägg ansvaret på dig själv för detta. Ansträng dig så att patienten kan förstå. Fråga inte om patienten förstod vad du sa, för det är det ingen som vågar svara nej på. Be istället patienten återberätta vad ni kom överens om och förklara att du vill veta om du talade så att det gick att förstå.

Medvetande om normer

Samtalet är konsten och för att bli bra på det måste vårdpersonal öka medvetandet om social kontext och psykologiska faktorer likaväl som om labbsvar. Det behövs också diskussion och reflektion över de normer som vi, ofta omedvetet, tillämpar. Och öppenhet för att det finns helt andra sätt att se på livet än som till exempel en vit, heterosexuell, medelålders kvinna. Deltagande i mamografi och cellprovtagning har exempelvis visat sig vara mycket socialt betingat. Majoriteten av de som inte deltar är invandrare som kanske inte förstår språket i kallelsen eller själva vitsen med undersökningen eller som kommer från ett land där man inte besöker vården om man inte är sjuk.

– Livssituationen påverkar vår hälsa och vård. Makten att styra över sitt liv, att känna självförtroende, tillit till vården och samhället och att ha ett socialt nätverk. I vården är vi väldigt vaksamma

Hälsolitteracitet

Kognitiva och sociala färdigheter som avgör människors motivation och förmåga att få tillgång till, förstå och använda information på ett sätt som leder till god hälsa.

över en persons sjukdomshistoria och vad det innebär i sårbarhet om en patient har stått på warfarin eller kortison under en längre period. Men vi borde också tänka på vad det betyder för hälsan om personen haft en långvarig ekonomisk utsatthet eller är socialt isolerad.

Hon har aldrig hört att någon tycker att det är bra att det är stora skillnader i jämlikhet i hälsa. Men det är inte sällan det dyker upp argument som ”ja, men så har det ju alltid varit. Vissa har det bättre än andra, det är klart det är bättre att vara rik och välutbildad än fattig och utan examen.”

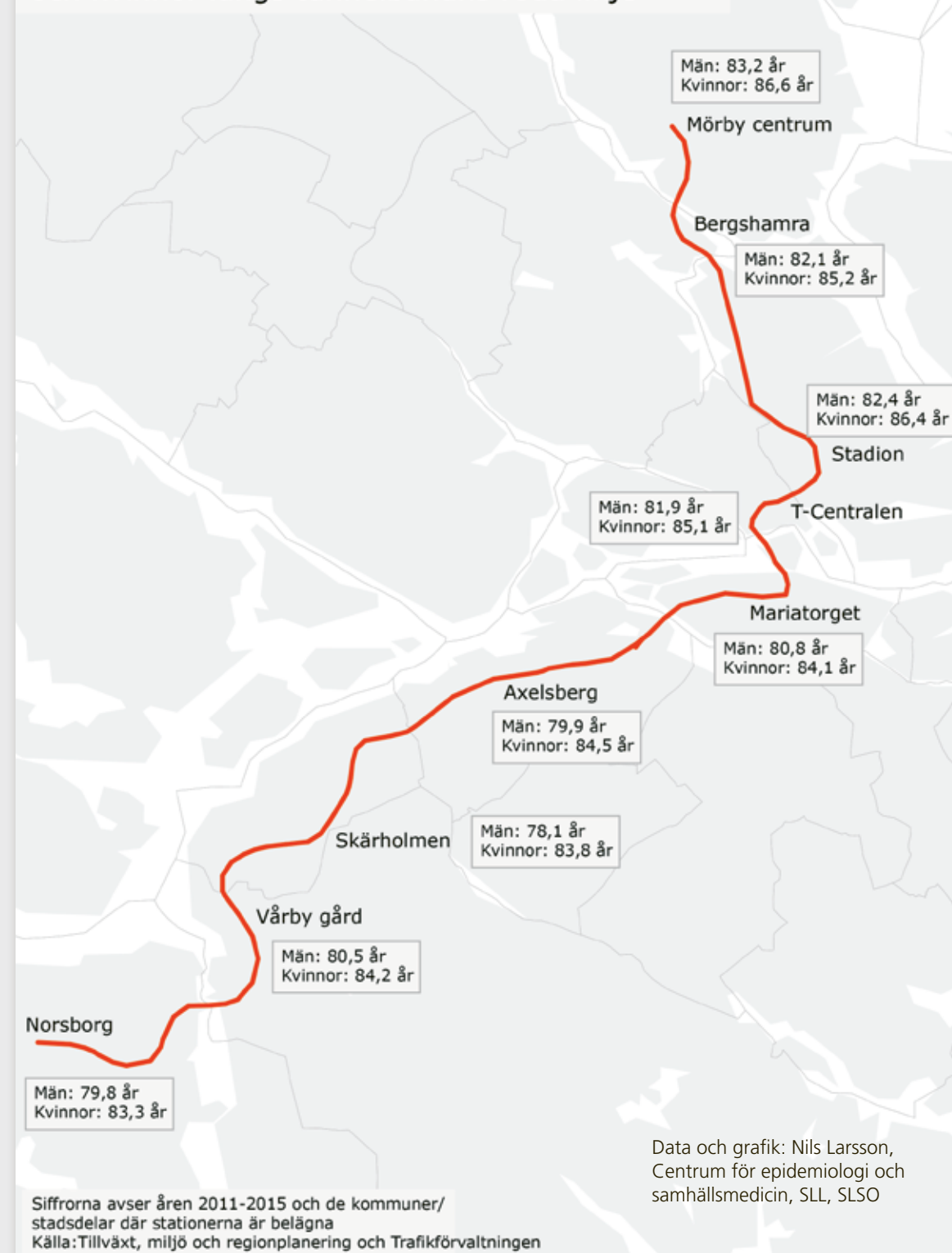
– Visst, livsvillkoren är grunden för hälsan. Men hälso- och sjukvårdens roll är att vara ett kompensatoriskt system för det – inte att förstärka dessa skillnader. Vi behöver träna oss att se, möta, lyssna på och förstå alla utifrån sina behov.

Karin Nordin

Några av Margareta Kristensons förslag för en mer jämlik vård och hälsa

- » Ge primärvården ett primärpreventivt uppdrag och resurser för detta.
- » Återinför områdesansvaret. Det skulle inte innebära att rätten att lista sig på en viss vårdcentral ändras utan istället vara ett tilläggsuppdrag för vårdcentraler att arbeta förebyggande och uppsökande i sitt område.
- » Tillgänglighet efter behov. Exempelvis fler kvällsöppna mottagningar, möjlighet att boka tid över disk.
- » Införliva tandvården i sjukförsäkringen.
- » Värna vård för de mest utsatta. Exempelvis flyktingar, hemlösa och asylsökande.
- » En hälsofrämjande arbetsmiljö för vårdens medarbetare.
- » Struktur, ledning och styrning som stödjer jämlik vård och hälsa.

Återstående medellivslängd vid födseln för män och kvinnor längs tunnelbanans röda linje



Jämlik läkemedelsanvändning över landstingsgränser

När rådet för nya terapier, NT-rådet, ger rekommendationer om användning av läkemedel är målet jämlik och kostnadseffektiv användning av läkemedel i hela Sverige.

Gerd Lärfars

ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté. Gerd Lärfars är även ordförande i NT-rådet, Sveriges Kommuner och Landsting, sedan februari 2017, ledamot i TLV:s nämnd sedan mars 2017 och ordförande i Stockholms medicinska råd sedan januari 2017.

Oavsett bostadsort, ska patienten kunna vara trygg med att rätt läkemedelsbehandling kommer att ges. Samtidigt behövs prioriteringar eftersom resurserna är begränsade. Rådet för nya terapier, NT-rådet, bildades som ett svar på behovet att arbeta landstingsövergripande med dessa frågor.

De läkemedel som kan vara aktuella som ärenden för NT-rådet är sådana där det bedöms finnas risk för att introduktionen inte sker på samma sätt i de olika landstingen eller där det finns en oklarhet kring kostnadseffektivitet eller klinisk effekt och nytta. I en rekommendation tar NT-rådet ställning till om man anser att det finns underlag för att använda ett läkemedel eller inte, och det är då en bedömning utifrån den etiska plattformen.

En nominering av ett läkemedel till nationellt ordnat införande kommer i princip alltid via horizon scanning-processen eller från professionen. De flesta läkemedel som granskas av NT-rådet är rekvisitionsläkemedel, alltså för klinikbruk. Då uppdrar NT-rådet åt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, att genomföra en hälsoekonomisk värdering genom det så kallade klinikläkemedelsuppdraget. Läkemedel som skrivs på recept värderas alltid hälsoekonomiskt av TLV i samband med förmånsbeslutsprocessen.

Det finns två nivåer för samverkan

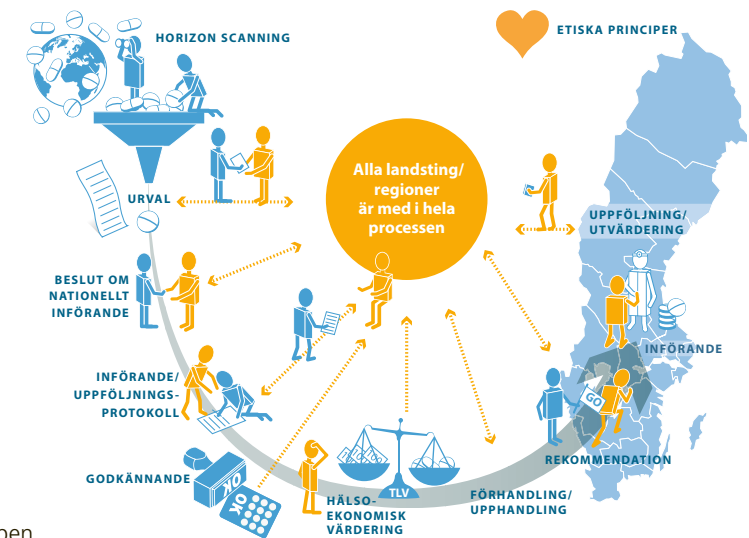
- » Nivå 1 innebär både hälsoekonomisk värdering av TLV och en NT-rådsrekommendation kopplat till ett införande- och uppföljningsprotokoll.
- » Nivå 2 innebär enbart en hälsoekonomisk värdering och en NT-rådsrekommendation.

Arbetet med ett hälsoekonomiskt underlag sker alltid i dialog med respektive läkemedelsföretag. Producenten behöver ansöka om ett förmånsbeslut och utan kunskapen som företaget har om sitt läkemedel så kan inte alltid en hälsoekonomisk värdering göras. Om det blir aktuellt med att kombinera en rekommendation med ett avtal eller upphandling så är det också en process i dialog med respektive företag.

Osäker värdering

Aktuella och svåra frågor för NT-rådet är dels hur vi ska hantera osäkerheter kring effekt och klinisk nytta i en snabb introduktionsprocess. Det finns sällan många studier att luta sig mot, ibland endast en eller två mindre fas II-studier och den hälsoekonomiska värderingen blir väldigt osäker. Den andra svåra frågan gäller mycket dyra läkemedel för mycket sällsynta sjukdomar. I sådana fall kan betalningsviljan vara högre än för läke-

Läkemedel vid hepatit C är exempel på preparat som har introducerats enligt nationellt ordnat införande. Andra exempel är det kolesterolsänkande evolocumab (Repatha) och hjärtsviktsläkemedlet sakubitril-valsartan (Entresto).



Grafik: Ingela Landström/TT-Gruppen

medel vid andra sjukdomstillstånd med samma svårighetsgrad. Trots detta kan kostnaden för behandlingen bedömas orimligt hög och NT-rådet tvingas avråda landstingen från användning om inte förhandling med företagen ger tillräckligt resultat – ett ofta svårt ställningstagande. Att det är svårt att fatta beslut som innebär att man måste säga nej till en behandling gäller givetvis för alla som arbetar i vården i mötet med patienterna och för de patienter som berörs, framför allt där alternativa behandlingar kanske inte finns att tillgå.

För läkemedel med stor osäkerhet kring effekt blir den fortsatta uppföljningen och ordnat införande väldigt viktig. För arbetet med uppföljning behövs bättre, snabbare och säkrare tillgång till data- och det behovet delar NT-rådet med många andra som arbetar med kvalitetsuppföljning och uppföljning av läkemedelsanvändning.

I arbetet med nya läkemedel arbetar vi i NT-rådet mycket tillsammans med TLV och där är min uppfattning att det finns en samsyn och önskan om att fördjupa vårt samarbete. Vi har en gemensam målsättning att viktiga och effektiva läkemedel snabbt ska komma våra patienter till gagn. Men en snabb introduktionsprocess ställer också krav på uppföljning och utvärdering, och det sanna värdet av en läkemedelsbehandling kanske kommer först efter en tids användning. Då måste vi samtidigt ha en möjlighet att på ett effektivt sätt värdera läkemedlets effekt i den kliniska vardagen.

Läs mer:

NT-rådets rekommendationer finns publicerade på www.janusinfo.se/ordnat-inforande.

NT-rådet

Bildades i januari 2015 och arbetar på uppdrag av landstingen. Ledamöter utgörs av en ordförande och sex regionrepresentanter som är utsedda av landstingen. Alla har rösträtt. Till ledamöterna hör också experter inom hälsoekonomi och etik. Adjungerade ledamöter representerar exempelvis Nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel, NAC, och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.

Per Broman, distriktsläkare, och Tomas Lehtinen, sjuksköterska, vårdar en patient på plats vid Frälsningsarméns akut- och stödboende i Midsommarkransen.



Foto: Anna Molander

Pelarbacken

I Stockholm fanns cirka 2 400 hemlösa personer 2016.

Pelarbacken drivs av Ersta sjukhus som är en del av Ersta diakoni. Verksamheten drivs på uppdrag av och finansieras av Stockholms läns landsting. Hemlösa personer som är hemmahörande inom Stockholms läns landsting ges vård, men mottagningen har inget uppdrag som gäller EU-medborgare. Vid Pelarbacken är 70 procent av patienterna män och 30 procent kvinnor.

Vårdcentralen för människor i hemlöshet

Många hemlösa personer i Stockholm har svårt att ta del av vård på samma sätt som andra patienter. Genom Pelarbackens mottagning och mobila team kan de ändå få sjukvård, tandvård och läkemedelsbehandling på samma villkor som andra.

Kravet är att patienten lever i hemlöshet. Men för den som uppfyller det är mottagningen vid Medborgarplatsen öppen för både tidsbokade besök och drop-in. Och för de som ändå inte kan eller vill söka sig dit finns det mobila teamet som arbetar uppsökande med vård, bland annat på härbärgen flera gånger i veckan. En viktig uppgift är att motivera människor i hemlöshet att söka vård när de behöver det.

– Det är mycket som är mer prioriterat för dem. Att hitta någonstans att sova eller att skaffa mat för dagen. Många är besvikna på det bemötande de fått i vården tidigare och tar inte kontakt själva förrän det har gått så långt att det krävs större in-

satser från sjukvården. Vissa personer kan vi bara träffa om vi själva söker upp dem, säger Christine Schönborg, distriktsköterska som arbetar i det mobila teamet.

– Många har svårt med den vanliga rutinen, att boka tid, betala i kassan, passa tider. Besöken på Pelarbacken är kostnadsfria för patienten, menar Per Broman, distriktsläkare vid mottagningen och i det mobila teamet.

Han beskriver verksamheten som en vårdcentral, men med ett brett utbud av somatisk och psykiatrisk öppenvård, beroendevård, tand- och fotsjukvård samlat på ett ställe. Flexibilitet, samarbete och improvisationsförmåga är viktigt.

Tillgång till läkemedel inte största problemet

Kön, socioekonomi och bostadsort påverkar möjligheten att överleva en cancerdiagnos och kunskapen om prevention är låg i många befolkningsgrupper. Helt oacceptabla skillnader, säger professor Roger Henriksson, chef vid Regionalt Cancercentrum, RCC, där man startat en rad aktiviteter för mer jämlik cancerhälsa.

Vården är troligtvis inte jämlik i något enda steg under patientens väg genom den. Patientens bakgrund påverkar alltifrån deltagande i screening till behandling och palliativ vård. Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, kan förekomst av cancer påverkas till nästan 40 procent genom hälsosamma levnadsvanor och risken att insjukna är därför också beroende av kunskap och levnadsvillkor i olika socioekonomiska grupper. Olika cancerformer värderas dessutom olika beroende på vilka grupper i befolkningen som drabbas.

– Jämför till exempel bröstcancer med lungcancer. Femårsöverlevnaden är 90 procent vid bröstcancer medan den är under tio procent för kvinnor med lungcancer. Detta borde påverka hur vi gör våra satsningar i samhället på ett helt annat sätt än det gör idag, säger Roger Henriksson som leder RCC Stockholm-Gotland och är ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Förmodligen är även tillgång till cancerläkemedel olika för olika personer. Men många faktorer kan påverka användningen av läkemedel, till exempel sjukdomsstadium vid diagnos, progress, samsjuklighet och levnadsvanor, vilket kan göra det svårt att tolka data om detta. För att söka svaren på sådana frågor finns nu en helt ny Cancerdatabas som har tagits fram av RCC, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för onkologiska



Foto Kari Kohvakka

Roger Henriksson

och hematologiska sjukdomar och Utvecklingsavdelningen vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Databasen samlar alla patienter med cancerdiagnos i Stockholm sedan 2001 och kopplar samman data från ett flertal register både inom och utom landstinget. Det finns exempelvis möjlighet att studera inkomst- och utbildningsnivå i relation till behandlingsresultat, läkemedelsanvändning, satsade resurser och överlevnad.

Många projekt

– Vi måste bli mer medvetna om de skillnader som finns för att kunna åtgärda dem, säger Roger Henriksson.

Vid RCC har hela personalen deltagit i utbildningar om jämställdhet och jämlik vård, just för att öka medvetenheten.



Foto Anna Molander

Per Broman undersöker patienten.

– Om jag lägger om ett sår på någon och märker att personen mår psykiskt dåligt finns det möjlighet att kontakta psykiater direkt och kanske få till ett möte medan patienten är på plats, exemplifierar Tomas Lehtinen, sjuksköterska.

Flera patienter kommer på remiss från andra vårdgivare och ett av uppdragen är att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar.

Stort läkemedelsförråd

Patienterna söker till exempel för infektioner i mjukdelar och luftvägar. Beroendesjukdomar och psykisk ohälsa är vanligt liksom kroniska sjukdomar som astma, diabetes och hjärtkärlsjukdom. Personalen delar bland annat dosetter till hjärtsviktpatienter och kontrollerar PK(INR)-värden på personer med warfarinbehandling. Hepatit och hiv är inte ovanligt.

– Vi är väldigt restriktiva med beroendeframkallande läkemedel som opioider eller bensodiazepi-

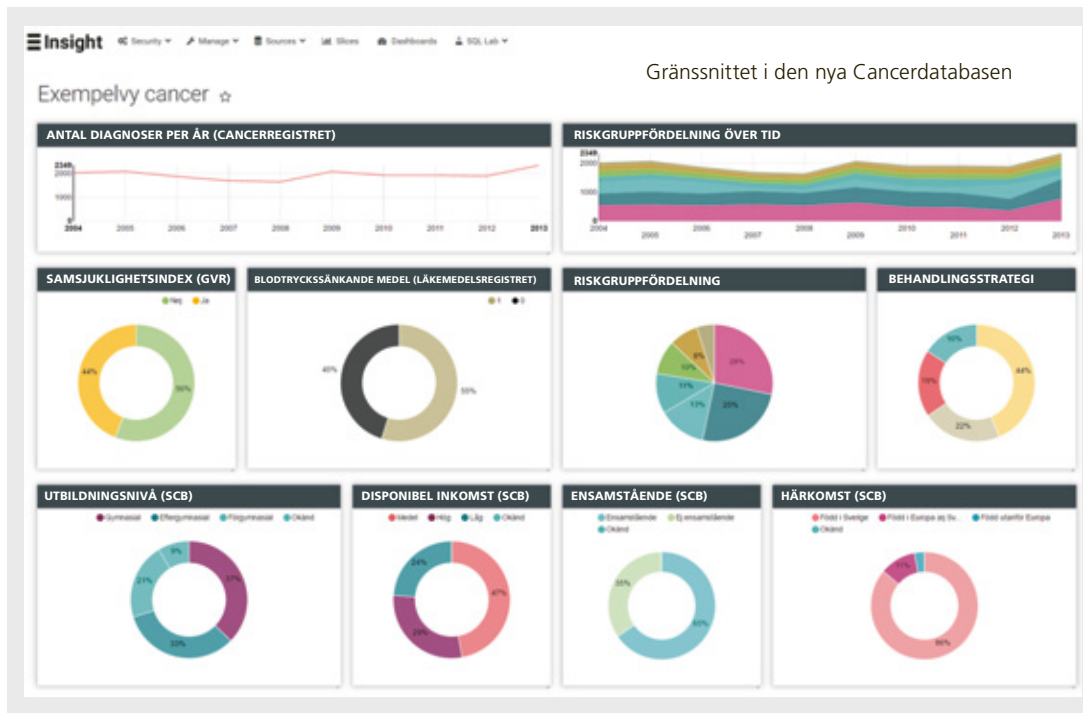
ner. Det vet alla om, så det är aldrig någon som ber om det, säger Per Broman.

Däremot står det ofta antibiotika av olika slag på receptet. Men den som inte har pengar kan också få hela kuren med sig direkt i en påse. Det finns ett läkemedelsförråd på mottagningen med allt från tarmreglerande medel till antibiotika, neuroleptika, blodtrycksmedel och inhalationspreparat. Läkemedlen kan användas för att starta behandling, tills det ordnat sig med stöd från Socialtjänsten.

För de personer som tycker att det är svårt att hålla reda på sin medicinering kan mottagningen också hjälpa till att förvara och dela ut läkemedlen. Det handlar ofta om att hitta lösningar som fungerar för en viss person vid en viss tid. Ett arbete som de alla tycker bidrar till jämlik vård.

– Det finns möjlighet att göra det lilla extra för en människa som behöver det, säger Christine Schönborg.

Karin Nordin



Organisationen arbetar strukturerat på många plan för en mer jämlik vård, allt enligt den regionala cancerplanen. En åtgärd för att minska oomtvärande skillnader har till exempel varit att starta ett diagnostiskt centrum i Södertälje för att nå den del av befolkningen som inte har kunskap om cancer och som annars ofta kommer för sent till vård. Snart startar också ett centrum på norra sidan av Stockholm. Kontaktsjuksköterskor är ett annat sätt att öka möjligheterna för alla med cancerdiagnos att få en individuell vårdplan och individanpassad information. Patienter och patientorganisationer involveras i allt arbete.

Bland de enklare men effektiva aktiviteterna finns utvecklingen av informationsmaterial om mammografi på olika språk och för personer med funktionsnedsättning.

RCC har verkat för avgiftsfri mammografi vilket ökade deltagandet i många delar av Stockholm. Ett annat lyckat initiativ är det så kallade Botkyrka-

projektet. I samverkan med Botkyrka kommun anlätades och utbildades 42 hälsoinformatörer som talar 60 olika språk för att samtala med befolkningen i deras vardag om cancer och hur man minskar risken för att drabbas. Aktiviteter anordnades också i samarbete med mångkulturella organisationer och projektet ska nu spridas till fler kommuner.

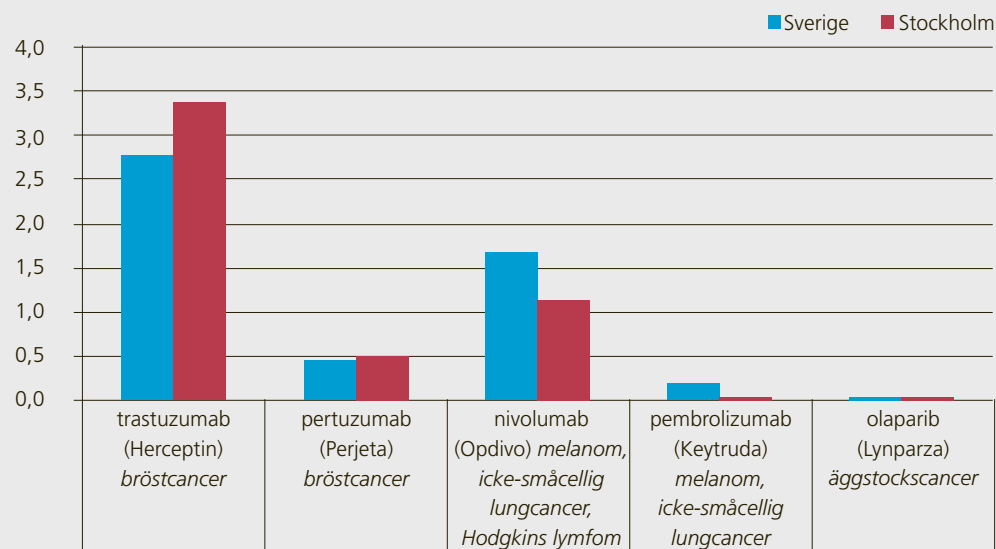
– Projektet drivs av en person som själv har överlevt cancer och flera patientföreträdare och personer som inte arbetar i vården är involverade. På det sättet har vi kommit närmare människor som vi annars inte når.

De standardiserade vårdförloppen är ytterligare ett exempel på en åtgärd för mer jämlikhet. Grundtanken är att vården ska utreda patienter på samma standardiserade sätt. Vårdförloppen med optimala ledtider finns nu införda i Viss.nu.

Karin Nordin

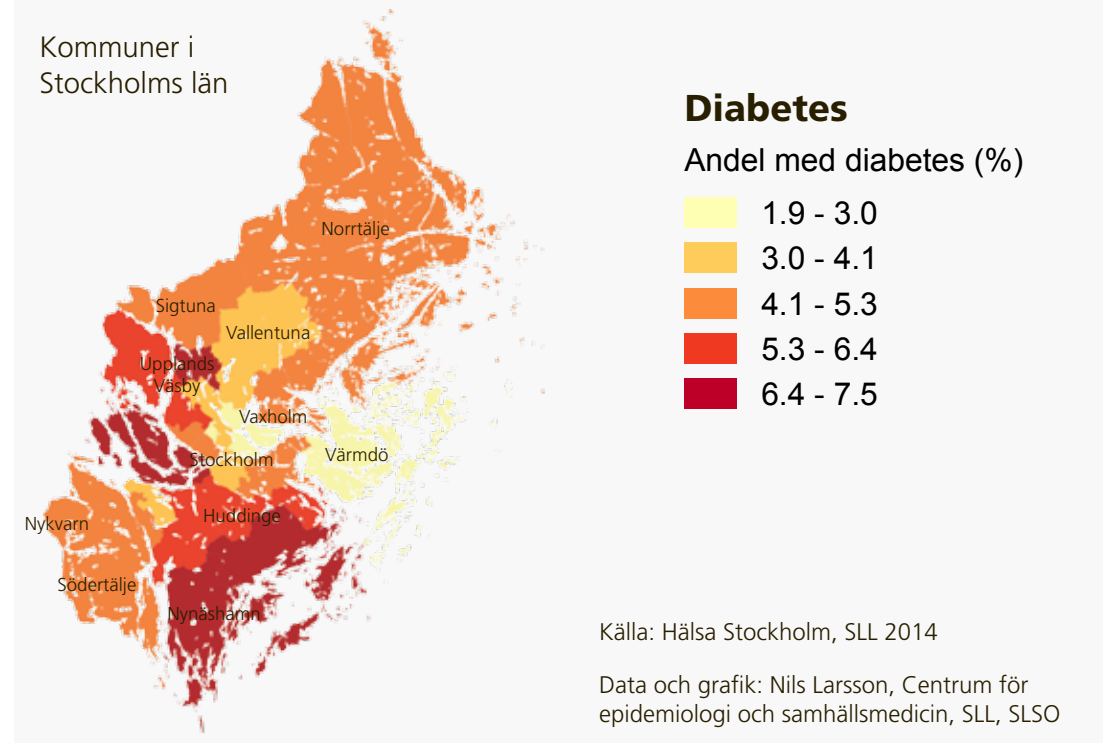
Skillnader i användningen av några cancerläkemedel

Justering för antalet diagnoser i olika regioner liksom variationer i förpackningsstorlek har inte gjorts.



Källa: Insight, eHälsomyndigheten/Marie Persson

Kommuner i Stockholms län



Källa: Hälsa Stockholm, SLL 2014

Data och grafik: Nils Larsson, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLL, SLSSO

Satsning ska utjämnas skillnader i diabetesvård

Data från Nationella Diabetesregistret, NDR, visar att Stockholms diabetesvård ligger sämre till på flera indikatorer jämfört med Sverige som helhet.

Per Wändell

distriktsläkare och professor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet

Kristin Hjärleifsdottir Steiner

distriktsläkare vid Flemingsbergs vårdcentral

Ledamöter i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Sådana jämförelser måste alltid tolkas med försiktighet. Samtidigt är det viktigt att försöka förstå och åtgärda de faktorer som kan förhindra jämlik hälsa. Diabetes typ 2 har som många andra sjukdomar både sociala och genetiska kopplingar. Sjukdomen är vanligare bland socioekonomiskt utsatta men också bland vissa invandrargrupper. I Stockholm ses ganska tydligt en högre förekomst i utsatta områden som norra Botkyrka och norra Järva. Vårdcentraler i Hallunda, Fittja, Alby, Rinkeby, Tensta och Husby/Akalla brukar rapportera att 6–7 procent av deras listade befolkning har diabetes. Motsvarande siffror för områden med högre socioekonomisk status brukar vara 2–4 procent.

Modern vård av diabetes typ 2 bygger på multipel riskfaktorbehandling med livsstilsåtgärder, antidiabetiska läkemedel och även blodtrycksläkemedel och blodfettssänkande statiner. Diabetesvården går delvis ut på att åstadkomma icke-händelser, alltså att förebygga komplikationer. Det är en pedagogisk uppgift för oss i sjukvården att



Kristin Hjärleifsdottir Steiner

Foto: Karin Nordein



Per Wändell

Foto: Karin Nordein

förklara detta för patienter, men även för politiker och administratörer.

I Stockholm infördes vårdval med fokus på antalet besök istället för medicinsk kvalitet. Resultatet tyder på att vissa grupper med högt vårdbehov missgynnades (se Janne Agerholms avhandling 2016). Den senaste statistiken tyder på att den ensidiga satsningen på många besök har brutits, och förhoppningsvis kan Stockholm bli bättre inom diabetesvården.

Ett risktagande i sjukvården är att lägga över hela ansvaret för tidsbeställning på patienterna och att inte kalla till återbesök. Att ha ett fungerande kallelsesystem är ett evidensbaserat mått på god diabetesvård. Utan ett sådant lämnas många patienter, ofta i socioekonomiskt utsatta områden, med minskade möjligheter att förebygga komplikationer.

Mer tid för vissa

Vid vårdcentralen i Flemingsberg görs nu en stor satsning på att kalla samtliga patienter med diabetes. Majoriteten har en utmärkt behandling och uppföljning men många har av olika skäl hamnat mellan stolarna då de uteblivit från besök. Ofta har dessa patienter andra bekymmer som psykiska besvär, svår social situation eller språksvårigheter med bristande följsamhet vad gäller behandling. Det vi i diabetesteamet noterat är att dessa patienter går att nå om man har gott om tid och inledningsvis erbjuder tätare besök. Tidsschemat hos de flesta läkare är pressat och en diabetespatient med till exempel psykisk pålagring eller tolk behöver ofta mer tid än de 20–30 min som är rutin. På

” Att ha ett fungerande kallelsesystem är ett evidensbaserat mått på god diabetesvård. ”

grund av ersättningssystemet har det tidigare varit svårt att boka längre besökstider. Vi märker att satsningen i Flemingsberg ger förbättrade värden och livskvalitet hos dessa patienter. Det kan knappast samhället förlora på.

Enligt internationella riktlinjer är individanpassad behandling av stor vikt för jämlikt resultat. Nu pågår 4D-projektet, ett samarbete mellan SLL och Karolinska Institutet med syfte att göra det möjligt att omsätta ny kunskap till individanpassad prevention, tidig diagnostik och behandling. I Flemingsberg deltar vi i en 4D-studie där vi testar en diabetesapp. Tanken är att vissa patienter, som vill och klarar det, ska kunna sköta sin diabetes mer självständigt med hjälp av appen. Det kan frigöra mer tid för de som behöver tätare kontakt.

Referens:

Agerholm J. Analysing equity in outpatient care in Stockholm county and the impact of using different data. Karolinska Institutet 2016.

<https://kib.ki.se/>

Data från NDR

170324

- signifikant bättre än riksgenomsnittet
- resultat är i nivå med riksgenomsnittet
- signifikant sämre än riksgenomsnittet

Resultatöversikt för Primärvårdsenheter 

Indikator (andel med)	Stockholm 2016	Riket 2016
● HbA1c <52	55.2%	51.4%
● HbA1c >70	10.7%	10.7%
● Blodtryck ≤130/80	41.5%	40.3%
● Blodtryck <140/85	53.6%	53.8%
● LDL <2,5	42.7%	48.2%
● Lipidsänkande läkemedel	54.8%	61.2%
● Förekomst av albuminuri	28.5%	23.2%
● Fotundersökning senaste året	88.8%	86.9%
● Genomförd ögonundersökning enligt riktlinjer	95.4%	89.9%
● Förekomst av diabetesretinopati	24.6%	27.2%
● Rökare	14.9%	13.4%
● Andel fysiskt inaktiva	41.1%	33.1%

Psoriasisbehandling olika för män och kvinnor

Män får mer systemiska läkemedel, mer biologiska läkemedel och mer ljusbehandling än kvinnor vid psoriasis. Det visar data från testmiljön i Stockholms läns landsting.

Psoriasis är inte enbart en hudsjukdom utan en systemisk sjukdom som involverar flera organ i kroppen.

– Psoriasisartrit och inflammatorisk tarmsjukdom är välkända komorbiditeter. Risken för hjärtinfarkt ökar också hos patienter med psoriasis. Många har metabolt syndrom och vi ser ofta exempel på att viktneidgång leder till förbättringar i huden. Depression är också vanligt, säger Lena Hagströmer, överläkare och verksamhetschef Hudkliniken, Södersjukhuset och ordförande i expertrådet för hud- och könssjukdomar.

I testmiljön hade var femte patient med psoriasis även någon gång fått diagnosen depression eller hämtat ut antidepressiva läkemedel minst två gånger senaste året. Det kan jämföras med en prevalens på fem procent för depression i Sverige.

Behandling av psoriasis sker enligt en trappa där utvärtes medel är grunden. Ljusbehandling läggs till i steg två och på steg tre finns systemiska läkemedel som acitretin (Neotigason), ciklosporin och metotrexat. På sista trappsteget finns nya och biologiska läkemedel TNF-alfa-hämmare, ustekinumab (Stelara), sekukinumab (Cosentyx), ixekizumab (Taltz) och apremilast (Otezla). Fyra av tio patienter i testmiljön hade enbart utvärtes läkemedel.

” Men det är inte helt klart att detta innebär att kvinnor är diskriminerade i vården. ”

I testmiljön psoriasis analyserades data från VAL-databasen under perioden 2001 till juni 2016 för alla patienter med:

» minst en vårdkontakt vid hud- eller reumatologklinik med huvuddiagnos psoriasis respektive psoriasisartrit.

» minst två vårdkontakter (oavsett vårdgivare) med huvuddiagnos psoriasis eller psoriasisartrit.

Cirka 27 000 individer ingick i psoriasisgruppen och 6 000 individer i gruppen med psoriasisartrit.



Lena
Hagströmer



Mona
Ståhle

.....► – Förståelsen för att psoriasis är en systemisk sjukdom har ökat på senare år och det medför också att användningen av systemiska läkemedel ökar, säger Lena Hagströmer.

I testmiljön har antal personer i psoriasisgruppen som hämtar ut traditionella systemiska läkemedel ökat med 9 procent och biologiska läkemedel med 25 procent under perioden 2013–2015. Ljusbehandling har minskat med 3 procent på samma tid.

Oavsett behandlingsalternativ får män behandling i större utsträckning än kvinnor. Av de patienter som får ljusbehandling, traditionell systemisk behandling och biologisk läkemedelsbehandling utgjordes 60, 55 respektive 59 procent av män.

– Men det är inte helt klart att detta innebär att kvinnor är diskriminerade i vården. Det kan vara

så att män har en mer allvarlig sjukdomsprofil än kvinnorna vilket analysen inte tar hänsyn till. Jag har svårt att tro att vi som kliniker gör någon skillnad i bedömningen av patienten som beror av kön, säger Mona Ståhle, professor, överläkare Hudklinik, Karolinska universitetssjukhuset och en av experterna som deltagit i testmiljön.

Hon nämner att vissa läkemedel, som metotrexat och acitretin, inte kan användas av fertila kvinnor, vilket också kan vara en förklaring till skillnaderna. Men när det gäller tillgång till ljusbehandling är Mona Ståhle och Lena Hagströmer överens. Den mest troliga förklaringen till skillnaderna finns utanför vården, i en ojämlik vardag där kvinnor ofta inte har lika mycket tid att avsätta för ljusbehandling som män.

Karin Nordin

Testmiljön

Psoriasis är det sjätte projektet i Stockholms läns landstings testmiljö. Syftet med testmiljön är bland annat att kunskapsorganisationerna och professionen i SLL ska kunna analysera ett terapiområde utifrån patientkarakteristika, vårdresurser/-kostnader, samsjuklighet, behandlingar och behandlingsutfall för att uppnå en mer ändamålsenlig och resurseffektiv läkemedelsanvändning. I testmiljön samverkar SLL med läkemedelsindustrin, i detta fall med nio olika företag. Företagen bistår med finansiering och får i utbyte tillgång till rapporten.

Rutiner påverkar antibiotikaföreskrivning i Kungsängen

En levande diskussion i läkargruppen och en telefonmottagning där patienterna möts med rätt råd och argument redan från början. Det underlättar arbetet med att minska föreskrivningen av antibiotika vid Kungsängens vårdcentral.

Under 2016 handlade nästan 650 000 besök vid 165 vårdcentraler om infektioner. Antalet antibiotikarecept var 260 000. Det visar nya data från Strama via Rave. Det är långt kvar till målet för antibiotikaanvändningen, men det finns ändå glädjeämnen i statistiken. Generellt sett var det färre patienter som fick antibiotika vid akut bronkit och vid faryngotonsillit hade fler patienter ett positivt test för streptokocker som stöd för diagnos.

Kungsängens vårdcentral är en av de som levererar data till statistiken. Där fick en femtedel av patienter med luftvägsinfektioner antibiotika, vilket är bland de lägsta siffrorna i det här området. Färre än sex av tio patienter med faryngotonsillit behandlades med antibiotika, vilket också placerar Kungsängens vårdcentral bra i området.

Antibiotikafrågorna har varit en angelägen fråga vid vårdcentralen under en längre tid och flera förbättringsarbeten har genomförts. Men det gäller att diskussionen i läkargruppen hålls levande hela tiden. Under 2016 fanns hyrläkare, ST-läkare och AT-läkare vid vårdcentralen och alla tillfälliga tjänster påverkar statistiken.

– Det räcker att man tappar en person i arbetet och så drar det i väg i föreskrivningen. Vi måste se

250 uthämtade antibiotikarecept per tusen invånare och år är det nationella patientsäkerhetsmålet.

Resultatet var **345** i SLL under 2016.

till att alla arbetar mot samma mål om vi ska kunna göra förändringar, säger Jeanette Blomqvist, tf verksamhetschef, Kungsängens vårdcentral.

Därför har även hyrläkare bjudits in till informationsträffar och för ST-läkare vid vårdcentralen hålls särskilda genomgångar med patientfall från verksamheten.

Inga onödiga recept

En ny rutin för rådgivning och tidsbokning har



Sheila Javadi, medicinskt ansvarig läkare, och Jeanette Blomqvist, tf verksamhetschef, informerar om antibiotika vid Kungsängens vårdcentral.

Foto Karin Nordin

förskriva antibiotika när test för streptokocker är negativt.

– Vi bör ta StrepA om det är tydliga symtom. Om provet är negativt är det väldigt effektivt att visa labbsvaret för patienten för att övertyga om att antibiotika inte är en lämplig behandling. Att bara säga att jag inte skriver ut antibiotika därför att det troligtvis är ett virus är inte alls lika tydligt, då kommer patienten kanske tillbaka två dagar senare igen, säger Sheila Javadi, medicinskt ansvarig läkare vid vårdcentralen.

Att vara restriktiv med antibiotika kräver engagemang, kunskap och tid från all personal.

– Det går ju alltid snabbare att skriva ett recept, men det är inte alltid den bästa vården, menar Sheila Javadi.

Karin Nordin



Den så kallade regnbågsbroschyren kan beställas från strama@sll.se

.....► också betytt mycket för vården av infektioner.

– Vi gör en bedömning i telefonen och tar inte hit patienter i onödan. Ett möte ökar förväntningarna på antibiotika hos patienten och risken är större att ett onödigt recept skrivs ut.

Flera sjuksköterskor som tar emot telefonsamtal och bokar besök har därför fått gå en särskild utbildning från Strama och rådgivningsstödet RGS har tagits i bruk. Redan vid det första samtalet avgör sjuksköterskan om det räcker med råd om egenvård eller om ett läkarbesök ska bokas in. Birgitta Halldin, distriktssköterska, har gått kursen och arbetar i mottagningstelefonen.

– Vi har fått argument att arbeta med som fung-

erar väldigt bra. När vi har vetenskapligt stöd för när antibiotika hjälper och inte hjälper blir vi tydligare i våra argument. Vi kan säga när det är ofarligt att avvakta och när man inte bör göra det. Vi kan också informera säkert om komplikationer av antibiotika och det minskar efterfrågan, säger hon.

En annan viktig del av denna rutin är att vid misstanke om urinvägsinfektion planeras för ett urinprov så att analysen är klar vid läkarbesöket.

Vid samhällsförvärdad pneumoni ska mer än 70 procent av behandlingen ske med penicillin V enligt Strama och det är ett mål som Kungsängens vårdcentral ännu inte nått upp till. Ett annat förbättringsområde inom hela länet är att inte



Foto Karin Nordin

Ulrika Palmqvist, sjuksköterska, Birgitta Halldin, distriktssköterska och Cia Näsgårds Hansson, sjuksköterska, svarar i mottagningstelefonen vid Kungsängens vårdcentral.

Hur ligger din vårdcentral till?

Se antibiotikaföreskrivningen för olika diagnoser i förhållande till andra vårdcentraler i området. Strama-rapporten via Rave finns på GUPS läkemedelsuppföljning. Klicka på Kvalitetsrapporter.

Små effekter av mycket dyr behandling

FOURIER-studien motiverar inte ökad användning av det mycket dyra kolesterolsänkande evolocumab (Repatha).

Paul Hjemdahl

senior professor, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar

PCSK9-hämmaren evolocumab sänker LDL-kolesterol med 50–60 procent genom att minska nedbrytningen av LDL-receptorer i levern och därmed öka upptag av LDL från blodet. Effekten erhålls både i monoterapi och som tillägg till statinbehandling¹. TLV har kraftigt inskränkt medlets subventionering på grund av det mycket höga priset 45 000 kr per patient och år samt avsaknad av robust dokumentation av effekter på hjärt-kärlsjuklighet².

Evolocumab är föremål för Nationellt ordnat införande. Läkemedlet kan användas av patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi eller av patienter som efter en hjärtinfarkt har LDL-kolesterol > 4 mmol/L trots maximal behandling med statin och ezetimib³. FOURIER-studien med evolocumab har nu presenterats⁴. Den blir underlag för TLV:s beslut om subvention från och med 2018.

FOURIER-studien inkluderade 27 564 patienter med aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom och LDL-nivåer $\geq 1,8$ mmol/L med statinbehandling. De behandlades med evolocumab eller placebo och följdes under en mediantid av 2,2 år. Primärt kombinerat utfallsmått var hjärt-kärlöd, hjärtinfarkt, stroke, hospitalisering för instabil angina eller koronar revaskularisering. Det sekundära utfallsmåttet (som borde ha varit det primära) var



Foto Anna Molander

Paul Hjemdahl

de hårda händelserna hjärt-kärlöd, hjärtinfarkt och stroke.

Patienterna i FOURIER var relativt unga (medel 62,5 år) och företrädesvis män (75 procent) med en medelvikt av 85 kg. Hypertoni eller diabetes förekom hos 80 respektive 37 procent. Drygt en fjärdedel var rökare. Inklusionsdiagnoser var hjärtinfarkt hos 81 procent (mediantid 3,4 år tidigare), icke-hemorragisk stroke hos 19 procent (mediantid 3,2 år) och/eller perifer artärsjukdom hos 13 procent. Sju av tio av patienterna hade högintensiv statinbehandling och 5 procent hade ezetimib vid inklusion.

Inte imponerande

LDL-nivåerna minskade med 59 procent från medianvärdet 2,4 mmol/L med evolocumab i FOURIER. De primära hjärt-kärlhändelserna minskade i absoluta tal med 1,5 procent efter 2,2 år (Hazard Ratio, HR = 0,85). Sekundära händelser minskade lika mycket (från 7,4 procent i placebogruppen; HR = 0,80). Kardiovaskulär eller total död påverkades inte av evolocumab jämfört med placebo (HR = 1,05 respektive 1,04). Det fanns icke-signifikanta trender mot bättre effekter hos patienter som inte hade högintensiv statinbehandling, de som inte hade ezetimib-behandling och de som haft stroke eller perifer artärsjukdom (HR = 0,67–0,70 jämfört med 0,88 för hjärtinfarktpatienterna). Diabetiker är ännu inte särrapporterade. Av intresse är att patienter vid europeiska centra (63 procent av alla) uppvisade en HR av endast 0,91 (C.I. 0,83–1,00) för evolocumab jämfört med placebo-behandling. Den enda biverkan som ökade i den aktivt behandlade gruppen var reaktioner vid injektionsstället (2,1 vs. 1,6 procent).

FOURIER har således positiva resultat avseende reduktion av hjärt-kärlhändelser hos relativt unga patienter med tämligen stabil aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Men resultaten är inte impone-

rande med absoluta riskreduktioner kring 0,7 procent per år (NNT 143) totalt sett och 0,4 procent per år i Europa (NNT 250) i analyser av primära utfall efter 3 års behandling (se Appendix). Ingen subgrupp med uttalad riskreduktion med evolocumab-behandling presenteras. Kostnaden för att förhindra en allvarlig händelse blir med det aktuella listpriset i storleksordningen 7 miljoner kronor eller mer. Detta är en helt orimlig kostnad för kardiovaskulär prevention även om de relativa effekterna ökar något efter det första året (liksom med annan lipidsänkande behandling).

Andra läkemedel i gruppen

Systerläkemedlet alirocumab (Praluent) har snarlika effekter på blodlipider och samma pris och kraftigt begränsade subvention som Repatha. En liknande studie med Praluent, ODYSSEY OUTCOMES, förväntas presenteras senare under året.

Den tredje PCSK9-hämmaren, bococizumab, var en icke-humaniserad antikropp vars lipidsänkande effekt avtog över tid på grund av antikropps bildning mot läkemedlet⁵. Bococizumabs outcome-studier med 27 438 patienter avbröts i förtid⁶ och Pfizer har lagt ned fortsatt utveckling av läkemedlet.

Referenser

- Hjemdahl P. Ny kolesterolsänkare med snäv förmånsbegränsning. Evidens 2016:4.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket: Repatha ingår i högkostnadsskyddet med begränsning till och med 31 december 2017. Nyhet 2016.06.21
- NT-rådets rekommendation: www.janusinfo.se/evolocumab
- Sabatine SS, Giugliano RP, Keech AC, et al. for the FOURIER Steering Committee and Investigators. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. N Engl J Med 2017; e-pub. 17 mars; DOI: 10.1056/NEJMoa1615664
- Ridker PM, Tardif K-C, Amarenco P, et al. for the SPIRE Investigators. Lipid-reduction variability and anti-drug antibody formation with bococizumab. N Engl J Med 2017; e-pub. 17 mars; DOI: 10.1056/NEJMoa1614062
- Ridker PM, Revkin J, Amarenco P, et al. for the SPIRE Cardiovascular Outcome Investigators. Cardiovascular efficacy and safety of bococizumab in high-risk patients. N Engl J Med 2017; e-pub. 17 mars; DOI: 10.1056/NEJMoa1701488



4
frågor till
Tomas
Forslund

Tomas Forslund

Kraftigt ökad användning av antikoagulantia

Åtta av tio patienter med förmaksflimmer och hög risk för stroke fick antikoagulantia under 2016. Det är en stor ökning från 54 procent 2011. Tomas Forslund, distriktsläkare, medicinsk rådgivare vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och ledamot i expertrådet för hjärtkärlsjukdomar, du har precis disputerat på en avhandling om introduktionen av NOAK i Stockholm. Vilka slutsatser innehåller den?

Avhandlingen

Tomas Forslund disputerade vid institutionen för medicin, Karolinska Institutet, Solna.

Avhandlingen heter
Antithrombotic treatment of atrial fibrillation before and after the introduction of non-vitamin k antagonist oral anticoagulants (NOAC) in the Stockholm health care region

Den kan laddas ned på <https://kib.ki.se/>

– Innan introduktionen av NOAK hade vi en stor underbehandling med warfarin och en överbehandling med ASA vid förmaksflimmer. Under några år har vi fått en stor ökning av antalet patienter med förmaksflimmer i våra databaser och en kraftig ökning av andelen som får warfarin eller NOAK istället för ASA. Framför allt är det gamla och sköra patienter med hög risk för både stroke och blödning som nu i större utsträckning får antikoagulantia och därmed minskad risk för stroke. Men dessa patienter är inte alltid så enkla och okomplicerade att behandla.

Vad betyder det för strokevården?

– Risken för stroke halveras med antikoagulantia-behandling jämfört med ASA så det borde påverka förekomsten av stroke i Stockholm. Vi har inte tittat på det än, men det är något vi vill följa upp. Det vi har sett är att 80 procent av patienterna fortsätter hämta ut antikoagulantia efter två år, vilket tyder på att behandlingen fungerar bra.

Hur kommer det sig att det gått så snabbt att öka användningen?

– Introduktionen av de nya läkemedlen har satt

Aktuella rekommendationer

Uppdaterad information, rekommendationer och råd kring antikoagulantia från Stockholms läns läkemedelskommitté och flera expertråd finns på: www.janusinfo.se/antikoagulantia

fokus på all behandling av förmaksflimmer. Vi har fortfarande många patienter med warfarin men sannolikt blir NOAK den vanligaste behandlingen vid förmaksflimmer under 2017. Våra studier visar att det är en önskvärd utveckling. Inom Stockholms läns landsting har vi haft ett strukturerat införande som har betytt mycket. Redan 2010 bildades en tvärdisciplinär grupp med allt från internmedicinare till farmakologer och koagulationsexpertis. Vi har värderat de randomiserade studierna och följt upp med egen observationell forskning och statistik, där min avhandling är en del av detta arbete. Dessutom har vi haft ett omfattande utbildningsarbete där vi tagit fram informationsmaterial och hållit ett stort antal föreläsningar. Den obundna informationen betyder mycket när man ska börja använda nya läkemedel. Kloka Listan har också fått stort genomslag i valet av antikoagulantia.

Stockholms läns läkemedelskommitté och SLL har finansierat din avhandling. Vad är nästa steg?

– Vi fortsätter att följa upp användningen, till exempel med praktiska aspekter kring antikoagulantia och kirurgi, blödningar och akuta komplikationer.

Karin Nordin



Klokt råd:

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

Antikoagulantia och blödningar

NOAK eller ADP-receptorhämmare (klopidogrel, prasugrel och i synnerhet ticagrelor) kan ge mer svårbehandlade blödningar än de som kan förekomma i samband med traditionella medel som warfarin, lågmolekylärt heparin och acetylsalicylsyra.



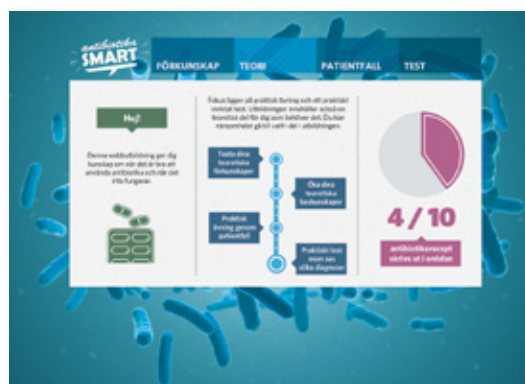
Läs mer i den uppdaterade lathunden på www.janusinfo.se/informationsmaterial

Tveksam effekt av testosteron till äldre

Försäljningen av testosteron till män med låga testosteronvärden har i vissa länder ökat 40-faldigt under en 10-årsperiod. Effekten av testosteronsubstitution har till dags dato varit moderat både på sexuell funktion, vitalitet, fysisk förmåga samt kognitiv funktion på äldre män. Den sista delstudien i det av National institutes of health finansierade projektet Testosterone trials visar tydligt att förskrivning av testosteronsubstitution bör ske enligt stringenta riktlinjer. Inget tyder på att patienter med primär eller sekundär hypogonadism inte ska erbjudas substitutionsbehandling. Men försiktighet bör iaktas vid mixad hypogonadism som vid metabolt syndrom och åldersrelaterade låga testosteronvärden samt till män med misstanke om underliggande kardiovaskulär sjukdom.

Experterna kommenterar på www.janusinfo.se/Expertradsutlatanden

Antibiotikasmart för fler läkare



Webbutbildningen Antibiotikasmart har tidigare haft primärvårdsfokus, men nu finns en ny version med patientfall även för slutenvårdsläkare.

www.antibiotikasmart.se

Mät trycket hemma



Foto iStock

Det finns idag gott stöd för att ambulatorisk blodtrycksmätning över 24 timmar ger bättre information om diagnos och prognos än blodtrycksmätning på mottagningen. Även standardiserad blodtrycksmätning i hemmet ger värdefull tilläggsinformation för diagnostik, riskbedömning och monitorering av behandling utöver mätningar på mottagningen. Det ökar också många patienters delaktighet i behandlingen. Därför bör hembloodtrycksmätning och ambulatorisk blodtrycksmätning nyttjas oftare i sjukvården.

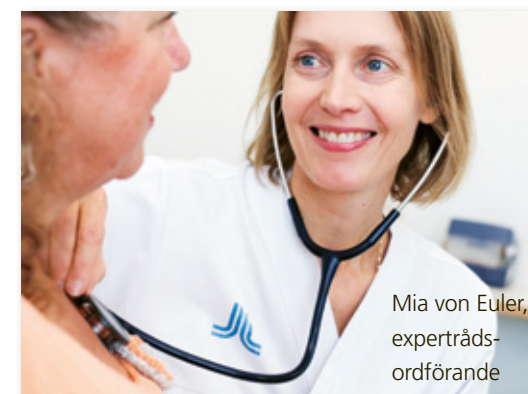
Experterna kommenterar på www.janusinfo.se/Expertradsutlatanden

Ju snabbare desto bättre vid stroke

Vid misstanke om stroke eller transitorisk ischemisk attack, TIA, ska undersökning och utredning ske akut på sjukhus. Ju snabbare behandlingen sätts in, desto bättre prognos.

Kan trombolys startas inom 90 minuter är number needed to treat, NNT, 4 för att bli funktionellt återställd. Startas trombolysen inom 3 timmar är NNT 9 och trombolys som startas i det senare tidsintervallet 3–4,5 timmar har ett NNT runt 14. Det är därför mycket viktigt att trombolysbehandling, om det är aktuellt, inte fördröjs.

År 2013 drabbades cirka 25 000 personer i Sverige av en stroke och cirka 10 000 av en TIA. Av de som får stroke avlider knappt 20 procent inom tre månader. Detta gör stroke till den tredje vanligaste dödsorsaken



Mia von Euler, expertradsordförande

Foto Mårta Thisner

och den vanligaste orsaken till förvärvade bestående handikapp hos vuxna.

Rekommendationer för hela läkemedelsbehandlingen, från primärprevention till akutbehandling och sekundärprevention, finns i ett uppdaterat expertrådsdokument.

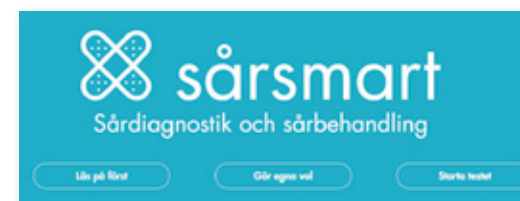
www.janusinfo.se/Expertradsutlatanden



Klokt råd:

Sätt in statiner efter TIA eller ischemisk stroke för att förebygga kardiovaskulär sjukdom.

Förbättra din sårbehandling



Sårsmart.se är en webbutbildning med fokus på sår diagnostik. Utbildningen är avsedd för sjukvårdspersonal och täcker sju typer av svårårläkt sår med teorifördjupning, fallbeskrivning, diagnos och behandlingsval. Du kan själv välja vilka sårtyper du vill öva på och hur många fall du vill gå igenom. Gör utbildningen här: www.sarsmart.se

Paracetamol i depå ger äldre för hög dos

Undvik rutinmässig maxdos (2x3) av paracetamol med modifierad frisättning till äldre. Äldre exponeras sannolikt för högre plasmanivåer av paracetamol än yngre vuxna vid samma dos.

Till äldre är en dygnsdos paracetamol om 3 gram eller lägre lämpligt. Med användning av depåberedning riskerar äldre att få högre dos. Doseringen bör utvärderas kontinuerligt och dosen sänkas när det akuta smärttillståndet så tillåter.

Experterna kommenterar på www.janusinfo.se/Expertradsutlatanden

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Vill du ha papperstidningen?

Mejla lakemedelskommitten@sll.se

Adresskälla: Stockholms läns landsting

Fortbildning – ett axplock



Tareq Alsaody
medverkar

ONSDAG
26
APR

Läkemedelsinteraktioner psykiatri

26 april 18:00–19:30
SVEA Konferens & matsal
Holländargatan 10
Målgrupp: Läkare

TISDAG
9
MAJ

Antikoagulations- behandling

En fallbaserad fortbildning
9 maj 14:00–17:00
Karolinska universitets-
sjukhuset, Solna
Lokal: Leksell
Målgrupp: Läkare



**Eva-Lotta
Hempel**
föreläser

ONSDAG
17
MAJ

Hjärtkärlsjukdomar

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

ONSDAG
17
MAJ

Munhälsa

17 maj 14:00–16:00
Danderyds sjukhus
Målgrupp: Sjuksköterskor

ONSDAG
17
MAJ

Hudsjukdomar hos äldre

17 maj 13:15–16:30
Sabbatsbergs sjukhus,
Stockholmgeriatriken
Målgrupp: ST-läkare och
specialister i geriatrik



Harry Beitner
föreläser

TORS DAG
1
JUN

Uretrit och prostatit

1 juni 18:00–20:00
Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

ONSDAG
20
SEP

Våra vanligaste ögonsjukdomar

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

Stockholms läns läkemedelskommitté finns på Facebook

Gilla eller följ oss och få uppdaterad läkemedels-
information direkt i ditt nyhetsflöde!



Se www.janusinfo.se/fortbildning för mer information om kommande utbildningsaktiviteter och föranmälan.