

evidens



tema Kloka listan

Mats Ek, överläkare och ordförande
i expertgruppen för psykisk hälsa:

***”Nästan en tiondel av
befolkningen hämtar sömn-
läkemedel under ett år.”***

Nya behandlings-
råd vid astma
Begränsa opioider
vid akut smärta
Översikt förenklar
diabetesvård

evidens #1.20
MEDICIN & LÄKEMEDEL

tema
Kloka listan

Förändringar i
Kloka listan 2020

6



Sömnläkemedel
försvinner från
listan. KBT effektivt
mot sömnproblem

7-13

Använd opioider
bara när de behövs

14

Använd alltid inhalations-
steroid vid astma

16



Ny översikt
förenklar
diabetesvård

19

Enkel blodtrycksmätning
avslöjar farlig
benartärsjukdom

23



Förskriv
omeprazol
på rätt indikation

25

Migränprofylax
kan förbättra
livskvaliteten



26



Välj zoledronsyra
i första hand vid
osteoporos

28

Enklare välja
vaccination
till friska vuxna



29



Viktigt hitta
de sköra
patienterna

30

Patienter bör få
stöd till rök- och
alkoholfri operation



32



Varför skjuter
vi upp det vi
borde göra?

33

Röster från
Kloka listan forum

34

Ansvaret utgivare: Gerd Lärvars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté
Redaktion: Anna Bratt, chefredaktör · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare
Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog
Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: Magnus Edlund. E-post: lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se/evidens
Omslagsbild: Mats Ek. Foto Kari Kohvakka. Bilder sid 2: Kari Kohvakka och Getty Images.
Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, februari 2020
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.

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



Välkomna till ett nytt spännande läkemedelsår

SOM ORDFÖRANDE FÖR Region Stockholms läkemedelskommitté är det alltid lika roligt att få vara med när en ny Kloka listan presenteras. Årets Kloka listan forum var välbesökt och programmet fullt med nyheter med fokus utifrån våra Kloka råd 2020. Lokalen var fantastisk, Aula Medica andas vetenskap och evidens, och ger bra förutsättningar – både för föreläsare och deltagare.

ÅRETS KLOKA LISTA innehåller många förändringar som vi presenterar i detta nummer av Evidens. På vårt forum lyfte vi speciellt fram våra tio Kloka råd, som vi kommer att ha lite extra fokus på i år. De Kloka råden är enkla råd som tar upp väldigt viktiga läkemedelsmål. Råden lyfter fram områden som behöver förbättras. Om vi lyckas leder de till stora hälsovinster och kostnads-effektivare läkemedelsanvändning.

ETT VIKTIGT MÅL för läkemedelskommittén och våra expertgrupper är att minska användningen av beroendeframkallande läkemedel som läkemedel vid smärta, ångest och oro samt mot sömnsvårigheter. Här ser vi en ökad användning som är oroande och som vi arbeta aktivt med för att minska. För att förändra förskrivningsmönstret av dessa läkemedel krävs ofta flera åtgärder från olika vårdprofessioner. Där hoppas vi att läkemedelskommittén kan bidra med stöd till både vårdpersonal och patienter.

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ har i sin nya instruktion fått ett nytt uppdrag som gäller värdering av patientnära medicinteknik. Det



FOTO ANNA MOLANDER

är ett utmanande uppdrag där förutsättningarna för att kunna värdera nytta och kostnadseffektivitet skiljer sig från det vi är vana med från läkemedelsområdet. Det blir ett spännande första år med att hitta arbetsformer och fokusområden. Vi kommer fortlöpande att informera om detta på vår webbsida www.janusinfo.se och i Evidens. En annan spännande förändring är läkemedelskommitténs utökade samverkan med patientföreträdare vilket innebär att från och med i år är patientföreträdare adjungerade vid våra möten. Målsättningen är att vi sedan tillsammans med våra patientföreträdare ska kunna ta fram nya principer för större patientdelaktighet i vårt läkemedelsarbete.

TILL SIST SÅ vill jag hälsa vår nya chefredaktör Anna Bratt välkommen. Anna har en lång bakgrund som journalist och har arbetat som medicinreporter på DN:s vetenskapsredaktion under många år. Anna har också varit kommunikator och chefredaktör för tidningen Funktion i fokus. Vi ser alla fram emot att ta del av Annas och redaktionens fortsatta utvecklingsarbete med Evidens!

Välkommen till första numret av Evidens 2020!

Gerd Lärvars, docent, överläkare, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté

Listan du inte kan vara utan

KLOKA
LISTAN
FORUM
2020

I år besökte rekordmånga deltagare Kloka listan forum. 465 personer kom till Aula Medica för att ta del av de nya rekommendationerna på Kloka listan 2020. På listan finns omkring 300 läkemedels-substanser som valts ut för att de är säkra, effektiva och har ett bra pris.

Evidens
rapporterar

Susanne Elfving, Gerd Lärfars och Marie-Louise Ovesjö är ansvariga för årets Kloka listan.



2020 Förändringar i Kloka listan

Nyttillkomna preparat

Terapiområde

Preparat

KOL	glykopyrron + formoterol + beklometason (Trimbow)
Antikonception	levonorgestrel (Levosert)
Riklig menstruation	levonorgestrel (Levosert)
Diabetes typ 2	linagliptin (Trajenta)
Sömnstörningar hos äldre	melatonin depottablett (Circadin, Mecastrin)
Förstoppning hos vuxna	prukaloprid (Resolor)
Diabetes typ 2	semaglutid (Ozempic)
KOL	tiotropium + olodaterol (Spiolto Respimat)

Preparat som utgått

Terapiområde

Preparat

Smärta	kodein + paracetamol (Citodon, Panocod mfl)
Sömnstörningar	propiomazin (Propavan)
KOL	salmeterol + flutikason (Seretide Evohaler)

Övriga viktiga ändringar

Zopiklon mot sömnstörningar utgår i avsnittet Psykiatri men kvarstår i avsnittet Äldre och läkemedel. Ondansetron mot illamående vid migrän hos vuxna flyttas från specialiserad vård till basrekommendation.

För förändrade preparatrekommendationer för specialiserad vård, se Kloka listan 2020.

Sömnläkemedel försvinner från listan

Begränsad effekt och risk för biverkningar gör att sömnmedel som zopiklon och propiomazin utgår från psykiatriavsnittet i Kloka listan. Kognitiv beteendeterapi ska testas före läkemedel.

– I Stockholm är det nästan en tiondel av befolkningen som hämtar ut något sömnläkemedel under ett år. Fyra av tio hämtar ut sömnläkemedel som räcker längre än ett halvår. Användningen ökar med stigande ålder, säger Mats Ek, överläkare vid Psykosmottagningen Gubbängen och ordförande i expertgruppen för psykisk hälsa.

För att välja rätt behandling måste orsaken till sömnproblemen utredas noga. Sömnhygieniska insatser, sömnrestriktion och kognitiv beteendeterapi ska testas före läkemedel. Icke-farmakologisk behandling är lika effektivt som läkemedel på kort sikt och mer effektivt än läkemedel på lång sikt. Vid behov av läkemedel är det korttidsbehandling som gäller.

Sömnstörningar vid utsättning

Bensodiazepinliknande läkemedel, som zopiklon och zolpidem, är inte ofarliga och kan ge biverkningar som dagtrötthet, fallrisk och nedsatt kognition. Dessutom finns en missbrukspotential och toleransutveckling kan efter långvarig användning göra insomningseffekten sämre, medan negativa effekter kvarstår. Rebound-fenomen kan leda till sömnstörning vid utsättning. Det vetenskapliga stödet för en kliniskt betydelsefull nytta av farmakologisk sömnbehandling är svagt och placeboeffekten är betydande.

Zopiklon och propiomazin (Propavan) utgår därför från psykiatriens avsnitt om sömnstörningar

i Kloka listan. Melatonin finns kvar om det finns behov av läkemedel.

Melatonin är ett bättre val

Melatonin har en bättre biverkningsprofil än zopiklon, ger inte någon negativ kognitiv påverkan och tycks sakna missbrukspotential. Dagtrötthet kan dock förekomma. Till äldre rekommenderas



Mats Ek



Pauline Raaschou

” För äldre över 75 år är det cirka 30 procent som hämtat ut sömnläkemedel. ”

.....> melatonin i depotform i första hand och zopiklon som andrahandsval.

– För äldre över 75 år är det cirka 30 procent som hämtat ut sömnläkemedel. Till äldre rekommenderas melatonin i depotform eftersom det är godkänt för kortvarig behandling vid insomni hos patienter som är 55 år och äldre. Depotformerna är också bättre studerad hos äldre, säger Pauline Raaschou, överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertgruppen för äldres hälsa.

Melatonin i depotform, Circadin eller Mecastrin, ingår inte i högkostnadsskyddet och priset är cirka 6–9 kronor per tablett, beroende på tillverkare och val av apotek. När ett läkemedel inte ingår i högkostnadsskyddet är det fri prissättning och prisjämförelser finns via www.medicinpriser.se.

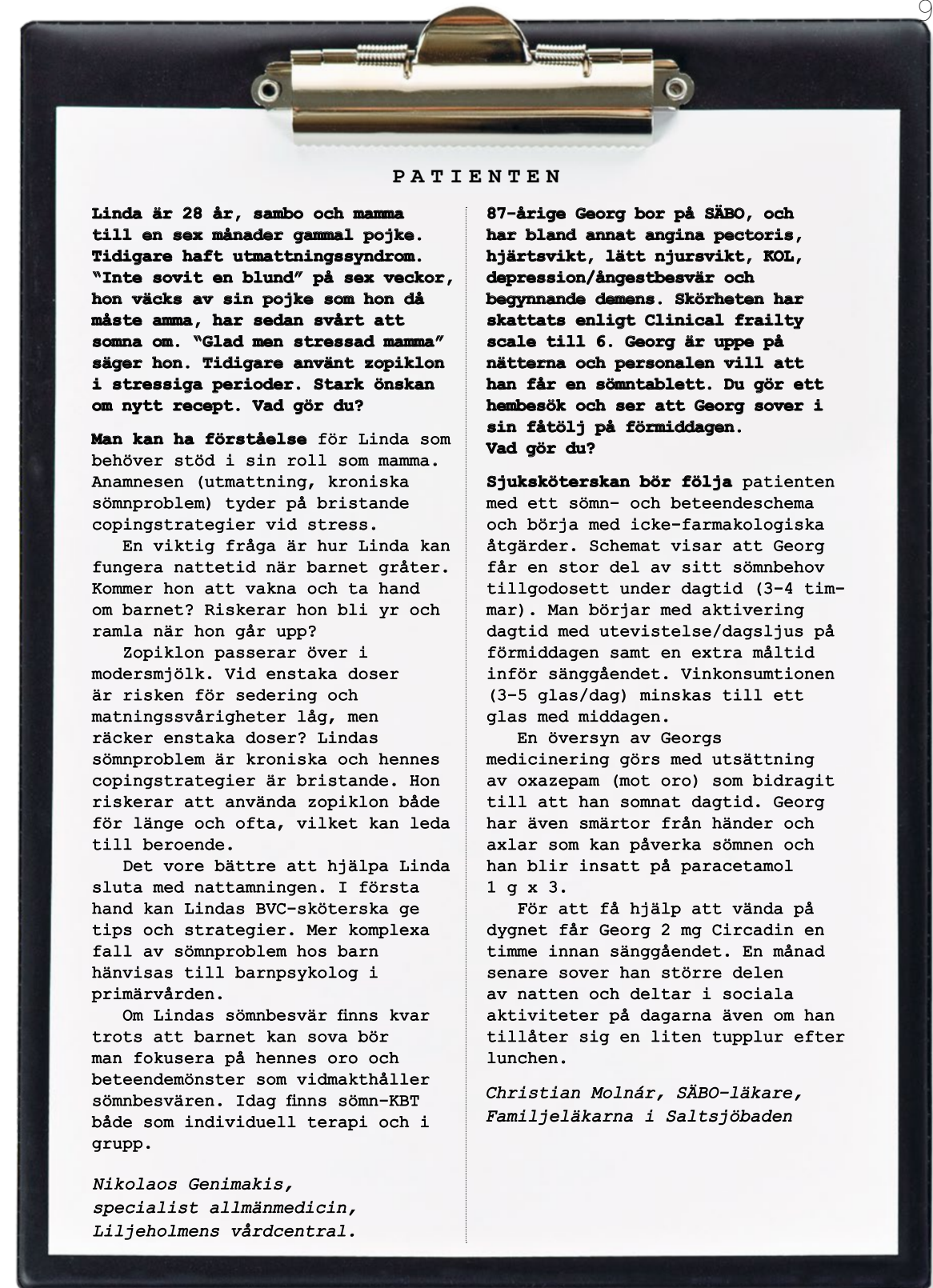
Elin Jerremalm

Läs om KBT vid sömnproblem på sidorna 10–13.



Klokt råd:

Utred bakomliggande orsak. Välj sömnrestriktion, sömnhygieniska insatser och KBT före läkemedel.



PATIENTEN

Linda är 28 år, sambo och mamma till en sex månader gammal pojke. Tidigare haft utmattningssyndrom. "Inte sovit en blund" på sex veckor, hon väcks av sin pojke som hon då måste amma, har sedan svårt att somna om. "Glad men stressad mamma" säger hon. Tidigare använt zopiklon i stressiga perioder. Stark önskan om nytt recept. Vad gör du?

Man kan ha förståelse för Linda som behöver stöd i sin roll som mamma. Anamnesen (utmattning, kroniska sömnproblem) tyder på bristande copingstrategier vid stress.

En viktig fråga är hur Linda kan fungera nattetid när barnet gråter. Kommer hon att vakna och ta hand om barnet? Riskerar hon bli yr och ramla när hon går upp?

Zopiklon passerar över i modersmjölk. Vid enstaka doser är risken för sedering och matningssvårigheter låg, men räcker enstaka doser? Lindas sömnproblem är kroniska och hennes copingstrategier är bristande. Hon riskerar att använda zopiklon både för länge och ofta, vilket kan leda till beroende.

Det vore bättre att hjälpa Linda sluta med nattamningen. I första hand kan Lindas BVC-sköterska ge tips och strategier. Mer komplexa fall av sömnproblem hos barn hänvisas till barnpsykiolog i primärvården.

Om Lindas sömnbesvär finns kvar trots att barnet kan sova bör man fokusera på hennes oro och beteendemönster som vidmakthåller sömnbesvaren. Idag finns sömn-KBT både som individuell terapi och i grupp.

Nikolaos Genimakis,
specialist allmänmedicin,
Liljeholmens vårdcentral.

87-åriga Georg bor på SÄBO, och har bland annat angina pectoris, hjärtsvikt, lätt njursvikt, KOL, depression/ångestbesvär och begynnande demens. Skörheten har skattats enligt Clinical frailty scale till 6. Georg är uppe på nätterna och personalen vill att han får en sömntablett. Du gör ett hembesök och ser att Georg sover i sin fåtölj på förmiddagen. Vad gör du?

Sjuksköterskan bör följa patienten med ett sömn- och beteendeschema och börja med icke-farmakologiska åtgärder. Schemat visar att Georg får en stor del av sitt sömnbehov tillgodosett under dagtid (3–4 timmar). Man börjar med aktivering dagtid med utevistelse/dagsljus på förmiddagen samt en extra måltid inför sänggåendet. Vinkonsumtionen (3–5 glas/dag) minskas till ett glas med middagen.

En översyn av Georgs medicinering görs med utsättning av oxazepam (mot oro) som bidragit till att han somnat dagtid. Georg har även smärtor från händer och axlar som kan påverka sömnen och han blir insatt på paracetamol 1 g x 3.

För att få hjälp att vända på dygnet får Georg 2 mg Circadin en timme innan sänggåendet. En månad senare sover han större delen av natten och deltar i sociala aktiviteter på dagarna även om han tillåter sig en liten tupplur efter lunchen.

Christian Molnár, SÄBO-läkare,
Familjeläkarna i Saltsjöbaden

Beteendeterapi effektivt mot sömnsvårigheter

Christina Sandlund

Distriktsköterska, medicine doktor, Akademiskt primärvårdscentrum

Insomni karaktäriseras av upplevelsen av att varken sova tillräckligt bra eller länge för att känna sig utsövd och fungera väl under dagen. Sömnstörningen behandlas främst med kognitiv beteendeterapi där basen utgörs av psykoedukation, sömnrestriktion och stimuluskontroll.

Sömnbesvär i samband med en akut, omvälvande livshändelse är en normal respons på plötslig förändring och på stress och oro. Vissa av oss är mer sårbara än andra för att just sömnen som blir lidande när något händer. Oftast återgår sömnen till det normala när den utlösande händelsen är borta eller har minskat i betydelse. Vid insomni tenderar sömnbesvärerna att kvarstå och bli mer eller mindre kroniska.



Christina Sandlund

Utvecklingen från tillfälliga, akuta sömnbesvär till insomni kan liknas vid en ond cirkel där oro, säkerhetsbeteenden samt förhöjd mental och fysisk aktivitet hjälper till att vidmakthålla sömnbesvär och dagsymtom.

Exempel på säkerhetsbeteenden är att försöka ta igen sömn genom att tillbringa många timmar i sängen, lägga sig tidigt, sova ut vid ledighet, sova en stund på dagen, och "försöka" sova. Andra exempel innefattar att minska sina förväntningar på dagen, bara göra det man måste, dra ner på sociala och fysis-

ka aktiviteter, dricka kaffe eller energidrycker för att motverka trötthet och använda alkohol eller sömnmedel för att kunna somna. När dessa beteenden inte fungerar för att sova och må bättre ökar oron och därmed även mental och fysisk aktivitet.

Det finns dessutom många myter och föreställningar om sömn, till exempel hur sömnen borde vara för att vara bra och hur vi tar igen sömnbrist. När vi inte lyckas leva upp till dessa myter och föreställningar så kan det spå på oron med ytterligare förhöjd aktivitetsnivå som följd.

Basen är anamnes

Diagnosen baseras på anamnesen och patientens egen upplevelse av sina symtom samt en basal medicinsk undersökning. För diagnoskriterier, se Tabell 1. Anamnesen utgör dock basen i utredningen och inkluderar en noggrann kartläggning av sömnvanor. Att låta patienten registrera sömndagbok under en till två veckor kan här vara ett hjälpmedel. Anamnesen innefattar också psykosocial situation, beteendemönster dag- och kvällstid, sovmiljö och användning av till exempel alkohol, nikotin, droger, koffein och läkemedel.

Notera att sömn- och dagbesvär är ett gemensamt symtom för alla typer av sömnstörningar.

Personer med insomni beskriver sig ofta som trötta och energilösa, ej sömniga. Uttalad dagsömnighet föranleder misstanke om annan sömnstörning, till exempel sömnapné. När det gäller bedömning om symtomen kan förklaras av annan sjuklighet så är det många gånger samsjuklighet det handlar om. Patienten kanske har både en insomni och en depression/kronisk smärta där båda tillstånden behöver behandlas. Samsjuklighet mellan insomni och andra sömnstörningar förekommer också.

Bli medveten om beteenden

Indikationen för sömnmedel är kortvariga, akuta sömnbesvär. Insomni är dock av mer kronisk karaktär och behandlas i första hand med kognitiv beteendeterapi, KBT. KBT är en multi-komponent-behandling och det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att sömnrestriktion och stimuluskontroll, som är basen i insomni-KBT, är effektiva, både tillsammans och var och en för sig. Dessa metoder syftar till att tvinga kroppen in i en fungerande sömnrhythm och att återta sängen som en plats för sömn.

För att genomföra en förändring behöver patienten bli medveten om sina egna beteenden, kunskap om bakgrunden till råd och tekniker och känna att "detta angår mig". Tekniken bör därför introduceras tillsammans med information om insomni och vidmakthållande faktorer samt basal information om sömn och sömnreglering. Patienten bör också erbjudas någon form av strukturerat stöd med uppföljningar varje till varannan vecka, i alla fall inledningsvis.

Kroppen säkerställer behovet

Basal information om sömn och sömnreglering innefattar i korthet att förmedla information om sömn och faktorer som påverkar hur vi sover. Sömnmönster varierar under natten och under livet och sömnbehovet är individuellt. De allra flesta vuxna behöver mellan sex och åtta timmars sömn snarare än åtta timmar, som är den allmänna föreställningen. Vi minns vakenhet men

TABELL 1

Diagnoskriterier för insomni enligt DSM-5

Sömnbesvär trots att förutsättningar för sömn finns

- Svårigheter att somna in på kvällen.
- Svårigheter att bibehålla sömnen under natten och för tidiga morgonuppvaknanden.
- Sömnbesvärerna förekommer minst tre nätter/vecka och har pågått minst tre månader (minst en månad enligt ICD-10).

Dagsymtom och nedsatt dagfunktion

- Dagsymtom som patienten relaterar till sömnbesvär, exempelvis trötthet, energilöshet, känslomässig obalans, koncentrationssvårigheter.
- Funktionsnedsättning i samband med arbete, studier eller socialt.
- Sömnbesvärerna kan inte förklaras bättre av fysisk eller psykisk sjukdom, annan sömnstörning, läkemedel eller annan substans (till exempel alkohol och droger).

inte sömn och tenderar därför att underskatta tiden vi sovit. Kroppen ser till att säkerställa behovet av djupsömn genom att prioritera djupsömn i början av sömnperioden. Uppvaknanden under natten är normalt och kroppen har en egen förmåga att kompensera för sömnbrist genom att sova mer effektivt. Syftet är delvis att patienten ska känna en tillit till kroppens egen förmåga att tillfredsställa basala behov.

Patienten får information om de faktorer som reglerar sömn och vakenhet utifrån två-processmodellen för sömnreglering. Tonvikten läggs på hur faktorer relaterade till vår biologiska dygnsrytm styr drivkraften för sömn och vakenhet samt andra fysiologiska funktioner, hur dygnsrytmen kan stärkas, vikten att sova i fas med dygnsrytmen, att längden på den vakenhet som föregår sömnen



En del är mer sårbara än andra för att sömnen blir lidande när något händer i livet.

.....> påverkar hur vi sover, betydelsen av regelbunden uppstigningstid samt hur dagsovande kan påverka nattsömnen.

Tiden i sängen förlängs

Sömnrestriktion (Tabell 2) innebär att patienten utgår från den tid hen brukar sova och bara tillbringar den tiden i sängen. Sover patienten sex timmar per natt i snitt så tillbringar hen bara sex timmar i sängen per natt första veckan (dock ej mindre än fem timmar i sängen, oavsett om man brukar sova mindre). Sedan förlängs tiden i sängen successivt tills sömnen är av tillräcklig kvalitet och kvantitet för att patienten ska känna sig utvilad och återhämtad på dagen. Fokus är dock på kvalitet och inte kvantitet. Sömnrestriktion är kontraindicerat för personer med bipolär sjukdom. För övrigt är det "farligare" att ständigt sova dåligt år efter år än att sova lite under en kortare period – kortsiktigt obehag för långsiktig förbättring. Efter en längre tid av sömnlöshet blir sängen

gärna en plats som är associerad med sömnlöshet, aktiviteter och grubbel istället för en plats för avslappning, dåsighet och vila. Stimuluskontroll (Tabell 3) syftar till att bryta associationen mellan säng och sovrum och beteenden förenade med vakenhet, till exempel läsa, titta på teve eller mobilen, vrida och vända sig, fundera, "försöka" sova etcetera. Om det inte går att sova ska patienten gå upp och göra något annat, utanför sovrummet.

Smart trappa ned sömnmedel

Har patienten som mål att sluta med sömnmedel eller minska sin dos är det smart att börja med nedtrappning i samband med sömnrestriktion. Det ökade sömntrycket som bildas förväntas underlätta insomnandet och ge en mer sammanhängande sömn. Patienten kommer att kunna sova även med en lägre dos sömnmedel, vilket kan öka tilltron till den egna sömnförmågan. Förslagsvis sker nedtrappning med en kvarts tablett varje vecka, eller vad patienten känner sig bekväm med.

TABELL 2

Bryt mönstret med sömnrestriktion

Sömnrestriktion bryter mönster av sömnlöshet och hjälper kroppen att hitta tillbaka till en fungerande sömnrhythm.

- Registrera sömndagbok i minst en vecka innan (och under) behandlingen.
- Räkna ut hur många timmar du sover per natt i snitt.
- Begränsa tiden i sängen till din faktiska sovtid. Fem timmar per natt i sängen är minimum. Undvik sömn på dagen.
- Bestäm en ungefärlig tid för sänggående och uppstigningstid som du alltid håller.
- Håll tiderna i en vecka och beräkna din sömneffektivitet, det vill säga tiden du sovit dividerat med tiden du legat i sängen multiplicerat med 100 (tiderna omvandlas till timmar och hundradelar i stället för timmar och minuter). Om du i snitt sover 6,5 timmar per natt och ligger i sängen i snitt 9 timmar så är sömneffektiviteten $6,5 / 9 \times 100 = 72$, du sover alltså 72 procent av den tid du ligger i sängen.
- Är din sömneffektivitet 80–85 procent kan du lägga dig 15 minuter tidigare kommande vecka. Är den under 80 procent så lägg dig 15 minuter senare, alternativt fortsatt med samma tider.
- Fortsätt så här tills du känner att du har en sömn som får dig att känna dig utvilad.

Det viktiga är att följa ett förutbestämt schema. Det ges då inget utrymme för att låta känslor styra om man ska ta eller inte ta, ta mer eller mindre. Förbered patienten på att hen kan sova sämre

Referenser:

Referenser, diagnoskriterier och en längre version av artikeln finns på Janusinfo.se.

TABELL 3

Kontroll av stimulus hjälper kroppen

Stimuluskontroll är ett sätt att återta sängen som en plats för sömn. Metoden tydliggör för kroppen vad som är vakenhet och vad som är sömn.

- Gå till sängs bara om du är sömning.
- Gå upp ur sängen om du inte kan somna eller somna om efter 15–20 minuter (titta ej på klockan), eller tidigare om du börjar oroa dig.
- Bestäm en uppstigningstid som du håller varje dag.
- Använd inte sovrummet för annat än sömn och sex. Vill du läsa eller grubbla på något, gör det utanför sängen.
- Undvik tupplurar under dagen.

inledningsvis, kanske på grund av oro för att hen nu ska sova med en lägre dos.

Allmänna råd, så kallade sömnhygienråd, kan vara av värde för enskilda individer. Det finns dock ingen evidens för att dessa råd är särskilt effektiva för att behandla insomni, även om de rent teoretiskt torde vara det. Generellt sätt kan man säga att sömnen är ett svar på föregående vakenhet, det vill säga hur länge man varit vaken, hur man mått under dagen och grad av fysisk aktivitet och mental stimulans under dagen.

Några förslag på allmänna råd är att stärka dygnsrytmen genom att få ljus under förmiddagen, var aktiv under dagen, fortsatt göra sådant du tycker är roligt och mår bra av – oavsett hur du sovit, och att undvika sömnstörare som koffein, nikotin och alkohol.

Använd opioider bara när de behövs

Opioider ska bara användas när de verkligen behövs. Vid akut smärta räcker vanligen behandling med opioder i 3–5 dagar.

FOTO KARI KOHVAKKA



Carl-Olav Stiller

En viktig väg att begränsa användningen av opioider är att använda dem först när de verkligen behövs. I de flesta fall är det när paracetamol i kombination med COX-hämmare (NSAID) inte har tillräcklig effekt. Opioider förskrivs ofta vid akut postoperativ smärta och vid andra akuta smärttillstånd på akuten eller i primärvården.

– Tyvärr blir förskrivningen mera omfattande än nödvändigt. Risken för fortsatt långvarig an-

” Målet med behandlingen ska vara akut lindring av smärtan och förbättrad funktion.

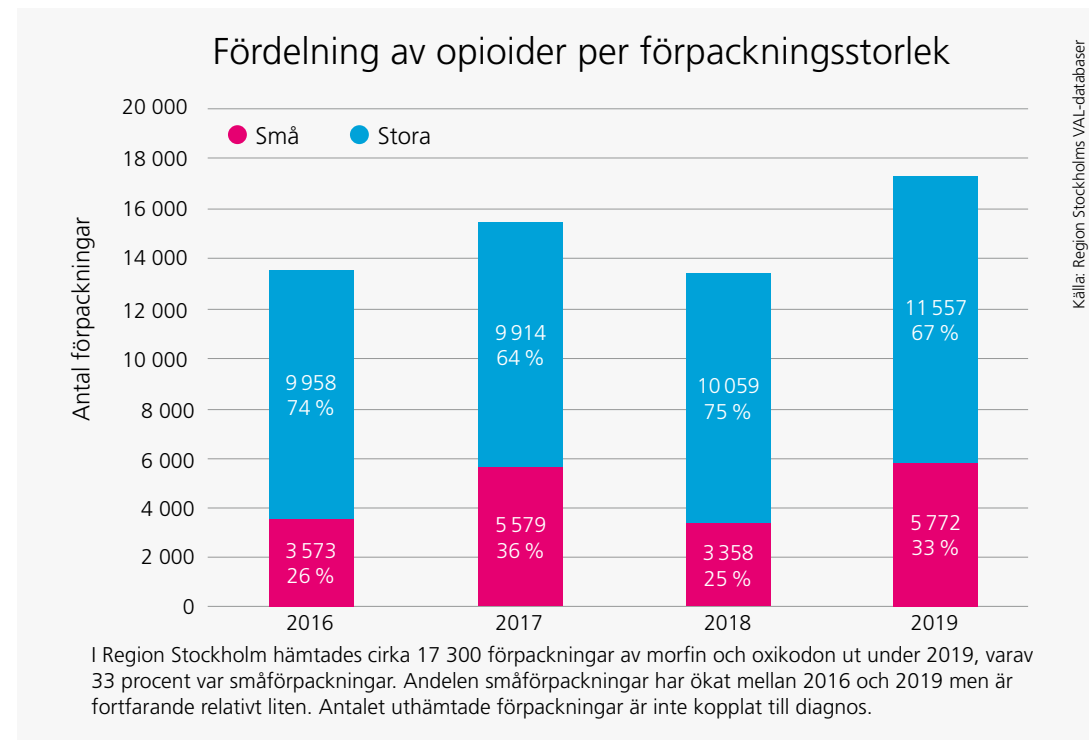
vändning av opioider ökar med behandlingstidens längd. Målet med behandlingen ska vara akut lindring av smärtan och förbättrad funktion. Det behöver inte betyda smärtfrihet, vilket patienten bör vara införstådd med, säger Carl-Olav Stiller docent, överläkare och ordförande i expertgruppen för smärta och reumatiska sjukdomar.

Vid akut smärta rekommenderas morfin i första hand och oxikodon i andra hand på Kloka listan.



Klokt råd:

Avsluta opioidbehandling vid akut smärta inom 3–5 dygn.



Vid svårare smärta som kräver opioidbehandling bör den lägsta effektiva dosen användas och antalet tabletter som skrivs ut ska inte vara fler än att de räcker under den akuta behandlingstiden. I de flesta fall brukar det vara omkring 3–5 dagar. Vid större kirurgi kan det i vissa fall behövas några fler dagars behandling. Det är viktigt att inte iterera recept efter det att skadan har läkt.

– Eftersom opioiddosen bör titreras till den lägsta effektiva dosen är kodein en olämplig opioid, då effekten beror på omvandling till morfin som sker i varierande grad hos olika individer, säger Carl-Olav Stiller. Kombinationspreparat med kodein och paracetamol utgår från Kloka listan 2020.

Risken för att utveckla långvarigt opioidbruk verkar inte påverkas av den initiala dosens storlek, men däremot av behandlingstidens längd och om det är långverkande beredningar. En studie visar att personer som initialt hade fått opioidbehandling under 11–14 dagar var tre gånger så benägna att fortsätta ta opioider efter ett år än de som fått behandling i högst två dygn. Att ge långverkande

opioider vid akut smärta verkar också medföra en högre risk för fortsatt användning än kortverkande beredningar.

Risken att fortsätta ta opioider under längre tid skiljer sig mellan olika patientgrupper. Till exempel är sannolikheten för att ha avslutat opioidanvändning efter ett år högre för nyblivna mammor efter förlossning än i en kontrollgrupp utan vare sig cancer eller missbruk. För patienter med långvarig icke-cancerrelaterad smärta är dock sannolikheten för att ha avslutat behandlingen efter ett år lägre än i kontrollgruppen.

Även patienter med psykisk samsjuklighet som ångest/depression och personer med alkoholproblem har större risk för att utveckla ett långvarigt opioidbruk.

– Förskriv kortverkande opioider under högst 3–5 dagar vid akut smärta, när inte paracetamol och COX-hämmare räcker, och var observant på patienter med kronisk smärta eller psykisk samsjuklighet avslutade Carl-Olav Stiller.



Eva Wikström Jonsson och Maria Ingemansson visar en inhalator med steroid och formoterol.

Använd alltid inhalationssteroid vid astma

Astmasymtom är tecken på inflammation i luftvägarna. Tidig behandling med inhalationssteroid minskar risken för försämring. Därför ska inhalationssteroid alltid förskrivas till vuxna och barn från 12 år.

Kortverkande beta-2-stimulerare ger snabb symtomlindring, men behandlar inte inflammationen. Det är viktigt att patienten redan från början behandlas med inhalationssteroid och inte förlitar sig enbart på symtomlindring med kortverkande beta-2-stimulerare. Hög användning av enbart beta-2-stimulerare är kopplat till ökad risk för exacerbationer och död även vid så kallad mild astma.

Det kan vara svårt att motivera patienten att ta inhalationssteroid, eftersom effekten inte upplevs omedelbart. För att inhalationssteroid ska användas så snart symtom uppstår rekommenderas därför i första hand en fast kombination av beta-2-stimuleraren formoterol och inhalationssteroid som vid behovsmedicinering redan vid steg ett och två. Rekommendationen gäller även inför fysisk aktivitet.

Snabbt tillslag

Orsaken till att endast kombinationer med formoterol kan komma ifråga i dagsläget, är att den ingående beta-2-stimuleraren måste ha snabbt tillslag för denna typ av användning.

– Bufomix Easyhaler rekommenderas i första hand för vuxna och barn från 12 år redan från steg ett. Fördelen blir då att patienten kan använda samma preparat trots att symtomen ändras över tid bara genom dosjustering, säger Eva Wikström

Jonsson, klinisk farmakolog och medlem i expertgruppen för lung- och allergisjukdomar.

Maria Ingemansson, barnallergolog och medlem i expertgruppen för lung- och allergisjukdomar tillägger även att det är viktigt att kontrollera inhalationstekniken vid varje besök.

Varför har expertgruppen valt att ändra sina rekommendationer i årets Kloka lista?

– De internationella rekommendationerna (GINA Guidelines 2019, red:s anm) har reviderats utifrån det nya kunskapsläget. Det finns god dokumentation till stöd för de föreslagna förändringarna och expertgruppen valde därför att föreslå en ändring av de regionala rekommendationerna i Kloka listan 2020.

I studien SYGMA 1 visades att en fast kombination av formoterol och budesonid vid behov ledde till fler välkontrollerade patienter med mild astma jämfört med de som behandlades med budesonid kontinuerligt (1x2) och terbutalin vid behov. Den totala mängden kortison blev också lägre bland de patienter som använde den fasta kombinationen.

För patienter med mild-måttlig astma (steg 1–2) var vid behovsmedicinering med fast kombination av formoterol och budesonid bättre på att förebygga svåra exacerbationer jämfört med underhållsbehandling av budesonid och terbutalin vid behov. Resultaten kommer ifrån PRACTICAL-studien.

Elin Dahlén



Klokt råd:

Använd alltid inhalationssteroid vid astma hos vuxna och barn från 12 år.

Se film om inhalationsteknik på www.janusinfo.se/inhalatorer



Edoxaban kan ges till cancerpatienter med venös tromboembolism

VAR FEMTE PATIENT med venös tromboembolism (VTE) har cancer. Obduktionsrapporter har visat att varannan cancerpatient har VTE. En nyhet på Kloka listan är edoxaban (Lixiana), som tillhör gruppen direktverkande orala antikoagulantia. Den rekommenderas inom specialistvården i andra hand vid cancerassocierad VTE

hos patienter i stabilt skede av sin cancersjukdom och samtidigt låg blödningsrisk. Patienter med gastrointestinala eller urogenitala cancersjukdomar ska inte få edoxaban, då slemhinneblödningar är vanligare med dessa antikoagulantia. De patienterna ska i stället ha lågmolekylärt heparin.

Anna Bratt

Mer kniv och mindre antibiotika vid paronykier och abscesser

OKOMPLICERADE paronykier och subkutana abscesser ska i första hand behandlas med omläggning med alsolsprit. Om det inte fungerar är nästa steg kirurgi.

ANTIBIOTIKA HAR INGEN eller blygsam effekt vid abscesser och bör bara ges om patienten är febril, allmänpåverkad, har hög ålder eller är immunosupprimerad. Paronykier på tånaglar behandlas bäst med partiell evulsio och fenolpensling av nagelmatrix.

– MINDRE ANTIBIOTIKA och mer kniv är vårt budskap, säger Christer Norman, allmänläkare och ledamot i expertgruppen för infektionssjukdomar.

HOS BARN är smärtlindring extra viktigt. Ytanestesi med bedövningssalva eller plåster kombineras med Ibuprofen, infiltrationsanestesi eller ledningsanestesi och en stor portion lugn. Ibland är det dock nödvändigt med remiss till barnkirurgisk akutmottagning för de mindre barnen.

Anna Bratt

Abscesser med antibiotika

Andel %

Förskolebarn	53
Individer 7+ år	47
Alla individer	47

Källa: Region Stockholms VAL-databaser

Fråga om tabletten hjälper

MÅNGA ANVÄNDER läkemedel mot överaktiv blåsa trots blygsam effekt. En utredning av eventuella bakomliggande orsaker till besvären ska alltid göras och därefter rekommenderas icke-farmakologisk behandling. Det kan till exempel vara blås- och bäckenbottenträning och förändrade levnadsvanor. Vid övervikt trycker bukens tyngd på urinblåsan och därför är vikttnedgång ofta viktigt.

OM ICKE-FARMAKOLOGISK inte fungerar blir det aktuellt att prova läkemedel. Alla perorala läkemedel mot trängningar och trängningsinkontinens har en likvärdig men blygsam effekt. På Kloka listan rekommenderas tolterodin. En nyinsatt behandling ska utvärderas efter 1–2 månader och sättas ut om patienten inte upplever någon effekt.

– FRÅGA ALLTID vid iterering om tabletten hjälper. Om patienten inte vet kan utsättning prövas, säger Caroline Elmér, med dr, specialistläkare gynekologi och urologi och ordförande i expertgruppen för urinvägssjukdomar.

Susanne Elfving

Ny översikt förenklar diabetesvård

En ny behandlingsöversikt i Kloka listan gör det enklare att välja rätt läkemedel för patienter med typ 2-diabetes och som har en eller flera samtidiga sjukdomar. Två nya diabetesläkemedel finns också på listan.



Pontus Curman

Omkring 74 000 personer med typ 2-diabetes vårdas i dag främst inom primärvården i Region Stockholm. Många har samtidig sjukdom som till exempel nedsatt njurfunktion eller hjärt-kärlsjukdom. Kloka listan gör det nu lättare att ge individanpassad läkemedelsbehandling till den här patientgruppen. En tydlig behandlingsöversikt (se sidan 21) visar vilka alternativ som finns vid olika typer samsjuklighet.

– Mycket har hänt inom diabetesområdet de senaste åren. I dag finns det en hel arsenal av läkemedel. Alla har sina för- och nackdelar, och vi tror att en sådan här översikt kan underlätta, säger Pontus Curman, som är överläkare vid Ersta sjukhus och ledamot i expertgruppen för endokrina sjukdomar.

Bör utvärderas

Behandlingsöversikten är uppdelad i två steg: **Steg ett** handlar om att rekommendera hälsosamma levnadsvanor och ge behandling med metformin. Var tredje månad bör behandlingen utvärderas.

– Om man inte lyckas nå en acceptabel blodsockerbalans utifrån individuellt satt HbA1c-mål eller om det av andra skäl att överväga tilläggsbehandling med ytterligare diabetesläkemedel, går man vidare till nästa steg, säger Pontus Curman.

I steg två tas hänsyn till eventuell samsjuklighet. Har patienten nedsatt njurfunktion eller hjärt-kärlsjukdom? Då rekommenderas olika läkemedel: GLP-1-agonist vid njursjukdom, SGLT2-hämmare eller GLP-1-agonist vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom samt SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt. Ett nytt läkemedel på Kloka listan är GLP-1-agonisten semaglutid (Ozempic).

Omkring 80 procent av diabetespatienterna är överviktiga och 40 procent är obesa. De rekommenderas i första hand GLP-1-agonist och i andra hand SGLT2-hämmare.

– SGLT2-hämmaren minskar återupptaget av glukos från urinen. Sockret lämnar kroppen via urinen, vilket även leder till viktneidgång. Det är inte så konstigt med tanke på att patienten varje dag kan göra sig av med socker motsvarande upp till en halv pizza via urinen.

Risk för ketacidosis

Han påpekar att man bör vara medveten om risken för normoglukem ketacidosis vid behandling med SGLT2-hämmare.

– Fallrapporter talar bland annat för att LCHF-kost kan innebära en ökad risk för detta.

Om patienten hör till gruppen mest sjuka äldre (MSÄ) rekommenderar expertgruppen att man

behandlar med DPP4-hämmare eller medellångverkande humaninsulin. En nyhet på Kloka listan är DPP4-hämmaren linagliptin (Trajenta).

De patienter som saknar samtidig sjukdom eller är medelålders hör till gruppen övriga i behandlingsöversikten. De kan behandlas med insulinfrisättare eller insulin.

– De som vi betecknar som övriga tycker jag är den svåraste gruppen när man väljer behandlingsregim. Det finns begränsad evidens för vilka läkemedelsgrupper som är bäst lämpade för den här patientkategorin och om några läkemedelsgrupper är att föredra när det gäller primärprevention avseende komplikationer.

En del patienter kan behöva flera läkemedel för att nå god blodsockerkontroll. Pontus Curman påpekar att det är olämpligt att kombinera GLP-1-agonist och DPP4-hämmare eftersom båda är inkretinläkemedel. Insulinfrisättare och insulin är inte heller lämpliga att kombinera på grund av ökad risk för hypoglykemi.

Pontus Curman betonar att många patienter behöver insulinbehandling vid sidan av andra läkemedel för att nå en acceptabel glukoskontroll.

– Det gäller alla grupper, oavsett samsjuklighet! Oftast är det lämpligt att börja med medellångverkande humaninsulin till natten, säger han.

Anna Bratt

Färre typ 2-diabetiker i Stockholm får lipidsänkare

Resultat för kvinnor och män med typ 2-diabetes i primärvården i Region Stockholm respektive riket 2019.

Blodtryck <140/85

58,1% Stockholm
57,2% Riket

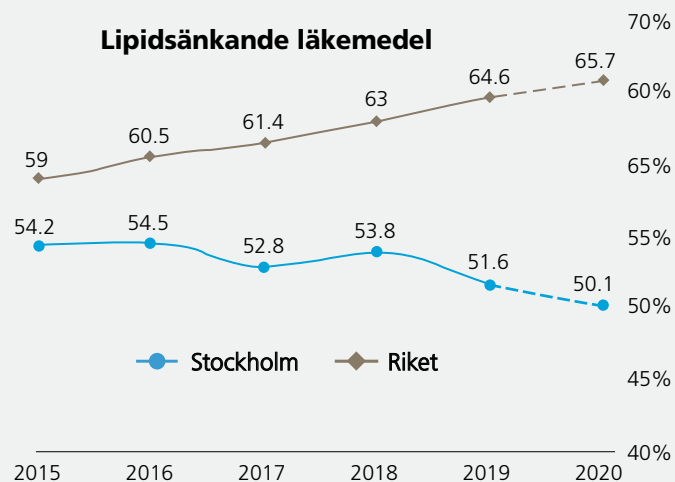
LDL <2,5

56,6% Stockholm
64,6% Riket

HbA1C >70

9,4% Stockholm
9% Riket

Lipidsänkande läkemedel



Källa: Nationella diabetesregistret



Klipp ut!

DIABETES MELLITUS TYP 2 – BEHANDLINGÖVERSIKT

STEG 1 – LEVNADSVANOR OCH METFORMIN

STEG 2

Nedsatt njurfunktion eller hjärt-kärlsjukdom?

NEJ

JA

Övriga Insulin- frisättare insulin	Mest sjuka äldre DPP4-h medellångv. humaninsulin	Övervikt och fetma GLP-1- agonist (första hand) SGLT2-h (andra hand)	Hjärtsvikt SGLT2-h	Atero- sklerotisk hjärt-kärlsjd SGLT2-h GLP-1-agonist	Nedsatt njurfunktion GLP-1-agonist repaglinid insulin	Övriga Insulin- frisättare insulin	Mest sjuka äldre DPP4-h medellångv. humaninsulin	Övervikt och fetma GLP-1- agonist (första hand) SGLT2-h (andra hand)	Hjärtsvikt SGLT2-h	Atero- sklerotisk hjärt-kärlsjd SGLT2-h GLP-1-agonist	Nedsatt njurfunktion GLP-1-agonist repaglinid insulin	Glimepirid Repaglinid	Trajenta	Victoza Ozempic Jardiance	Jardiance	Victoza Ozempic Jardiance	Victoza Ozempic Repaglinid
---	--	--	-----------------------	---	---	---	--	--	-----------------------	---	---	--------------------------	----------	---------------------------------	-----------	---------------------------------	----------------------------------

PREPARAT

Oavsett samsjuklighet behöver många patienter förr eller senare insulinbehandling för acceptabel glukoskontroll. Då är det vanligen lämpligt att börja med medellångverkande humaninsulin till natten.

VAL AV LÄKEMEDEL VID TYP-2 DIABETES – STEG 2

Manifest aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom

(omfattar angina pectoris, genomgången hjärtinfarkt, perifer artärsjukdom, TIA/Stroke)

SGLT2-HÄMMARE*empagliflozin**Jardiance 10 mg*

Observera risk för ketoacidosis även vid normala blodsockervärden. Ska sättas ut vid risk för vätskebrist. Ska inte nyinsättas vid eGFR <60 ml/min. Utsättes vid eGFR <45 ml/min. Vid otillräcklig effekt på HbA1c bör byte till/tillägg av GLP-1-agonist eller tillägg av annan blodsockersänkande behandling övervägas.

GLP-1-AGONISTER*liraglutid**Victoza* (injektion 1 gång per dag)**semaglutid**Ozempic* (injektion 1 gång per vecka)*

Vid otillräcklig effekt på HbA1c bör byte till/tillägg av SGLT2-hämmare eller tillägg av annan blodsockersänkande behandling övervägas.

Hypertoni

Vid sidan av glukoskontroll är det viktigt att uppnå god blodtrycks kontroll. Definitionen av hypertoni är $\geq 140/90$ mm Hg. Bra blodtrycksbehandling är en viktig del av kardiovaskulär prevention och är väldokumenterat upp till 85 års ålder. Hypertoni är underbehandlat och många patienter avbryter behandlingen. Det är särskilt viktigt att nå målbloodtryck för patienter med hög hjärt-kärlrisk, t.ex. de med tidigare stroke/TIA, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, perifer artärsjukdom, diabetes eller njursjukdom.

Behandlingsmål, under förutsättning att behandlingen tolereras väl:

≤65 år 120–129/70–80 mm Hg

>65 år 130–139/70–80 mm Hg



Enkel blodtrycks- mätning avslöjar farlig benartärsjukdom



Thomas Kahan

Perifer artärsjukdom är en underdiagnosticerad folksjukdom, som kraftigt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom och förtida död. Diagnosen ställs enkelt genom en mätning av blodtryck i arm och fot.

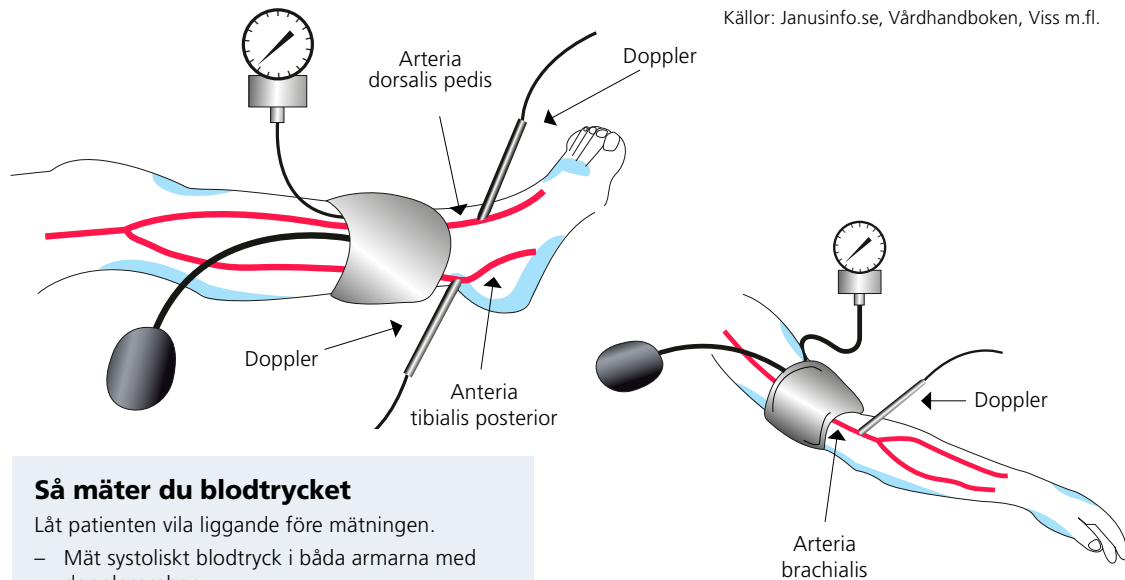
En svensk studie med 5 000 slumpvist utvalda personer över 60 år visade att var tionde hade perifer artärsjukdom utan symtom. Drygt var tjugonde hade benartärsjukdom med symtom (claudicatio intermittens). Alldeles för få av de drabbade identifieras och får behandling inom vården i dag. Det menar Thomas Kahan som är professor, överläkare vid Danderyds sjukhus och ledamot i expertgruppen för hjärt- och kärlsjukdomar.

– Det är ett underdiagnosticerat och farligt tillstånd, och vi kan göra bättre! säger han.

Personer med perifer artärsjukdom är ofta över 60 år och kan vara symtomfria men ha hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Många har ont i benen när de går, de kan ha svårläkta bensår, aterosklerotisk sjukdom eller hjärtsvikt.

Diagnosen perifer benartärsjukdom ställs genom en enkel mätning av blodtryck i arm och

Källor: Janusinfo.se, Vårdhandboken, Viss m.fl.



Så mäter du blodtrycket

Låt patienten vila liggande före mätningen.

- Mät systoliskt blodtryck i båda armarna med dopplerproben.
- Fäst en blodtrycksmanschett runt patientens fotled (ankeln, inte vaden!).
- Håll proben i 45 graders vinkel och lyssna efter pulsationsljud.
- När pulsationer hörs, pumpa upp blodtrycksmanschetten på foten tills ljudet försvinner. När ljudet är borta, släpp långsamt ut luften och anteckna värdet när pulsationerna hörs igen = ankeltrycket.

$$\frac{\text{ankeltryck}}{\text{armtryck}} = \text{ankel/brakialindex}$$

Tolkning av ankel/brakialindex

- Gränserna är ungefärliga.
- Ankel/brakialindex, ABI, 0,9–1,4 är normalt
- BI 0,8–0,9: måttlig arteriell insufficiens.
- ABI 0,5–0,7: betydande arteriell insufficiens.
- ABI lägre än 0,5: grav arteriell insufficiens/grav ischemi.

... fot med en dopplermätare. Man räknar sedan ut ankel/brakialindex (ankel/armindex) genom att dividera ankeltryck med armtryck. Ett index under 0,9 talar för arteriell insufficiens och ger 2–3 gånger ökad risk för tidig död. Några enkla frågor avslöjar symtom på sjukdom: till exempel muskelsmärter i ett ben vid ansträngning, värk i ben som förvärras i högläge? Bleka kalla extremiteter? Att behandla kronisk benartärsjukdom är inte

svårt och kirurgi är sällan aktuellt, menar Thomas Kahan.

– Det handlar om förändrade levnadsvanor inom kost och motion, god glukoskontroll, rökstopp och gångträning. De behöver ofta erbjudas blodtryckssänkande medel och höga doser av lipidsänkande läkemedel. Vid behov kan man remittera patienten till en medicin- eller kardiologmottagning, säger han.

Anna Bratt



Klokt råd:

Identifiera perifer artärsjukdom genom att fråga efter symtom och mäta ankelbrakialindex. Tillståndet medför mycket hög kardiovaskulär risk.

Förskriv omeprazol på rätt indikation

– Om protonpumpshämmare behövs har omeprazol i de flesta fall tillräcklig effekt och är mer kostnadseffektivt än esomeprazol, säger överläkaren Charlotte Söderman vid Capio S:t Görans sjukhus.

Preparat	Substans	ATC-benämning	Indikationer
Esomeprazol Actavis	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Apofri	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Jubilant	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Krika	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Mylan	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Pensia	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol Stada	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol STADA	Esomeprazol	Esomeprazol	
Esomeprazol SUN Pharma	Esomeprazol	Esomeprazol	

Vid indikation för PPI ska omeprazol förskrivas, inte esomeprazol som kommer högst upp i resultatlistan vid sökning i TakeCare.

Omfta behövs bara behandling med protonpumpshämmare (PPI) under en begränsad tid. Det är viktigt att förskriva en lagom stor mängd samt att ompröva och avsluta påbörjad behandling. Funktionell dyspepsi och magont utan känd orsak ska inte behandlas med protonpumpshämmare.



Charlotte Söderman

– Jag brukar alltid undersöka om patienter som står på protonpumpshämmare behöver göra det eller om läkemedlet kan sättas ut. Utsättning kan ge reboundeffekt med ökad syraproduktion och

behandlingen kan trappas ut över cirka två veckor. Vid utsättningssymtom kan antacida användas, säger Charlotte Söderman, som är överläkare vid Capio S:t Görans sjukhus.

Enligt observationella studier kan protonpumpshämmare vara förknippade med ökad risk för vissa infektioner, frakturer och njurpåverkan.

Omeprazol är ett racemat, det vill säga en blandning, av S-omeprazol och R-omeprazol. Båda hämmar syrapumpen i parietalcellen, men esomeprazol bryts ner långsammare i kroppen och ger därför större effekt per mg.

Elin Jerremalm



Klokt råd:

Omeprazol börjar inte på E!

Indikationer för behandling med protonpumpshämmare:

- gastroesofageal refluxsjukdom
- ulkussjukdom
- ulkusprofylax i förekommande fall
- eradikering av infektion med *Helicobacter pylori*
- behandling av Zollinger-Ellisons syndrom.

Migränprofylax kan förbättra livskvaliteten

Patienter som får tre eller flera behandlingskrävande migränanfall per månad bör få förebyggande läkemedel. Nu finns två nya preparat på Kloka listan.

Nästan var sjunde invånare i Sverige lider av migrän. Sjukdomen drabbar både vuxna och barn. Omkring 40 procent av de drabbade skulle ha nytta av anfallsförebyggande behandling, men bara mellan 3 och 13 procent får det.

– Genom att förebygga anfällen förbättras livskvaliteten. Det leder också till att patienten tar färre analgetika och triptaner, vilket minskar risken för läkemedelsinducerad huvudvärk, säger Mia von Euler, som är professor, överläkare och ordförande i expertgruppen för nervsystemets sjukdomar.

Två nya förebyggande preparat rekommenderas på Kloka listan 2020: amitriptylin och kandesartan. Tillsammans med metoprolol utgör de förstahandsalternativ vid migrän hos vuxna. Medlens effekt är likvärdig, men varierar från individ till individ.

Topiramat rekommenderas i andra hand och behandlingen ges inom specialistvården. Till barn och ungdomar rekommenderas propranolol i första hand och topiramat i andra hand. All



Mia von Euler

FOTO KARI KOHVAKKA

behandling av barn med migrän bör ske inom specialistvården.

I valet av behandling är det enligt Mia von Euler

Anfallsförebyggande migränbehandling

Ges till vuxna patienter med minst tre behandlingskrävande anfall per månad.

I första hand ges amitriptylin, kandesartan eller metoprolol.

I andra hand rekommenderas topiramat, som ges inom specialistvården.

Till barn och ungdomar rekommenderas propranolol i första hand och topiramat i andra hand. All behandling av barn med migrän bör ske inom specialistvården.



FOTO GETTY IMAGES

Sjukfrånvaron kan bli hög hos migränpatienter.

viktigt att ta hänsyn till hur patienten lever.

– Man bör till exempel diskutera vilka biverkningar som är acceptabla för patienten och hur fysiskt aktiv hon eller han är.

Det antidepressiva medlet amitriptylin kan ofta fungera bra vid samtidig depression eller nedstämdhet, men ska undvikas vid anamnes på hjärtarytmi eller tidigare hjärtinfarkt. Angiotensin II-antagonisten kandesartan kan däremot fungera bra vid samtidig hypertoni, men ska inte användas i slutet av en graviditet. Betablockeraren metoprolol kan fungera sämre hos patienter som idrottar mycket.

Mia von Euler betonar att patienten kan behöva prova flera läkemedel för att hitta ett som fungerar.

– Man bör prova ett läkemedel i två till tre månader innan man klassar ut det. Fungerar inte ett, så testar man ett annat, säger hon.

Det är viktigt att patienten samtidigt för huvudvärksdagbok. En dagbok ger bra svar på hur, när och varför anfällen kommer.

– Om man ser mönster är det lättare att sätta in rätt förebyggande behandling. Man kan också utvärdera om behandlingen haft effekt. När patienten har provat alla förstahandsalternativ och har kronisk migrän med fler än 15 huvudvärksdagar per månad, bör han eller hon remitteras till neurolog. Patienten kan då prova behandling med antiepileptikan topiramat, botulinumtoxin (Botox) eller CGRP-antagonister.

Anna Bratt



Klokt råd:

Använd anfallsförebyggande behandling hos migränpatienter med tre eller fler behandlingskrävande anfall per månad.

Välj zoledronsyra i första hand vid osteoporos

– Zoledronsyra-infusion ger en säker följsamhet och kan ges även vid sväljsvårigheter eller gastrointestinala problem. Några nackdelar är att infusionen kräver sjukvårdsresurser och att patienten kan få influensaliknande symtom, säger Sissela Liljeqvist, överläkare vid Visby lasarett.

FOTO: KARI KOHVAKKA



Sissela Liljeqvist

Icke-farmakologisk behandling består av:

- Fallprevention inklusive regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Fysisk aktivitet.
- Rökstopp.
- Väl sammansatt kost.
- Undvik riskbruk av alkohol.

ska vara en kontinuerlig behandling, eftersom bentätheten minskar vid utsättning. Bisfosfonaterna zoledronsyra och alendronat är tidsbegränsade behandlingar, och de ska inte alls ges vid nedsatt njurfunktion, <35 ml/min.

– Bentätheten minskar med åldern och cirka hälften av alla kvinnor och en fjärdedel av alla män över 80 år har osteoporos. Benskörhet är både underdiagnosticerat och underbehandlat. Det är förstås viktigt att även tänka på icke-farmakologisk behandling, säger Sissela Liljeqvist, tekn dr och överläkare vid Endokrin- och diabetesmottagningen i Visby.

Elin Jerremalm

Läs mer:

Upphandlade rekvisitionsläkemedel som får vidarefaktureras: www.vardgivarguiden.se

Zoledronsyra SUN är upphandlat i Region Stockholm och ska rekvireras till vårdcentralen. Kostnaden kan vidarefaktureras enligt särskild rutin som finns på Vårdgivarguiden.

I andra hand rekommenderas alendronat som veckotablett. Följsamheten till peroral bisfosfonatbehandling är låg och den minskar med tiden. Det finns en kombinationsförpackning med alendronat, kalcium och D-vitamin som kan underlätta att tabletten tas på rätt sätt. Ett annat andrahandsalternativ är denosumab, Prolia, som ges som subkutan injektion var sjätte månad. Denosumab

Enklare välja vaccination till friska vuxna

För första gången publiceras nu en samlad rekommendation i Kloka listan om vaccinationer till friska vuxna. Sedan tidigare finns ett nationellt barnvaccinationsprogram i Sverige.

Det finns sedan lång tid i Sverige ett väl fungerande allmänt barnvaccinationsprogram som kostnadsfritt erbjuds alla barn upp till 18 år. Detta innebär inte att behovet av vaccination upphör vid 18 års ålder. Folkhälsomyndigheten publicerar rekommendationer för vaccination mot särskilda sjukdomar för specifika riskgrupper, men det finns i nuläget inga nationella övergripande vaccinationsprogram för vuxna.

Till Kloka listan 2020 har Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer därför gjort en sammanställning av vilka vaccinationer som är lämpliga att överväga till friska

vuxna och med vilka intervall dessa vaccinationer bör ske.

Några av dessa rekommendationer riktar sig till alla friska vuxna, till exempel boostervaccination mot dT_p, medan andra, till exempel vaccination mot herpes zoster, endast rekommenderas efter individuell bedömning. De flesta av dessa vaccinationer bekostas av individen själv, men under perioden för influensakampanj erbjuder Region Stockholm kostnadsfri vaccination mot influensa och allvarlig pneumokockinfektion till personer över 65 år, personer med vissa kroniska sjukdomar samt gravida.

Siobhan Wallhuss

Vaccinrekommendationer friska vuxna

Sjukdom/vaccin	Ålder (år)						
	18–29	30–35	36–49	50–55	56–64	65–75	>75
Difteri-tetanus-pertussis dT _p		X		X		X	
Vaccin mot säsongsinfluensa	Årligen						
– alla							
– gravida från och med graviditetsvecka 17	X	X	X				
Vaccin mot pneumokocker (Pneumovax)							En dos
Vaccin mot herpes zoster							En dos
Vaccin mot mässling – MPR	Två doser med minst en månads intervall om inte tidigare immun						

Mer information bland annat om hur ofta vaccinationerna ska ges och om revaccination behövs finns på www.janusinfo.se.

Viktigt hitta de sköra patienterna

Läkemedelsrelaterade problem orsakar nästan var tionde slutenvårdsinläggning hos patienter över 75 år.

– Vi vill att ni hittar de mest sjuka sköra äldre och anpassar behandlingen, säger Dorota Religa, ledamot i expertgruppen för äldres hälsa.



Dorota Religa

Omkring 40 000 personer i Region Stockholm hör till patientgruppen mest sjuka äldre enligt Socialstyrelsens kriterier. De är över 75 år och är multisyka, har omfattande sjukvårds- eller omvårdnadsbehov, har ofta kognitiv svikt och har symtom som förknippas med skörhet. Deras förväntade återstående livslängd är ofta två till tre år.

Åldrandet förändrar farmakokinetik och farma-

kodynamik, och därför behöver äldre få anpassad läkemedelsbehandling.

– Behandlingen ska justeras efter individuella förutsättningar och uppskattad nytta, säger Dorota Religa, docent och överläkare vid Tema Åldrande, Karolinska universitetssjukhuset.

EXPERTGRUPPEN FÖR ÄLDRES HÄLSA menar att bedömning av multisykklighet och skörhet ska vara rutin vid vård av äldre. Bedömning av skörhet görs enkelt med hjälp av instrumentet ”Clinical frailty scale”, som finns i TakeCare. Patienten skattas på en niogradig skala, som sträcker sig från mycket vital till terminalt sjuk.

Ett tips från Dorota Religa är att fråga om patienten har hemtjänst eller inte.

– Mycket hemtjänst är en signal om att patienten är på steg fem eller högre, det vill säga patienten är skör. Hemtjänsten använder samma resonemang som vi, säger hon.

Om patienten skattas fem eller högre på skalan bör läkaren ta stöd av råden i den nyligen uppdaterade broschyren ”Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre”. Den finns också på Janusinfo.se. I broschyren ges rekommendationer om hur behandlingen kan anpassas vid ett 20-tal olika sjukdomar hos äldre, till exempel depression, diabetes, hypertoni eller osteoporos för att minska risken för felaktig eller onödig läkemedelsbehandling.

Anna Bratt

Identifiera skörhet med Clinical frailty scale

- 1 **MYCKET VITAL** – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
- 2 **VITAL** – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
- 3 **KLARAR SIG BRA** – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader.
- 4 **SÅRBAR** – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas (”saktas ned”) och/eller blir trötta under dagen.
- 5 **LINDRIGT SKÖR** – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete
- 6 **MÅTTLIGT SKÖR** – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
- 7 **ALLVARLIGT SKÖR** – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
- 8 **MYCKET ALLVARLIGT SKÖR** – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
- 9 **TERMINALT SJUK** – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet.

Geriatric Medicine Research, Dalhousie University
Översatt till svenska av Niklas Ekerstad, Trollhättan 2017.



Klokt råd:

Identifiera sköra äldre och anpassa behandlingen med stöd av råden i Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre.

Broschyren Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre finns på www.janusinfo.se



Vad var mest intressant på årets Kloka listan forum?

FOTO: KARI KOHVAKKA



Dowaa Al-Kazzaz, ST-läkare i allmänmedicin, Bredäng vårdcentral

– **FÖR MIG** är rekommendationen att inhalationssteroid alltid ska förskrivas till vuxna och barn från 12 år vid astma något helt nytt. Det är intressant att steroid ska användas redan tidigt för att dämpa inflammationen. Det låter bra att patienten ska kunna använda ett kombinationspreparat.



Jan Dahllöf, distriktsläkare, Vårby vårdcentral.

– **DET NYA SÄTTET** att behandla astma, det vill säga att steroid ska sättas in tidigt. Med ett kombinationspreparat blir det lättare att göra rätt. På vårdcentralen i Vårby har vi redan börjat med det, och det fungerar bra. Det är också intressant med smärtlindring, att vi ska undvika långtidsbehandling med opioider.



Marianna Bergh, distriktsläkare, Huddinge vårdcentral.

– **NYHETERNA INOM** smärtlindring tycker jag är viktiga. Att vi ska förskriva opioider vid akut smärta bara i några få dagar, och sedan avsluta behandlingen. Det blir också mycket intressant att få höra mer om de nya rekommendationerna för diabetes typ 2-behandling.

FOTO: KARI KOHVAKKA



Mellan några föreläsningar fick deltagarna chans att röra på sig med pausgymna ledd av Anna Rytter, fysioterapeut vid Akademiskt Primärvårdscentrum.

Varför skjuter vi upp det vi borde göra?

Psykologen, forskaren och Kloka listan forums gästföreläsare Alexander Rozental ger sina bästa tips på hur man får en patient att ändra beteende.

Vad är prokrastinering?

– Det är när man medvetet fördröjer en aktivitet trots insikten om att det leder till negativa konsekvenser. Det blir ett problem när det utvecklas till ett återkommande mönster som man lider av. Det kan i sin leda till ångestsyndrom.

Varför prokrastinerar vi?

– Vi har inbyggt i oss att vilja ha omgående belöning, i stället för långsiktig. Yngre människor prokrastinerar oftare än äldre. Hjärnan är färdigutvecklad för långsiktig planering tidigast i 20-årsåldern. Äldre personer har dessutom en annan tidsuppfattning. Stigande ålder gör att tiden upplevs som mer konkret, och därför tar äldre oftare tag i saker.

Vad kan läkaren göra för att få en patient att ändra beteende, till exempel börja motionera?

– Försök konkretisera värdet av förändringen, hitta något som patienten själv värdesätter. Hon kanske vill leka med sina barn utan att bli andfådd. Varför är det viktigt? Jo, hon vill vara en aktiv förälder – det är hennes värdering. Sedan kan ni sätta delmål till nästa återbesök. De ska vara



3 frågor till Alexander Rozental

FOTO: KARI KOHVAKKA

enkla, så att patienten ser resultat. Till exempel att köpa nikotinplåster eller träningskläder. Nästa delmål kan vara att promenera tre gånger i veckan. Ett tips jag själv följer är att jag i slutet av besöket frågar patienten: vad är det minsta du kan göra för att komma i gång? Forskning visar att om man säger rakt ut till någon vad man planerar att göra ökar sannolikheten att det blir av.

Anna Bratt

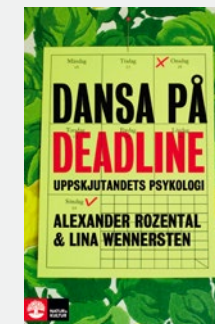
Fakta

Alexander Rozental

Ålder: 35 år

Gör: leg psykolog, fil doktor, Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet. Forskar på nya arbetssätt inom slutenvården, samt inom prokrastinering och perfektionism.

Böcker: Dansa på deadline (2014, med Lina Wennersten, Natur & Kultur). Tio i tolv. En bok om att lyckas med nyårslöften, mål och beteendeförändringar. (2018, med Martin Oscarsson och Per Carlbring, Natur & Kultur).



Patienter bör få stöd till rök- och alkoholfri operation

Helena Holmgren

Utredare Enheten hälsoutveckling

Patienter som ska opereras bör göra både ett rökstopp och alkoholuppehåll i samband med ingreppet, enligt en ny rekommendation.

Det finns god evidens för att ett rökstopp i samband med en operation minskar risken för komplikationer. Alla som ska opereras bör informeras om att även alkohol kan påverka viktiga funktioner i kroppen, och att det finns god kunskap om att komplikationsrisken är förhöjd vid riskbruk av alkohol. Det finns ingen säker nedre gräns för alkoholkonsumtion, därför är rekommendationen att patienter gör ett alkoholuppehåll i samband med en operation.

Primärvården och opererande verksamheter bör erbjuda stöd i god tid före operationen. Vid akuta operationer kan individen stödjas till rök- och alkoholuppehåll för tiden efter operation.

I Folkhälsorapport 2019 beskrivs Region Stockholms sjukdomsburda. Cirka en femtedel kan tillskrivas beteenderelaterade riskfaktorer som ohälsosamma levnadsvanor. Drygt varannan person i Sverige har en eller flera ohälsosamma levnads-

vanor som **tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet** och **ohälsosamma matvanor**. De ökar risken för sjukdom och tidig död, men påverkar även effekten av läkemedel och kirurgi. Patienten bör därför få stöd för att själv kunna fatta ett välgrundat beslut.

Läs mer:

Nytt informationsmaterial för både personal och patienter om rök- och alkoholstopp finns att skriva ut eller ladda ned på vardgivarguiden.se.

Där kan du också ta del av finns även Regionalt vårdprogram Ohälsosamma levnadsvanor – Prevention och behandling.



Stöd vid operation I första hand

Personer som röker

Erbjud kvalificerat rådgivande samtal i kombination med nikotinläkemedel. Rekommendera rökstopp under minst fyra veckor före och efter operation.

Personer med riskbruk av alkohol

Erbjud rådgivande samtal och rekommendera alkoholuppehåll under minst fyra veckor före operation och en tid efter.

Personer med lägre alkoholkonsumtion än riskbruk

Informera om att det inte finns någon känd gräns för riskfritt intag och att man därför rekommenderar alkoholuppehåll fyra veckor före operation och en tid efter.

I andra hand

Erbjud kvalificerat rådgivande/rådgivande samtal med tillägg av läkemedel för rök-avvänjning (varenklin). Rekommendera rökstopp under minst fyra veckor före och efter operation

Vätskebrist kan påverka läkemedelsbehandling

NÄR EN PATIENT får vätskebrist på grund av till exempel diarré, feber, kräkningar eller värmebölja bör läkemedelsbehandlingen ses över. En ny lista med exempel där man antingen bör göra uppehåll eller fortsätta

behandlingen har tagits fram av expertgruppen för äldres hälsa. Läs mer i broschyren "Vätskebrist och läkemedel på särskilt boende för äldre och i hem-sjukvård" som finns på www.janusinfo.se.

Fler ska behandlas med trombektomi vid stroke

FLER PATIENTER MED stroke ska genomgå trombektomi upp till ett dygn efter insjuknandet. I dag görs det främst på patienter som kommer till sjukhuset inom sex timmar. Det en av nyheterna i Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer vid stroke. Expertgruppen för

nervsystemets sjukdomar har därför uppdaterat sina rekommendationer för farmakologisk behandling av stroke hos vuxna. Behandling med intravenös trombolys (alteplas, Actilyse) inom 4,5 timmar från symtomdebut har högsta prioritet även i fortsättningen.

Terapi före läkemedel vid överaktiv blåsa

EVIDENSEN ÄR BRISTFÄLLIG för kognitiv påverkan av behandling med antikolinerga läkemedel mot överaktiv blåsa hos äldre, och saknas helt hos sköra äldre. Den totala antikolinerga bördan har föreslagits vara avgörande snarare än användningen av enstaka substanser med antikolinerga effekter.

Det är viktigt att följa upp både effekt och biverkningar och göra en nytta-riskbedömning vid insättning av läkemedlen. Olika typer av beteendeterapier rekommenderas före läkemedelsbehandling, skriver expertgruppen för urinvägssjukdomar i ett nytt utlåtande.

3 datum i mars

TISDAG
3
MARS

Nya hjärtsviktsterapier

3 mars 17:00–19:30

Nya Karolinska Sjukhuset, Bioclinicum,

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

MÅNDAG
9
MARS

Aktuellt om läkemedelsbehandling vid astma och KOL

9 mars 17:00–19:30

Svea konferens & matsal

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

ONSDAG
25
MARS

Psykofarmaka, bra eller dåligt för sex?

25 mars 17:15–19:30

Svea konferens & matsal

Målgrupp:

Läkare, sjuksköterskor

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

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Region Stockholm

Rådet från NT-rådet



Podden om nya läkemedel och hur samhället värderar deras möjlighet att bota eller lindra sjukdom.

Rådet ges ut av NT-rådet, en grupp experter utsedda av Sveriges regioner för att ge rekommendationer om hur nya läkemedel ska användas. Målet är rättvis och jämlik tillgång till nya läkemedel för alla patienter i hela landet.

Rådet från NT-rådet finns i sex avsnitt:

- Priset på ett liv
- Nya läkemedel: bot, lindring eller hopp?
- Världens mest lönsamma industri?
- Rättvist och jämlikt för den som skriker högst
- Allt vanligare med ovanliga sjukdomar
- Nya läkemedel - science fiction här och nu



Rådet från NT-rådet finns på www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande och där poddar finns.