

# evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

#1 · 2018



## tema Kloka Listan

Empagliflozin in på Kloka Listan  
Smärtreduktion målet vid neuropatisk smärta  
Ivermektin ny möjlighet vid rosacea

**Marie-Louise Ovesjö**, överläkare Södersjukhuset och ordförande  
i Stockholms läns läkemedelskommittés Kloka Listan-utskott:

*”Läkemedlen i Kloka Listan  
är de bästa för de flesta”*

Hur  
jämställd  
är stroke-  
vården?

# evidens #1·18

MEDICIN & LÄKEMEDEL

## tema Kloka Listan

Förändringar i  
Kloka Listan 2018 **6**

Empagliflozin  
in på Kloka Listan **7**

Bättre blodtryck och  
mer statiner till Stockholms  
diabetespatienter **9**

Använd MINI för  
diagnostik av depression **11**

Smärtreduktion målet  
vid neuropatisk smärta **12**

Alla opioider kan vara  
beroendeframkallande **14**



 Opioidtrender  
i Sverige **16**

Hormonspiral allt vanligare  
som preventivmedel **18**

 Ingen idé förskriva  
hostmedicin **20**

Sätt datum för nytt  
ställningstagande **21**

Optimera levnads-  
vanorna inför operation **22**

Behandla mer  
vid osteoporos **23**

 Nya möjligheter  
vid rosacea **24**

Vem i hela världen  
kan man lita på? **28**

Strokebehandling har blivit  
bättre och mer jämställd **30**

Kvinnlig könsstympning  
underskattat problem **33**

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 · Anna Riesenfeld, apotekare  
Layout: Soya Kommunikation. E-post lakemedelskommitten@sll.se · www.janusinfo.se/evidens  
Omslagsbild: Marie-Louise Ovesjö. Foto Kari Kohvakka. Tryck: Brandfactory, Årsta, 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



# Varken jämlikt eller jämställt



FOTO KARI KOHVAKKA

**HÄLSOUTVECKLINGEN I STOCKHOLM** är bättre än i resten av Sverige. Det beror på att vi är bra på att minska riskfaktorer som högt blodtryck, rökning, övervikt och fysisk inaktivitet enligt en analys av data från det globala sjukdomsbördeprojektet, redovisad i Läkartidningen. En annan, mycket trolig förklaring är skillnader i socioekonomi. Andelen högutbildade i vårt län är 32 procent jämfört med 25 procent i landet.

Men även om Stockholm är bättre än resten av Sverige är skillnaderna inom länet enorma. Ålder vid nyinsjuknande i hjärtinfarkt är exempelvis 74 år i Danderyd, men bara 64 år i Rinkeby-Kista. Förekomst av diabetes eller medellivslängd är andra områden med stor variation mellan olika delar av Stockholm.

Kloka Listan är ett instrument som kan bidra till mer jämlik läkemedelsanvändning. Nu har Stockholms läns läkemedelskommitté återigen valt de bästa läkemedlen och här i Evidens kan du läsa om nyheterna. Rekommendationerna passar de flesta av Stockholms invånare, vare sig man bor i Täby eller Botkyrka.

**HÄLSAN OCH VÅRDEN I STOCKHOLM** är inte jämlik. Inte jämställd heller. Färre kvinnor än män läggs in på intensivvården och studier indikerar att kvinnor har kortare intensivvårdstid och även mindre intensiv intensivvård. Ingen vet om det påverkar överlevnaden. Men det har betydelse för

fördelningen av våra resurser. Ett dygn på IVA kostar 55 000 kronor.

Detta presenterades under landstingets seminarium om jämställdhet i vården. Mia von Euler, ordförande i expertrådet för neurologiska sjukdomar, var där och talade om ojämlik strokevård. Här i Evidens skriver hon att sannolikheten för att en person som haft ischemisk stroke ska ta statiner som sekundärprofylax ökar om personen är man, välutbildad, höginkomsttagare och har diagnos stroke satt inom primärvården.

**VAD BEROR DESSA SKILLNADER** i jämlik vård på? Är de motiverade? Är de hopplöst relaterade till socioekonomi och samhällsstrukturer? Har de verkligen ingenting med attityder och beteendemönster i vården att göra? Något som vi kan förändra med mer medvetenhet?

Kvinnlig omskärelse är en företeelse som tyvärr blivit vanligare även i Sverige och som vi kan bli mer medvetna om. Läs om hur detta påverkar hälsan för tusentals kvinnor här i tidningen. Kvinnan som fått sitt könsorgan stympat finns även på din vårdcentral. Kanske kan du hjälpa henne.

Karin Nordin, chefredaktör

# De bästa läkemedlen för Stockholms läns invånare

Susanne Elfving, Kristina Ateva, båda apotekare och Marie-Louise Ovesjö, klinisk farmakolog, arbetar med att samla in och bearbeta materialet från expertråden samt att tillgängliggöra rekommendationerna.



KLOKA  
LISTAN  
FORUM  
2018

Stockholms läns läkemedelskommitté har valt ut 300 läkemedels- substanser för att de är effektiva, säkra och har ett bra pris.

De nya rekommendationerna i Kloka Listan kommunicerades under årets viktigaste läkemedelsdag, Kloka Listan Forum.

Evidens  
rapporterar



# 2018 Förändringar i Kloka Listan

## Nyttillkomna preparat

### Terapiområde

Osteoporos  
Diabetes typ 2  
Impetigo  
Rosacea  
Antikonception  
Funktionell dyspepsi  
Neuropatisk smärta  
Inflammatoriska system- och ledsjukdomar

### Preparat

alendronat + kalciumkarbonat + kolekalciferol (Tridepos)  
empagliflozin (Jardiance)  
fusidinsyra (Fucidin)  
ivermektin (Soolantra)  
levonorgestrel (Kyleena, hormonspiral)  
amitriptylin (Amitriptylin, Saroten)  
duloxetin (Duloxetin, Aritavi, Cymbalta)  
metylprednisolon + lidokain (Depo-Medrol cum lidocain)

## Preparat som utgått

### Terapiområde

Extern otit  
Järnbrist  
Intertriginös dermatit

### Preparat

betametason (Diproderm)  
järnkarboxymaltos (Ferinject)  
klotrimazol (Canesten)

## Flytt till specialiserad vård

### Terapiområde

Sömnstörningar hos barn och ungdomar

### Preparat

melatonin (Melatonin AGB)

# Empagliflozin in på Kloka Listan

SGLT2-hämmaren empagliflozin (Jardiance) rekommenderas som tillägg till metformin vid diabetes typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom.

Pontus Curman



Under 2017 uppdaterade Socialstyrelsen de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Det blev då högt prioriterat att erbjuda personer med diabetes typ 2 och manifest hjärtkärlsjukdom GLP-1-analogen liraglutid eller SGLT2-hämmaren empagliflozin som tillägg efter metformin. Nu kommer empagliflozin in på Kloka Listan för dessa patienter. SGLT2-hämmare hindrar återabsorption av glukos i njuren.

Liraglutid (Victoza) finns med på Kloka Listan sedan förra året. Liraglutid rekommenderas på samma indikation som empagliflozin, samt även till patienter med övervikt och otillfredsställande metabol kontroll trots behandling med metformin. GLP-1-agonister stimulerar receptorerna för det naturliga tarmhormonet GLP-1.

– I Kloka Listan betonar vi multifaktoriell be-

handling vid diabetes typ 2. Betrakta hälsosamma levnadsvanor med rätt kost och motion som en behandling och inte bara som en rekommendation. Behandla nikotinberoende, hypertoni och höga blodfetter och skatta risken för hjärt-kärlsjukdom med hjälp av NDR:s riskmotor, sa Pontus Curman överläkare Medicinkliniken, Ersta sjukhus och ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar.

Målstyrd blodsockerbehandling innebär att patienter utan komplicerande faktorer ska sträva efter ett HbA1c på 42–48 mmol/mol medan målet är under 52 mmol/mol för majoriteten av patienterna. – Men vi vet att det kan vara svårt att nå målen. Istället ska vi tillsammans med patienten jubla över varje liten förbättring i HbA1c som vi kan åstadkomma.

Karin Nordin

## Diagnos Diabetes typ 2

### Kost och motion

**Metformin** (ej vid GFR < 30 ml/min. Max 1 000 mg/dygn vid GFR < 45 ml/min)  
**Insulin** om mycket högt P-glukos eller uttalade hyperglykemisymtom (omprövas vid förbättring)

Om otillräcklig effekt efter 3 månader: HbA1c > 52/48 mmol/mol eller individuellt mål:  
Kontrollera blodsockerkurva P-glu före och 1,5–2 timmar efter måltid.

Normalfall	Uttalad övervikt	Manifest hjärt-kärlsjukdom	Njursvikt GFR<30 ml/min
repaglinid glimepirid NPH-insulin till natten snabbinsulin till måltid	GLP1-analog/liraglutid	SGLT2-hämmare/ empagliflozin alternativt GLP1-analog/liraglutid	repaglinid insulin <b>och uttalad övervikt</b> GLP1-analog/liraglutid vid GFR >15 ml/min

Om otillräcklig effekt efter 3 månader: HbA1c > 52/48 mmol/mol eller individuellt mål:  
Kontrollera blodsockerkurva P-glu före och 1,5–2 timmar efter måltid.

Lägg till annat glukos-sänkande läkemedel utifrån blodsockerkurva och övriga behov (undvik kombination SU-insulin)	Utvärdera effekt av liraglutid efter 3–6 mån Om dålig effekt på HbA1c och vikt: Sätt ut och välj annan behandling Om otillräcklig effekt på HbA1c: Lägg till annat glukos-sänkande läkemedel	Byte till empagliflozin/liraglutid Tillägg empagliflozin/liraglutid Tillägg annat glukos-sänkande läkemedel	Utvärdera eventuell liraglutidbehandling Justera insulinregim
---	---	---	--

# Bättre blodtryck och mer statiner till Stockholms diabetespatienter

Jämfört med andra landsting och i förhållande till Socialstyrelsens målnivåer ligger Stockholm bra till vad gäller glukoskontroll men sämre till vad gäller blodtryck och lipidbehandling. Här finns förbättringspotential.

För närvarande har Stockholm läns landsting 203 vårdcentraler rapporterat in data till Nationella Diabetesregistret, NDR. För hela landet finns 1 145 vårdcentraler med i registret.

I SLL har 56 procent av patienter med diabetes typ 2 ett HbA1c som är mindre än 52 jämfört med 52 procent för hela riket. Andelen diabetespatienter med ett blodtryck <140/85 är 54 procent både i SLL och i riket. Socialstyrelsens mål är dock 65 procent. Andelen som behandlas med statiner i SLL är lägre än i riket: 55 mot 62 procent.

I NDR fanns totalt 410 528 personer med diabetes registrerade 2016. 90 procent av dessa har diabetes typ 2. Data för 62 120 diabetespatienter

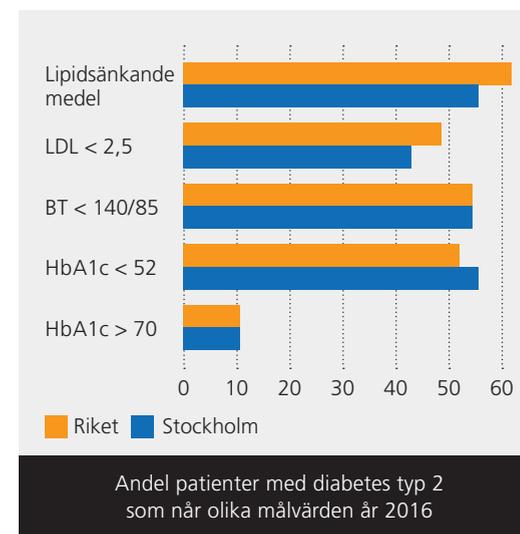
från SLL har rapporterats in. Medelåldern var 68 år mot rikets 69 år.

## Vi har inte nått målen för HbA1c

Lägre HbA1c minskar risken för mikrovaskulära diabeteskomplikationer och i viss mån för hjärt-kärlhändelser. Detta är dock inte visat för alla blodsockersänkande läkemedel. Socialstyrelsens mål är att mindre än 10 procent av personer med diabetes typ 2 bör ha ett HbA1c över 70, alltså mycket dålig glukoskontroll. Både i SLL och i riket som helhet är det 11 procent som ligger över 70 för HbA1c. Andelen varierar mellan 8 (Halland) och 15 procent (Norrbotten) i olika landsting. Uppgifterna är inte justerade för ålder, socioekonomi eller diabetesduration.

## Blodtrycksbehandling som räddar liv

God blodtryckskontroll minskar risken för stroke, hjärtinfarkt och njursvikt. Detta är visat för alla de fem vanliga läkemedelsklasserna. Socialstyrelsens mål är att mer än 65 procent av patienter med diabetes typ 2 bör ha ett blodtryck under 140/85. I SLL och i hela landet uppnår 54 procent detta. Detta varierar från 65 procent (Östergötland) till 46 procent (Blekinge) i Sverige. Under de senaste



4–5 åren har blodtrycken inte förbättrats. I Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer från maj 2017 uppges att individuell bedömning av blodtrycksmål bör göras men att lägre blodtryck än 140/85 ”kan övervägas för unga patienter och för patienter med förhöjd albuminutsöndring i urinen (makroalbuminuri) eller om behandlingen kan ges utan biverkningar”.

## Arbeta aktivt med lipidsänkare/lipidnivåer

Statinbehandling minskar risken påtagligt för hjärt-kärlhändelser hos diabetespatienter med förhöjd risk för detta. Socialstyrelsens rekommendation är att personer med diabetes och mycket hög risk (> 20 procent) för hjärtkärlsjukdom bör erbjudas behandling med statiner i högdos (högsta prioritet, 1 av 10). Personer med hög risk (> 8 procent) bör erbjudas behandling med statiner i normaldosering (prioritet 2 av 10). Patienter med lägre risk kan också erbjudas statin men detta har lägre prioritet (5 av 10). Använd gärna NDR:s riskmotor ([www.ndr.nu/#/risk](http://www.ndr.nu/#/risk)) för att bedöma patientens totala risk och inte enbart aktuellt LDL-värde.

I SLL får 55 procent av patienter med diabetes typ 2 lipidsänkande behandling mot 62 procent i riket. Andelen varierar i landstingen mellan 72 (Östergötland) och 55 (Västra Götaland). Utifrån inrapporterade data på riskfaktorer har NDR gjort en uppskattning av hur stor andel av diabetiker med mycket hög risk som får lipidsänkande behandling. För SLL:s del anges att 70 procent får behandling.

Det innebär att tre av tio patienter inte behandlas trots att detta har givits högsta prioritet av Socialstyrelsen.

Jämför med Östergötland där det är 15 procent som inte behandlas.

Andel patienter med lipidsänkande behandling i SLL

Vårdcentral med lägst förskrivning:

27%

Vårdcentral med högst förskrivning:

78%

Andelen patienter med diabetes som får lipidsänkande behandling i SLL varierar stort bland 203 vårdcentraler i Stockholms läns landsting. Fyra vårdcentraler med högst andel behandlade ligger mellan 73–78 procent, det vill säga lite högre än snittet för Östergötland. Medelåldern är 64–70 år. På fyra vårdcentraler med låg förskrivning är andelen patienter med lipidsänkande behandling 27–31 procent. Då har tre vårdcentraler med mycket låg andel behandlade patienter inte inkluderats på grund av att de har få patienter med diabetes. Dessa siffror får dock tolkas med försiktighet då skillnader på så små populationer som på vårdcentraler kan bero på slumpen och på socioekonomiska faktorer.

Christer Norman, allmänläkare Salems vårdcentral, ledamot i expertrådet för allmänmedicin

Per Wändell, allmänläkare, ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Jan Hasselström, allmänläkare Storvretens vårdcentral, ordförande i expertrådet för allmänmedicin

# Använd MINI för diagnostik av depression

Sju av tio personer med psykiska besvär söker hjälp i primärvården. När anamnes och somatisk status finns på plats är nästa steg att använda diagnosverktyget MINI.

Med vår kliniska blick missar vi varannan depression om vi inte använder strukturerad diagnostik, sa Sandra af Winklerfelt Hammarberg, allmänläkare och chef vid Liljeholmens vårdcentral.

Problemet är att patienter i primärvården har otydliga symtom eller andra sjukdomar som stress eller utmattnings, värk, oro eller trötthet. Även sorg och ensamhet kan vara svår att skilja från depression.

– Äldre män tillhör en riskgrupp för depression och bör uppmärksammas mer.

Formuläret PHQ9 går snabbt att genomföra och är i vissa fall tillräckligt för att ställa diagnos depression. Däremot ska MADRS inte användas för diagnos, utan enbart som en skattning av depressionens allvarlighetsgrad. MINI är det verktyg som rekommenderas i första hand.

– Det tar lite tid att genomföra men om ni inte gör det tappar ni ännu mer tid. Vi kan hjälpa patienten om vi vet vad det är vi behandlar.

Behandlingsmålet vid depression är fullständig remission. På Kloka Listan rekommenderas läkemedlen escitalopram och sertralin i första hand. Strategin är att optimera dosen under de två första behandlingsveckorna. Vid utebliven effekt eller besvärliga biverkningar kan man i vecka fyra byta till ett annat läkemedel. Om inte heller det ger tillräcklig respons kan ett läkemedel med annan verkningsmekanism läggas till.

– Många antidepressiva läkemedel har en placeboeffekt, det är bra, underskatta inte den, sa Mussie Msghina, överläkare Psykiatri Sydvest och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

Karin Nordin



Sandra af Winklerfelt Hammarberg

FOTO KARI KOHVAKKA



Mussie Msghina

FOTO KARI KOHVAKKA

” Cannabis har uppmärksammats i massmedier på senare tid men där är evidensen svagt emot användning vid neuropatisk smärta. ”

Nanna de Rezende Strander



FOTO: KARI KOHVAKKA

# Smärtreduktion målet vid neuropatisk smärta

Läkemedel har begränsad effekt vid neuropatisk smärta, knappt hälften av de behandlade får smärtlindring.

Det är viktigt att patienten förstår att målet med läkemedelsbehandlingen är smärtreduktion och inte smärtfrihet, sa Nanna de Rezende Strander, läkare, funktionsenhetschef Högspecialiserad smärta, Karolinska universitetssjukhuset.

Vid neuropatisk smärta är icke-farmakologisk behandling viktig. För patienter som inte har beröringsutlöst smärta kan transkutan elektrisk nervstimulering, TENS, vara effektivt.

Tricykliskt antidepressiva amitriptylin rekommenderas i första hand vid neuropatisk smärta på Kloka Listan. I en metaanalys från 2015 hade amitriptylin ett NNT-värde (number needed to treat) på 3,6 för att uppnå en 50-procentig smärtlindring. Nytt för i år är att serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmaren duloxetin (NNT 6,4) kommer in som alternativ till gabapentin (NNT 7,2) i andra hand på Kloka Listan.

Pregabalin har inte bättre smärtlindrande effekt än gabapentin men sannolikt större risk för beroende och rekommenderas därför inte. Tramadol och opioider har svagare evidens för behandling och utgör en risk för beroende. Lokalbehandling med kapsaicin, lidokain och botulinumtoxin har också svag evidens. Läkemedel som kan skapa beroende bör som regel undvikas eftersom det ofta kan bli fråga om en längre tids behandling.

– Cannabis har uppmärksammats i massmedier

på senare tid men där är evidensen svagt emot användning vid neuropatisk smärta.

Vid insättning av läkemedel är det viktigt att börja med en låg dos som sedan titreras upp långsamt. Då är chansen större att läkemedlet tolereras. Sätt in ett läkemedel i taget och utvärdera effekten. Läkemedel utan effekt ska trappas ut.

För amitriptylin är startdosen 10 mg till kvällen som sedan kan ökas med 10 mg ungefär var femte dag. Den slutliga dosen bör inte vara över 75 mg per dygn på grund av risken för biverkningar. Startdosen för duloxetin är ofta 30 mg som sedan ökas till 60 mg efter en vecka. Doser över 120 mg duloxetin rekommenderas inte. Gabapentindosen är beroende av njurfunktionen. En vanlig startdos är 300 mg som sedan trappas upp vart tredje dygn till högst 3 600 mg/dygn. Den lägsta effektiva analgetiska dosen bör titreras fram, behandlingen blir på så vis individualiserad.

– Var försiktig med tabletter vid behandling av äldre, särskilt med amitriptylin. Till äldre kan ibland lokalbehandling med plåster vara bättre även om de har ett lägre NNT.

Eftersom neuropatisk smärta ibland kan läka ut spontant föreslås uttrappningsförsök av den analgetiska behandlingen en gång per år.

Susanne Elfving  
apotekare Stockholms läns läkemedelskommittés  
expertråd för analgetika och reumatologiska sjukdomar

# Alla opioider kan vara beroende-framkallande

Förskrivningen av opioider är för hög i länet, särskilt vid icke-cancerrelaterad smärta. Det anser Stockholms läns läkemedelskommitté som nu förtydligar hur opioider bör användas i årets upplaga av Kloka Listan.

Vid akut smärta är det främsta målet smärtlindring medan det vid långvarig smärta framförallt eftersträvas en förbättrad funktion och livskvalitet.

För att underlätta för förskrivarna delas behandlingsrekommendationerna om opioidanalgetika in i tre delar under rubrikerna: Akut smärta, Långvarig icke-cancerrelaterad smärta och Cancerrelaterad smärta.

## Akut smärta

Behandling med opioider vid akut smärta bör vara så kort som möjligt och kan ofta avslutas efter 3–5 dygn. Behandling i mer än två veckor är sällan befogad och risken för att utveckla ett beroende ökar därefter. Morfin rekommenderas i första hand. Vid besvärande biverkningar av morfin kan oxikodon prövas i andra hand. Anledningen till att oxikodon rekommenderas i andra hand är signaler som tyder på en något större risk för beroende med oxikodon jämfört med morfin.

## Långvarig icke-cancerrelaterad smärta

Vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta är det sällan motiverat med opioider. Flertalet patienter blir inte smärtfria av läkemedel vid långvarig smärta, samtidigt som det finns risk för biverkningar och beroende. Istället blir icke-farmakologisk behandling betydelsefull. Fysioterapi med

” Behandling med opioider vid akut smärta bör vara så kort som möjligt och kan ofta avslutas efter 3–5 dygn. ”

till exempel strukturerad träning/fysisk aktivitet, stretching, värme/kyla, avslappningsövningar och TENS är bra icke-farmakologisk behandling. Psykologiska metoder som KBT (kognitiv beteendeterapi) och ACT (acceptance and commitment therapy) kan också rekommenderas.

## Cancerrelaterad smärta

Under rubriken cancerrelaterad smärta rekommenderas opioiderna morfin och oxikodon. När peroral behandling inte är lämplig kan fentanyl användas i specialiserad vård. Hydromorfon är ett alternativ när infusion av morfin eller oxikodon medför för stor volym. Basbehandling med paracetamol eventuellt i kombination med COX-hämmare bör också alltid övervägas. Om överlevnadstiden förmodas vara lång bör annan behandling, som rekommenderas vid långvarig smärta, ges i första hand. Behandling med opioider blir ofta aktuellt i ett senare skede av sjukdomen.

FOTO KARI KOHVAKKA



Susanne Elfving

” Vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta är det sällan motiverat med opioider. ”

## Kombinationspreparat kodein + paracetamol

Kodein + paracetamol ska endast ges till patienter som inte tolererar COX-hämmare. Läkemedlet är svår-doserat eftersom omvandlingen av kodein till morfin sker i varierande grad hos olika individer. Effekten av paracetamol + kodein vid till exempel akut smärta är marginellt bättre än enbart paracetamol och sämre än kombinationen ibuprofen + paracetamol.

Kodein + paracetamol ska inte ges till patienter med psykiatrisk samsjuklighet eller vid risk för opioidberoende. Användning avråds också i Kloka Listan till barn under 18 år på grund av dödsfall hos barn som tonsillektomerats och behandlats med kodein mot smärta. Det finns risk för andningsdepression hos barn som ammas av kvinnor som behandlas med kodein. Eftersom kombinationspreparatet kodein + paracetamol är svår-doserat är det inte lämpligt till äldre.

Buprenorfinplåster har lyfts ur avsnittet *Smärta och inflammation* i Kloka Listan eftersom inga opioider rekommenderas vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta. Rekommendationen av buprenorfinplåster finns dock kvar i avsnittet *Äldre och läkemedel*, eftersom det hos äldre i vissa fall kan vara indicerat med opioider även vid långvariga smärttillstånd.

Susanne Elfving

apotekare Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för analgetika och reumatologiska sjukdomar

# Opiooidtrender i Sverige

I medierna har det under senare år talats mycket om opioidepidemier och att den legala försäljningen av opioider i framför allt USA har ökat markant. Samtidigt som den illegala användningen också har ökat, med fler opioiderelaterade dödsfall som följd. I Sverige ser inte trenden likadan ut när det gäller den legala försäljningen men antalet narkotikarelaterade dödsfall har ökat även i Sverige.

**A**ntal patienter per tusen invånare som under ett år minst en gång hämtat ut en opioid på apotek har i stort sett inte förändrats under åren 2006 till 2016 i riket. Det har legat på omkring 77–80 patienter per 1 000 invånare\*. Däremot har förskjutningar skett mellan läkemedel. För oxikodon har antal patienter/1 000 invånare ökat i nästan alla landsting i Sverige de senaste fem åren, samtidigt som antal patienter som hämtat ut kodein + paracetamol har minskat under samma period. Detta oavsett om kodein + paracetamol rekommenderas på de olika landstingens rekommendationslistor. Trenden för morfin har varit relativt konstant medan den för tramadol varit nedåtgående de senaste fem åren, räknat på antal patienter/1 000 invånare. Samtidigt har den definierade dygnsdosen (DDD) per behandlad individ generellt minskat för opioiderna, med undantag för tramadol.

Det har varit mycket diskussioner kring de så kallade svaga opioiderna kodein och tramadol

\* Antal patienter definieras som antal individer som under ett år minst en gång hämtat ut ett läkemedel på apotek. Det är inte likställt med antal patienter som kontinuerligt använder läkemedlet. Antal patienter på ett år överskattar således antal patienter som just idag använder ett visst läkemedel. Källa: Socialstyrelsen

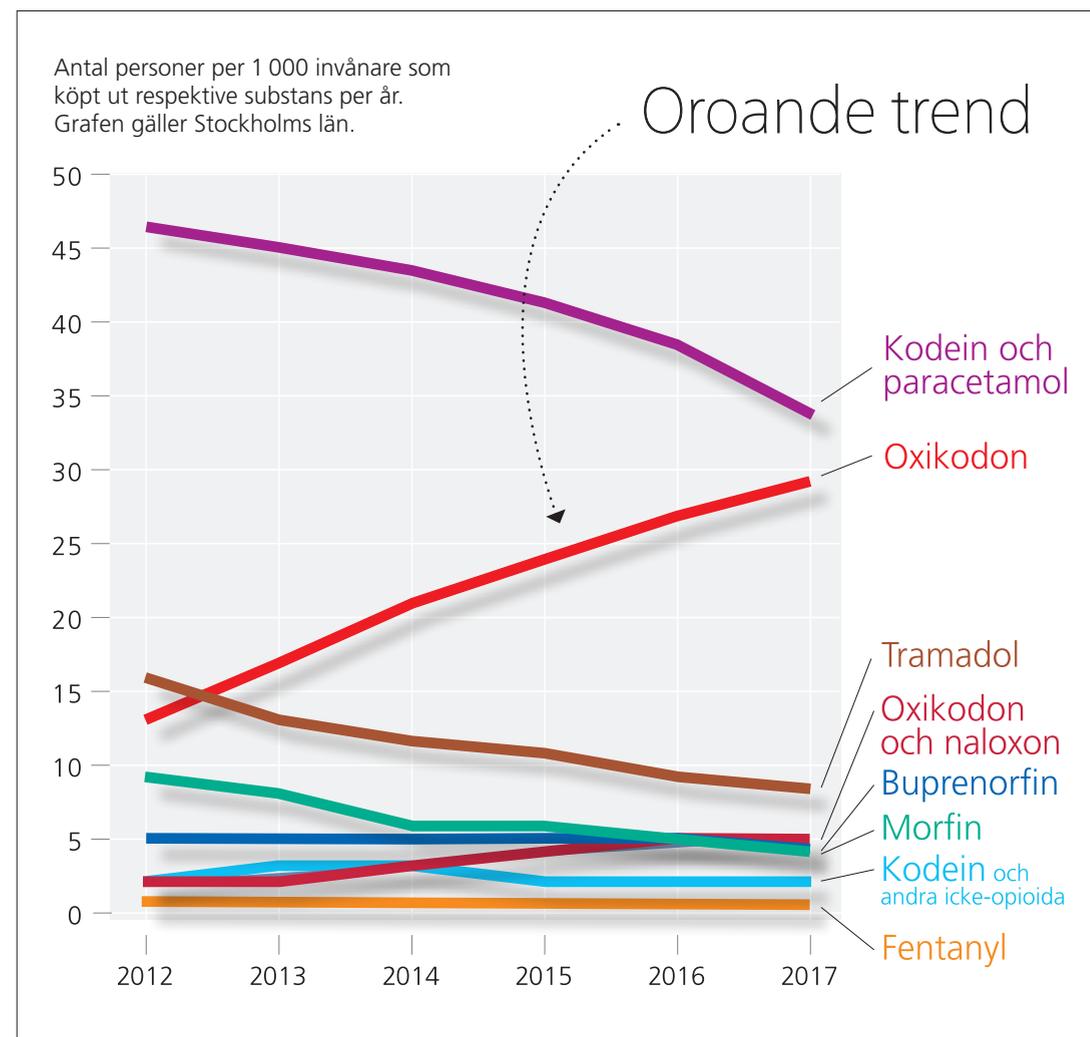
på senare tid eftersom doseffekten är svår att förutspå. Många experter är oense om de svaga opioidernas plats i terapin och detta kan vara en förklaring till den nedåtgående trenden för dessa läkemedel.

## Tramadol eftertraktat

Tramadol är den vanligaste opioiden i missbrukskretsar enligt en uppskattning från Polisen år 2015. Det är också den substans som det görs överlägset störst beslag av enligt Tullverket. Under 2016 gjordes beslag av 716 000 tabletter/kapslar av tramadol. I november 2017 kom det rapporter om att även beslagen av kodein ökar, även om det handlar om mycket färre tabletter än tramadol.

Alla opioider kan vara beroendeframkallande.

De opioider som varit vanligast förekommande bland dödsfall med läkemedels- eller narkotikaförgiftning som underliggande dödsorsak är metadon, fentanyl, tramadol och buprenorfin.



Det är svårt att säga något om skillnaden i risk för de olika substanserna, eftersom direkt jämförande studier saknas. Klinisk erfarenhet tyder dock på att det är högre beroenderisk för oxikodon än för morfin. Tramadol verkar ge värre abstinens än ex morfin. Generellt gäller att försiktighet ska ske vid förskrivning av alla opioider. En riskbedömning av beroende och problematiskt bruk ska alltid göras före insättning. Vid all opioidbehandling, inklusive kodein, är det viktigt med en behandlingsplan. All läkemedelsbehandling av smärta ska utvärderas kontinuerligt och omprövas om målet inte uppnås. Läkemedel utan effekt ska sättas ut.

Ansvaret för behandlingen ligger hos den läkare som sätter in den och det gäller tills behandlingen avslutats eller tills att ansvaret, inklusive behandlingsplanen, har övertagits av en kollega.

Susanne Elfving

apotekare Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för analgetika och reumatologiska sjukdomar



Angelica Lindén Hirschberg

# Hormonspiral allt vanligare som preventivmedel

Långverkande metoder som spiral och p-stav ger det mest effektiva skyddet mot graviditet. Trenden är nu att fler kvinnor använder långverkande metoder medan p-piller minskar som preventivmetod.

Hälften av unga kvinnor i Sverige använder kombinerade p-piller och med stigande ålder minskar andelen till förmån för långverkande metoder. Men nu kan även de långverkande metoderna rekommenderas till yngre kvinnor.

– Samtliga spiraler kan användas av alla kvinnor, oavsett om de tidigare varit gravida eller inte. All rådgivning ska vara individuell och alla kvinnor bör få information om alla tillgängliga metoder, sa Angelica Lindén Hirschberg, professor, överläkare Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för obstetrik och gynekologi.

” Samtliga spiraler kan användas av alla kvinnor, oavsett om de tidigare varit gravida eller inte. ”

Hormonspiralen Kyleena som frisätter 9 mikrogram levonorgestrel under 24 timmar är ny på Kloka Listan. Den är storleksmässigt jämförbar med den lilla lågdoserade gestagenspiralen Jaydess som avger 6 mikrogram levonorgestrel under ett dygn. Den något större hormonspiralen Mirena frisätter 14 mikrogram per dygn. Durationen är tre år för Jaydess medan de båda andra behåller sin effekt under fem år.

Mirena som innehåller högst halter av hormon har även indikationen riklig blödning samt som gestagentillägg för endometrieskydd vid östrogensubstitution.

Hormonspiraler verkar intrauterint och är den hormonella metod som har minst systempåverkan. Enligt Angelica Lindén Hirschberg räknar man därför med lägre risk för biverkningar än med p-piller. Akne och ökad kroppsbehåring är exempel på sidoeffekter som setts med hormonspiral.

– Kvinnor med BMI över 30 bör inte använda kombinerade p-piller på grund av den ökade risken för blodpropp. Där kan hormonspiral vara ett alternativ.

Karin Nordin

# Ingen idé förskriva hostmedicin

I Stockholms län är förskrivningen av Cocillana-Etyfin högst i landet. Detta trots att läkemedlet inte har någon visad effekt på hosta, sa Helena Almer, allmänläkare Gustavsbergs vårdcentral.

Fyra procent av befolkningen i Stockholm hämtade ut Cocillana-Etyfin (cocillana-extrakt + etylmorfin + senegaextrakt) på recept under 2016. Förskrivningen har varit ungefär lika stor under den senaste tioårsperioden. Det var många år sedan läkemedlet utgick ur Kloka Listan. Nästan åtta av tio recept på hostmedicin av alla sorter i Stockholm förskrivs inom allmänmedicin.

– Små barn och personer över 85 år får jättemycket hostmedicin trots att nyttan är tveksam, sa Helena Almer som även är ledamot i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar.

Hostmedicinerna Mollipect (bromhexin + efedrin), Cocillana-Etyfin och Lepheton (efedrin



Helena Almer

FOTO: KARIN KÖRVAKKA

+ etylmorfin) hjälper inte vid hosta enligt Helena Almer. Noskapin är ett opiumderivat utan rusningseffekt och kan ge lindring vid rethosta. Var uppmärksam på att noskapin kan ge gallspasm.

– Det finns en stor studie där barn med hosta fick honung över natt på en akutmottagning. Den visar att honung möjligen har en effekt akut. Det som var tydligt var att vårdnadshavarna blev lugnare när barnen fick honung.

Bedöm alltid orsaken till hosta. Det kan röra sig om allt från infektion till lungtumör, astma, sömnapné, lungemboli, cystisk fibros med mera.

– Behandla om det finns specifik behandling, men tänk efter innan du förskriver hostmedicin, tipsade Helena Almer.

Karin Nordin



**Inhalationssteroid** vid subakut hosta hos barn eller vuxna  
**Antikolinergika** vid ospecifik hosta hos barn  
**Beta-2-stimulerare** vid akut hosta hos barn eller vuxna  
**Antihistamin** vid akut eller kronisk hosta hos barn  
**Leukotrien** vid ospecifik hosta hos barn  
**NSAID** vid akut hosta hos vuxna

## Sätt datum för nytt ställningstagande

**Den som ordinerar ett läkemedel, eller ändrar en dosering, ska planera och dokumentera uppföljningen av behandlingen.**

Detta är tydligt i Socialstyrelsens nya föreskrifter om läkemedelsordination och läkemedelshantering från januari 2018. Åtgärden bör göras i såväl primärvård som öppen specialistvård och slutenvård och informationen ska överföras till slutanteckning och läkemedelsberättelse. Tidpunkten för nytt ställningstagande eller datum för avslutande av den ordinerade läkemedelsbehandlingen ska noteras i journalen. Läkemedelsordinationen ska tidsbegränsas när detta är lämpligt, till exempel för antibiotikakurer, protonpumpshämmare, sömnmedel eller smärtbehandling.

Läkemedelsbiverkningar orsakar 10 procent av akuta inläggningar av äldre personer på sjukhus. Omkring 60 procent av biverkningarna bedöms

vara möjliga att förebygga. Studier visar att bristande överföring av information om patientens läkemedelsbehandling vid vårdens övergångar är en viktig orsak till att biverkningar inte följs upp och förebyggs. Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse har införts i vården till följd av nationella och regionala krav. Läkemedelslistorna ska vara aktuella och spegla patientens verkliga behandling. De skärpta kraven på plan för uppföljning är ytterligare en åtgärd som ökar möjligheten till en god läkemedelsbehandling.

*Stockholms läns läkemedelskommittés  
expertråd för geriatriska sjukdomar*



### Klokt råd:

För varje läkemedelsordination – dokumentera planerad behandlingstid och ge patienten en aktuell läkemedelslista

#### Referenser

Se [www.janusinfo.se/klokt\\_rad\\_geriatrik](http://www.janusinfo.se/klokt_rad_geriatrik)

# Optimera levnads- vanorna inför operation

För patienter som ska genomgå en operation kan det löna sig att vara i god form. Prehabilitering med fysisk aktivitet, rökstopp, att inte dricka alkohol samt optimerad vikt och nutrition, kan underlätta rehabiliteringen.

V i pratar nu oftare om att vi vill optimera patienten och öka den funktionella reserven i väntan på kirurgi, sa Inga Tjäder, med dr, överläkare, ANOPIVA-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset samt ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för anestetika, vätsketerapi och nutrition.

Preoperativ fysisk träning hos patienter som genomgick toraxkirurgi gav till exempel, enligt en

Inga Tjäder



FOTO KARI KOHVAKKA

# Behandla mer vid osteoporos

Tridepos kombinationsförpackning är ny på Kloka Listan vid indikationen osteoporos.

A lendronat och kalcium + vitamin D3 som ingår i produkten rekommenderas sedan tidigare på Kloka Listan. Det Tridepos kan tillföra är ett förpackningsalternativ med tydlig och pedagogisk patientinformation.

– Bisfosfonater måste tas på rätt sätt för att de ska absorberas och för att man ska undvika biverkningar, sa Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare Södersjukhuset och ordförande i Kloka Listan-utskottet.

Fler patienter behöver få sekundärpreventiva läkemedel efter fraktur och i första hand rekommenderas alendronat eller zoledronsyra tillsammans med kalcium och D-vitamin.

I andra hand finns alternativet denosumab (Prolia). Förra året flyttade läkemedelskommittén denosumab från specialiserad vård till baslistan, något som snabbt fick effekt. Andelen förpackningar denosumab som förskrivs inom allmänmedicin ökade från 40 till 47 procent på ett år.

– Kom ihåg att den ökade bentätheten som denosumab ger förloras efter utsättning. Vi rekommenderar därför tillsvidarebehandling med denosumab till skillnad från vad som gäller för bisfosfonater.

Karin Nordin

sammanställning av åtta studier, färre atelektaser och pneumonier, men oförändrad mortalitet.

Övervikt och fetma påverkade enligt en svensk studie komplikationer vid hysterektomi. Ett BMI över 30 gav bland annat längre operationstid, fler postoperativa komplikationer och högre infektionsfrekvens. Undervikt kan också orsaka postoperativa problem.

Gränsen för riskbruk av alkohol i relation till kirurgi är två eller fler standardglas alkohol per dag, där ett standardglas motsvarar 33 cl starköl eller 12 cl vin.

– Det finns ett par studier på patienter med hög alkoholkonsumtion som fick intensiv alkoholintervention, med utbildning, abstinensprofylax, återfallsprevention och disulfiram, under fyra till åtta veckor före operation. Interventionen gav 70 procent färre postoperativa komplikationer jämfört med kontrollarmen.

Ju tidigare livsstilsförändringarna påbörjas, desto bättre. Olika system i kroppen behöver olika lång tid för optimering.

– För immunsystemet tar det omkring två till åtta veckor att återhämta sig efter att ha slutat med alkohol och rökning. Även tiden till att få en optimal sårhäkning kan vara upp till åtta veckor. Om du har en patient som du vet ska opereras, hjälp patienten genom att fråga om levnadsvanor och berätta om de positiva effekterna, sa Inga Tjäder.

Elin Jerremalm

” Ju tidigare livsstilsförändringarna påbörjas, desto bättre. Olika system i kroppen behöver olika lång tid för optimering. ”

# Nya möjligheter vid rosacea

Lena Hagströmer



FOTO KARI KOHVAKKA

Ivermektin (Soolantra) har tillkommit som förstahandsval vid medelsvår till svår rosacea.

## Symtom av tilltagande svårighetsgrad (från viss.nu)

### Flush

Ofta första symtom. Rodnad centralt i ansiktet, framförallt näsa och kinder. Svullnad som kommer och går.

### Telangiektatisk rosacea

Ytliga blodkärl, diskreta till framträdande.

### Papulopustulös rosacea

Som ovan och rodnade papler ibland med liten gul pustel.

### Rhinophyma

Förstorad näsa med grova porer och telangiektatiska kärl - relativt ovanligt. Kan drabba även kvinnor.

### Pyoderma faciale

Nodulocystisk rosacea - ovanlig. Ibland allmänpåverkan.

### Ögon

Rodnad, torrhetskänsla, konjunktivit, keratit.

Rosacea är en kronisk hudsjukdom som drabbar 5–7 procent av befolkningen, vanligen vid 30–50 års ålder. Sjukdomen är vanligare bland ljushyade med hudtyp 1 och 2. Till skillnad från akne ses inte svarta pormaskar, komedoner, sa Lena Hagströmer, överläkare och verksamhetschef Hudkliniken, Södersjukhuset, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hud- och könssjukdomar.

Etiologin till sjukdomen är okänd. Det är viktigt att undvika försämrande faktorer som till exempel sol, varm mat eller dryck, kryddor, hetta, kyla eller stress. Glukokortikoider, kosmetika och hudkrämer kan också ge rosacealiknande utslag. Det finns inte någon koppling mellan bildskärmsexponering och rosacea.

Vid mild sjukdom ges lokalbehandling med azelainsyra (Finacea) två gånger per dag i minst två månader innan effekten kan utvärderas. Om azelainsyra inte tolereras kan metronidazolkräm (Robaz, Rozex) testas med dosering två gånger per dag i högst tre till fyra månader.

– Huden kan vara känslig och bli torr av krämen och därför bör behandlingen smygas igång, till exempel en dos varannan dag för att sedan öka upp till två gånger per dag.

Vid medelsvår sjukdom med förtjockningar i huden kan i första hand lokalbehandling med ivermektin (Soolantra) en gång dagligen användas. Effekten utvärderas efter tre månader och behandlingstiden bör inte överstiga fyra månader. Ivermektin har länge använts inom veterinärmedicin och anses ha antiinflammatoriska och parasitdödande effekter. Vid fortsatta besvär eller vid otillräcklig effekt efter cirka tre månaders behandling med ivermektin kan tablett lymecyklin 300 mg två gånger dagligen läggas till i två till tre månader innan effekten utvärderas.

Vid terapivikt eller vid de svåraste formerna med rhinophyma eller ögonpåverkan remittera till specialist.

Elin Jerremalm

**Läs mer:** [www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hud--och-konssjukdomar/Rosacea/](http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hud--och-konssjukdomar/Rosacea/)



# KLOKA LISTAN FORUM 2018



SAMTLIGA BILDER FOTO KARI KOHVAKKA



Eva Wikström  
Jonsson  
tipsar om  
läkemedels-  
värdering



# Vem i hela världen kan man lita på?

Under de senaste decennierna har såväl utbudet av vetenskapliga publikationer inom det medicinska området som tillgängligheten till dessa ökat. Den senaste publikationen inom fältet finns ofta bara ett par klick bort.

Det ställer extra stora krav på att vi har ett strukturerat och medvetet förhållningssätt till ny information. Hur ska vi kunna bedöma den nya informationens tillförlitlighet och relevans för våra patienter?.

En god början kan vara att granska källan till informationen. Är källan en välkänd, referentgranskad tidskrift så är det bra, även om historien lärt oss att också dessa kan göra misstag. Olika processer kan ligga bakom originalpublikationer, översiktsartiklar och kongressabstrakt. Det förekommer att tidskrifter som normalt sett innehåller artiklar som genomgått grundlig referentgranskning har supplement som inte referentgranskats på sedvanligt sätt, så det går inte att bara nöja sig med tidskriftsnamnet.

De senaste 20 åren har så kallad open access blivit mycket vanligare. Då görs hela eller delar av en tidskrifts innehåll tillgängligt kostnadsfritt på internet genom att författare eller deras institutioner betalar kostnaderna. Det har gett fler läsare tillgång till nya vetenskapliga rön. Dessvärre har det också fört med sig nackdelar. Ju fler publicerade artiklar, desto mer pengar betalas in till tidskrifterna, vilket kan leda till att kvantitet värderas högre än kvalitet. På detta sätt har det dykt upp mindre seriösa aktörer, så kallade "predatory journals". Dessa annonserar efter artiklar och tar ut avgifter för online publicering, men har inte samma procedur för granskning av

” Vem har finansierat studien och varifrån kommer frågeställningen och designen? ”

redaktörer och kollegor (peer review) som de traditionella, välansedda tidskrifterna. Att en tidskrift med open access är indexerad i Web of Science eller The Directory of Open Access Journals brukar borga för viss kvalitet.

Författarnas identitet och arbetsplats är också av intresse. Är studien gjord i ett land där förhållandena liknar våra? Vilka jävsförhållanden finns uppgivna? Vem har finansierat studien och varifrån kommer frågeställningen och designen? Detta är exempel på frågor vi behöver ha med oss för att kunna värdera informationen i vetenskapliga publikationer.

Eva Wikström Jonsson

Web of Science: Via SLL-nätverket:  
<http://biblioteken.sll.se/databaser>

The Directory of Open Access Journals:  
<https://doaj.org/>

# Strokebehandling har blivit bättre och mer jämställd

Av Mia von Euler

docent, överläkare, ordförande i expertrådet för neurologiska sjukdomar samt ordförande i regionala strokerådet Stockholm Gotland

FOTO: MARTA THISNER

Idag får kvinnor med förmaksflimmer strokeförebyggande antikoagulantia i lika stor utsträckning som män, förutom i högre åldersgrupper. Sämre är det när det gäller statiner efter stroke. Där förekommer underbehandling hos både män och kvinnor, men den är särskilt uttalad hos kvinnor.

Incidensen av stroke verkar ha minskat under de senaste åren vilket man tror kan vara resultatet av bättre primär- och sekundärprevention. Det finns dock fortfarande personer som idag insjuknar i TIA/stroke som skulle kunna undvika det med bättre förebyggande läkemedelsbehandling. I ett forskningsprojekt stött av ALF-medel från Stockholms läns landsting har vi studerat ojämlikhet i strokevård i Stockholm och faktorer som är associerade med användning av förebyggande strokebehandling.

SLL:s Vårdanalysdatabas, VAL, har uppgifter om sluten- och öppenvårdsdiagnoser, uthämtade läkemedel mm. Data samkördes med information om kön, ålder och socioekonomi från Statistiska Centralbyrån. År 2011 använde fler män än kvinnor med förmaksflimmer antikoagulantia (53 procent av männen, 48 procent av kvinnorna). Fyra år senare, år 2015, hade könsskillnaden i princip försvunnit. Dessutom hämtade högre andel av personer med förmaksflimmer ut antikoagulantia (70 procent av männen, 71 procent av kvinnorna). En liten skillnad kvarstår i den allra äldsta gruppen där färre kvinnor hade antikoagulantia.

## Långt till målet om statiner

Enligt Socialstyrelsens mål ska minst 75 procent av de som haft TIA/stroke ha statiner som sekundärprofylax. Det är tveksamt om vi i Stockholm kommer att nå det målet. Inte ens 2/3 hämtar ut läkemedlen på längre sikt efter ischemisk stroke/TIA. I våra studier fann vi att sannolikheten att en person som haft ischemisk stroke hämtade ut statiner ökade om personen var man, välutbildad, höginkomsttagare och hade diagnos stroke satt inom primärvården. Endast hälften av patienter

.....► som haft stroke har fått diagnosen i primärvården. Det är ett stort problem eftersom diagnosen underlättar att man kan identifiera dessa patienter samt har visats leda till bättre behandling.

Varför vi har så dålig följsamhet till statinbehandling är omdebatterat. Det är förvisso inte helt ovanligt med biverkningar men ofta kan de hanteras med preparatbyte eller dossänkning. Det har även förekommit debatt i medierna om vikten av statinbehandling för att förebygga framtida hjärt-kärlhändelse. Det finns dock god evidens för statiner som sekundärprevention efter ischemisk stroke och TIA, även vid väsentligen normala kolesterolnivåer. De könsskillnader som påvisats vad gäller statinbiverkningar är motstridiga men en stor metaanalys fann att män hade mer svåra biverkningar än kvinnor. Läs mer om detta på Janusmed kön och genus.

Det är viktigt att komma snabbt till sjukvård vid stroke eftersom akutbehandlingarna som finns är effektivare ju tidigare de startas och inte är meningsfulla om det gått för lång tid. I en studie har vi analyserat larmsamtal rörande personer med stroke för att bättre förstå hur stroke kan identifieras. En dryg tredjedel av alla larmsamtal om kvinnor med stroke ringdes av hemtjänsten jämfört med vart tionde samtal om män med stroke. Detta speglar sannolikt att kvinnor är äldre än män när de får sin stroke. Något som var slående i studien var att det var dubbelt så vanligt att samtal om kvinnor med stroke klassades som

## Stroke

Stroke är en folksjukdom och varje år insjuknar cirka 25 000 personer i stroke i Sverige, 20 procent avlider och 25 procent återinsjuknar. Stroke kan inträffa i alla åldrar men är vanligare i högre åldersgrupper. Sjukdomen är ungefär lika vanlig hos män som hos kvinnor men män insjuknar vanligen i yngre ålder än kvinnor. Snittinsjuknandeåldern för stroke i Sverige är 73 år bland män och 78 år bland kvinnor, för TIA cirka ett år lägre.

”påverkat mentalt status” (36 procent hos kvinnor jämfört med 18 procent hos män). Detta stämmer väl med litteraturen där man finner att medvetandepåverkan, talstörning (som ibland kan tolkas som förvirring eller påverkat mentalt status) och allmän svaghet var vanligare hos kvinnor. De flesta studier visar också att kvinnor har mer omfattande stroke än män.

Vi ser dock inga könsskillnader i andelen kvinnor och män som får tillgång till akutbehandling med trombektomi eller trombolysbehandling vid ischemisk stroke. Effekten av behandlingarna är inte beroende av kön eller ålder.

Mia von Euler

### Referenser:

Se [www.janusinfo.se/strokebehandling\\_jamstalld](http://www.janusinfo.se/strokebehandling_jamstalld)



## Klokt råd:

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

Efter TIA/Stroke rekommenderas följande läkemedel på Kloka Listan:

- antihypertensiv behandling
- statin, i första hand simvastatin eller atorvastatin
- trombocythämmare: ASA och dipyridamol alternativt klopidogrel för de som inte har förmaksflimmer
- per orala antikoagulantia, i första hand NOAK apixaban (Eliquis), för de som har förmaksflimmer

För personer som haft hemorragisk stroke (hjärnblödning) rekommenderas antihypertensiv behandling.



# Kvinnlig könsstympning underskattat problem

” Har din patient upprepade urinvägsinfektioner? Fråga henne om hon är omskuren.”

Bitra Eshraghi

Vid könsstympning skadas eller skärs delar av de yttre könsorganen bort på flickor. Åldern då ingreppet utförs varierar. Det gör också typen av ingrepp, vem som utför det och förklaringarna till varför. Kvinnlig könsstympning förekommer bland både kristna, muslimer, judar och i andra religioner.

– Det är helt och hållet en kulturell företeelse som inte finns omnämnd i några religiösa böcker. Det

handlar om kontroll över kvinnors kroppar, säger Bitra Eshraghi, gynekolog och förlossningsläkare samt ansvarig för Amelkliniken vid Södersjukhuset.

Könsstympning utförs framför allt i en del länder i Afrika och i Mellanöstern. I Sverige har de flesta som könsstympats sitt ursprung i Somalia, Eritrea, Etiopien, Sudan och Gambia. Här i Sverige är könsstympning förbjudet i lag sedan 1982.

Urinvägsinfektioner, svamp, svårigheter att kissa,

menstruationsbesvär eller sexuella problem kan vara sådant som kvinnan söker vård för. Ska primärvårdsläkaren fråga kvinnan om hon är omskuren?

– Ja, det är vår uppgift att ställa relevanta frågor för att närma oss orsaken till ett problem och kunna erbjuda rätt behandling. Många av de kvinnor jag har mött säger också att de hellre vill att man frågar än att man undviker det. En del har sökt barnmorska eller gynekolog och inte ens där fått frågan om de är omskurna. Men det är inte heller alla som vet själva om de är omskurna eller inte.

Primärvården i Stockholm kan remittera direkt till Amelkliniken som är specialiserad på flickor och kvinnor med erfarenhet av könsstympning. Där görs en gynekologisk utredning och behandling innefattar allt från preventivmedelsrådgivning till öppningskirurgi. Ärrvävnad och cystor kan

FN uppskattar att över 200 miljoner kvinnor i världen är omskurna.

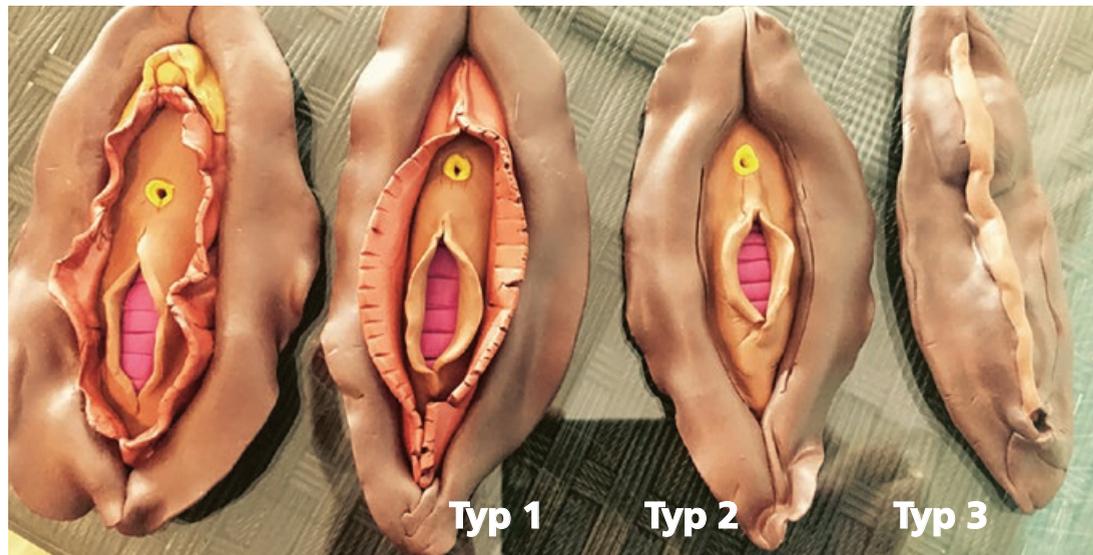
även opereras och psykosocial eller psykosexuell behandling erbjuds när det behövs.

## Registrera med kod

Kvinnlig omskärelse ska registreras i journalen med ICD 10-kod Z917. Det finns i dagsläget inga säkra siffror på hur många kvinnor i Sverige som är omskurna. Uppskattningar baseras på antalet migranter till Sverige från vissa länder och hur vanligt könsstympning är i dessa länder. Enligt dessa kan det finnas 38 000 könsstympade kvinnor i Sverige varav 7 000 är under 18 år.

– Vissa organisationer tror att siffran är för låg. Vi famlar i mörkret när vi inte arbetar med diagnoser från patientregistret. Det är ytterligare en orsak att faktiskt fråga och registrera. Oavsett antalet behöver vi arbeta på individnivå för en jämlik vård och det arbetet börjar när vi vågar fråga. Sannolikheten är stor att vi träffar kvinnorna i primärvården i Stockholm, säger Bitu Eshraghi.

Karin Nordin



Från vänster en modell av vulva. Modell två till fyra visar olika typer av omskärelse. Typ 1: Förhuden på klitoris och/eller klitoris tas bort. Typ 2: Klitoris skärs bort samt delar av eller hela de inre och yttre blygdläpparna. Typ 3: Delvis eller fullständigt borttagande av yttre genitalia. Därefter sys de yttre blygdläpparna ihop så att slidöppningen täcks. En liten öppning lämnas längst ner mot anus så att urin och menstruationsblod kan rinna ut. Typ 4: Prickning av klitorisområdet med ett vasst föremål, är också en form av könsstympning.

## Nytt stöd för rituximab vid MS

En jämförande analys mellan två landsting ger stöd för att förstahandsbehandling med rituximab (Mabthera) ger större chans att nå målen vid skovvis förlöpande multipel skleros, MS, jämfört med traditionella behandlingsval.

Granqvist M et al. Comparative effectiveness of rituximab and other initial treatment choices for multiple sclerosis. JAMA Neurol. 2018 Jan 8.

## Experterna kommenterar fetmaläkemedel

Effekten av de viktreducerande läkemedlen liraglutid (Saxenda) och naltrexon/bupropion (Mysimba) är måttlig, men i nivå med tidigare läkemedel mot övervikt. Läkemedlen saknar subvention.

Läs de fullständiga värderingarna från Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar på: [www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)

## Fler med hepatit C kommer erbjudas läkemedel

Läkemedelsbehandling av hepatit C har hittills varit begränsad till de svårast sjuka patienterna av kostnadsskäl. Nu kan alla som behöver det få läkemedelsbehandling i den takt som läkarbesök hos specialist kan erbjudas.

## Blodglukosmätare till de svårast sjuka

FreeStyle Libre är en medintechnisk produkt för kontinuerlig mätning av blodglukos. Vid diabetes typ 2 ska mätaren enbart användas av insulinbehandlade patienter med svårigheter att kontrollera blodsockret.

Stockholms läns landsting följer en ny rekommendation från rådet för nya terapier, NT-rådet. Enligt den ska användning av FreeStyle Libre vid diabetes typ 2 begränsas till patienter som:

- » använder en kombination av bas- och måltidsinsulin och
- » har ett HbA1c över 70 mmol/mol eller återkommande allvarliga hypoglykemier trots ansträngningar att anpassa insulindoserna.

Blodglukosmätaren används idag vid diabetes typ 1. En fördel med kontinuerlig mätning av blodglukos är att behovet av att mäta med hjälp av stick i fingret och teststickor minskar. Men eftersom produkten kan användas av en stor patientgrupp med sammanlagt mycket hög kostnad för sjukvården ska patienter med störst behov prioriteras. All användning av blodglukosmätaren ska rapporteras i det nationella diabetesregistret, NDR.

Information om hur produkten kan förskrivas finns i Hjälpmedelsguiden via Vårdgivarguiden.

Adresskälla: Stockholms läns landsting

### Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

# Fortbildning – ett axplock

MÅNDAG  
12  
MARS

## Hantera biverkningar av hjärtkärlläkemedel

12 mars 18:00–20:00  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

MÅNDAG  
19  
MARS

## Diabetes och psykiatrisk samsjuklighet

19 mars 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor  
Kristin Hjärleifsdottir Steiner medverkar



ONSDAG  
11  
APRIL

## Uppdatering UVI

11 april 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

ONSDAG  
18  
APRIL

## Grundkurs i vårdhygieniskt arbete

18 april 9:00–16:00  
Magnus Ladulåsgatan 63A  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor m.fl.

MÅNDAG  
23  
APRIL

## TBE - fästingburen hjärninflammation

23 april 13:15–16:30  
Landstingssalen, Hantverkargatan 45  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

MÅNDAG  
23  
APRIL

## Läkemedelsinducerad huvudvärk

23 april 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

TORS DAG  
26  
APRIL

## Akne, rosacea och hidradenitis suppurativa

26 april 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare

MÅNDAG  
21  
MAJ

## Glutenintolerans

21 maj 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp:  
Läkare, Sjuksköterskor  
Mikael Lördal medverkar.



## Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre



Den uppdaterade broschyren om läkemedelsbehandling av sköra äldre har anpassats efter nya nationella riktlinjer för demens, depression och diabetes samt till Kloka Listan 2018. Ett nytt avsnitt om urinvägsinfektioner har lagts till.

### Hämta broschyren:

[www.janusinfo.se/Om-oss/1/Informationsmaterial/](http://www.janusinfo.se/Om-oss/1/Informationsmaterial/)



Gilla Stockholms läns läkemedelskommitté på facebook

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