

Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA:
Kloka Listan 2015

Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare
och medicinsk redaktör för Kloka Listan

Flera nyheter i
årets Kloka Listan

■ SID 2

NOAK in på Kloka Listan

■ SID 4-5

Fler behandlingsmöjligheter
vid IBS

■ SID 6

Viktigt med alternativ
för rökavvänjning

■ SID 7

Färre inhalatorer
vid astma och KOL

■ SID 10

Undvik rutinmässig
testosteronkontroll

■ SID 11

Så jobbade vårdcentralen
för högre följsamhet

■ SID 12

Nya Kloka råd

■ SID 14-15

Fortbildningskalendarium

■ SID 16



Mycket nytt i Kloka Listan 2015

Kloka Listan 2015 innehåller flera viktiga förändringar. Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare och medicinsk redaktör för Kloka Listan:



FOTO: KARIN NORDIN

Marie-Louise Ovesjö

Vad är nytt i år?

– I Kloka Listan 2015 har vi utökade rekommendationer kring antitrombotisk behandling vid förmaksflimmer. Nu är kunskapen och erfarenheten större kring de nya perorala antikoagulantia och det har blivit motiverat att förändra rekommendationerna. Inom avsnittet om andningsvägarna har vi gjort förändringar kring valet av inhalatorer. Här är substanserna inte nya men inhalatorerna har också stor betydelse för behandlingsresultatet.

– IBS, Irritable Bowel Syndrome, är vanligt och medför stora besvär för en del patienter. Nu har vi utökade rekommendationer för IBS. Rökstopp är en angelägen åtgärd för att förebygga eller förbättra prognosen för många sjukdomar. Vi har nu utvidgat rekommendationerna för rökavvänjning.



Hela detta nummer av Evidens ägnas åt Kloka Listan och det som presenterades under Kloka Listan Forum 20 januari.

Finns det fler förändringar som du vill nämna?

– Vi fortsätter att förstärka barnperspektivet, till exempel med profylaktisk behandling av migrän hos barn och ungdomar.

– Vid diabetes mellitus typ 2 rekommenderas nu även repaglinid (Novonorm) i andra hand som alternativ vid otillräcklig effekt av metformin. Detta ligger i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes som är på gång.

– Escitalopram är nu ett av förstahandsmedlen vid depression och ett av andrahandsmedlen vid ångestsyndrom.

– Det har även tillkommit nya rekommendationer för specialiserad vård, till exempel preoperativ behandling av myom, manlig hypogonadism och immunosuppression vid njurtransplantation.

Är det ovanligt många förändringar i år?

– Det är flera förändringar som berör många patienter och vanliga sjukdomar i år. Det beror dels på att vissa nyare läkemedel har blivit tillräckligt etablerade för att kunna rekommenderas, dels på att vissa äldre läkemedel nu har blivit mer kostnadseffektiva i och med patentutgångar. Det är förstås önskvärt att rekommendationerna är någorlunda stabila från år till år men samtidigt måste man göra förändringar när det är motiverat. Det är viktigt att vi har bra rekommendationer. Men för att nå bästa möjliga behandlingsresultat måste patienten vara delaktig i behandlingen. Och läkaren måste alltid följa upp hur det går.

Och nu blir det ännu lättare att använda Kloka Listan?

– Ja, nu lanserar vi Kloka Listan som en webbapp vilket innebär att den blir lätt att läsa på alla mobila enheter som telefoner och läsplattor. Spara bokmärket på hemskärmen så når du Kloka Listan även när du inte är uppkopplad.

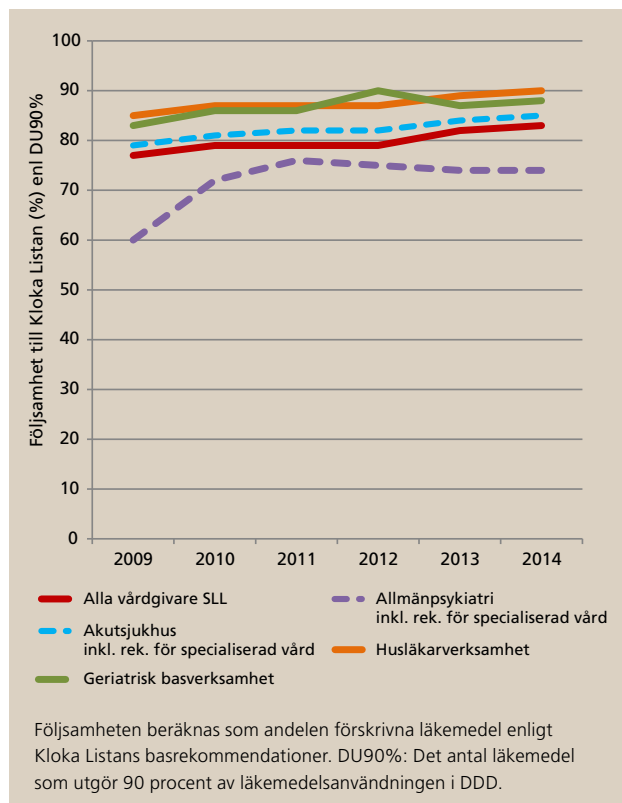
– Kloka Listan finns förstås som tidigare även som pappersversion. Webbversionen på Janusinfo har också förbättrats och fått utökade sökmöjligheter.

KARIN NORDIN



Skanna QR-koden eller gå in på Janusinfo/klokalistan för att nå Kloka Listan i mobilen.

Hög följsamhet till Kloka Listan



Förskrivna läkemedel enligt Kloka Listan



Till:	Kvinnor	Män
15–44 år:	78 %	67 %
85+ år:	87 %	86 %

Årets läkemedelsarbete har startat



Kloka Listan 2015 är här! Kloka Listan är resultatet av en omfattande process som pågår under hela året.

Stockholms läns läkemedelskommittés 21 expertråd har återigen gjort ett mycket gediget arbete. De har granskat den vetenskapliga litteraturen, värderat läkemedels plats i terapin och tagit hänsyn till internationella och nationella rekommendationer och beslut om förmån för läkemedel.

Expertrådets förslag presenteras för Stockholms läns läkemedelskommitté, som är en obunden tvärprofessionell medicinsk styrgrupp för läkemedelsarbetet i Stockholms läns landsting. Efter noggranna genomgångar av förslagen fastställs läkemedelsrekommendationerna i Kloka Listan.

Kloka Listan görs i tre pappersversioner och en digital version. Förskrivare kan med stöd av Kloka Listan ge patienter tillgång till bästa möjliga läkemedelsbehandling vid vanliga sjukdomar och patienten kan diskutera sin behandling med läkaren med hjälp av Kloka Listan.

Hela det här numret av Evidens är ägnat åt de nya rekommendationerna i Kloka Listan och alla viktiga förändringar som också kommunicerades på Kloka Listan Forum.

Starten för årets läkemedelsarbete är Kloka Listan Forum – årets viktigaste läkemedelsdag. Ta del av presentationerna på webb-tv på Janusinfo.

Välkomna till våra fortbildningar!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL Nr 1, 2015 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare (tjänstledig) · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund · E-post lakemedelskommitten@sil.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2015 · Omslagsbild: Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare och medicinsk redaktör för Kloka Listan, foto: Kari Kohvakka · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: lakemedelskommitten@sil.se

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



NOAK in på Kloka Listan

En av de viktiga förändringarna i årets Kloka Lista är att två nya orala antikoagulantia, NOAK, nu rekommenderas för behandling av förmaksflimmer som alternativ till warfarin. Men kom ihåg att ha samma respekt för NOAK som för warfarin.

Av Paul Hjemdahl, professor, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar

Tomas Forslund, distriktsläkare Gröndals vårdcentral och ledamot i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar

Erfarenheten av och kunskapen om NOAK vid förmaksflimmer har ökat allt mer under senare år. Efter som användningen visat sig vara ändamålsenlig har tiden nu blivit mogen för oss att rekommendera dessa antikoagulantia i Kloka Listan.

Preparaten betraktas idag inte som specialistpreparat utan kan mycket väl sättas in i primärvården i okomplicerade fall. Flertalet patienter kommer också att följas upp i primärvården. I Kloka Lista 2015 rekommenderas warfarin eller apixaban (Eliquis) i första hand och dabigatran (Pradaxa) i andra hand.

Bortåt 50 000 vuxna personer i Stockholm har fått diagnosen icke-valvulärt förmaksflimmer och förekomsten ökar totalt sett och med stigande ålder. Sjukdomen är vanligare hos män men kvinnor har

en högre tromboembolirisk.

Skatta alltid strokerisken med CHA_2DS_2VASc innan du tar ställning till tromboemboliprofylax. Vid $CHA_2DS_2VASc \geq 2$ poäng finns indikation för antikoagulantibehandling som ska vägas mot blödningsrisk och andra patientfaktorer. Vid $CHA_2DS_2VASc = 1$ poäng kan behandling

övervägas i samråd med patienten. Tänk på att om patienten endast har en poäng vid skattningen, så är ålder över 65 år den tyngsta riskfaktorn.

Se den uppdaterade lathunden om antikoagulantia-behandling vid förmaksflimmer för mer information om riskskattning.



Paul Hjemdahl

FOTO: KARI KOHVAKKA

NOAK bör INTE användas i vissa fall

NOAK är kontraindicerade vid mekanisk hjärtklaffprotes och vid signifikant klaffsjukdom.

Vi avråder från NOAK-behandling hos patienter med:

- Förväntat låg följsamhet
- Avancerad njursvikt (eGFR < 25–30 ml/min)
- Levercirrhos
- Malabsorption
- Gravida
- Potentiellt allvarlig blödningskälla

Interaktioner

NOAK interagerar med en rad läkemedel, till exempel antiarytmika, vilket kan kräva dosanpassning eller byte av behandling. Observera att interaktionerna och beroendet av njurfunktion för sin utsöndring skiljer mellan de tre NOAK.

NOAK

NOAK verkar direkt med effekt inom en halv till två timmar. NOAK är kortverkande och effekten försvinner snabbare efter senaste dos jämfört med för warfarin. Det finns två typer av NOAK med olika verkningsmekanism: faktor Xa-hämmare och trombinhämmare. Vår nya rekommendation ger vården möjlighet att erbjuda fler patienter antikoagulantia-behandling.

Behandling av patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med NOAK har i multinationella studier visat lika bra eller bättre effekt och säkerhet som behandling med warfarin. Men det är oklart i hur stor utsträckning resultaten från de stora multinationella studierna kan generaliseras till svensk sjukvård och till patienter med välfungerande warfarinbehandling.

En fördel med NOAK-behandling är att färre patienter har drabbats av hjärnblödning jämfört med warfarin i de multinationella studierna. Samtidigt saknar medlen än så länge dokumenterad behandling för att reversera effekten. Vid val av NOAK ska läkemedlens skilda egenskaper i relation till patientkaraktäristika och patientens önskemål beaktas. Av särskilt intresse är medlens beroende av njurfunktion för sin eliminering (och därmed för doseringen och i samband med blödningar eller kirurgi) där dabigatran är det mest och apixaban det minst njurfunktionsberoende medlet.



Tomas Forslund

FOTO: KARI KOHVAKKA

Regelbundna blodprov såsom vid warfarinbehandling behövs inte men i vissa situationer behövs mätningar med specialtester. Initiering av behandling med NOAK förutsätter att patienterna är väl informerade och förväntas ha en god följsamhet. Patienten ska bära antikoagulantia även vid behandling med NOAK.

Uppdaterad information

- Lathunden om antikoagulantia-behandling vid förmaksflimmer. www.janusinfo.se/ak_lathund
- Rekommendationer om stroke-profylax med warfarin eller nya orala antikoagulantia (NOAK) vid förmaksflimmer www.janusinfo.se/rek_formaksflimmer



Warfarin

Det finns i dagsläget ingen anledning att byta en välfungerande warfarinbehandling. Om patienten har mekanisk hjärtklaff eller signifikant mitralisstenos är warfarin den enda rekommenderade behandlingen. Sköra, äldre patienter och patienter med uttalad njursvikt bör också i första hand få warfarin eftersom det ökar möjligheten att individualisera intensiteten i behandlingen. Vid ischemisk hjärtsjukdom är warfarin ett bra val då

läkemedlet har en dokumenterad skyddseffekt efter hjärtinfarkt.

Warfarinbehandling med PK(INR) inom intervallet 2,0–3,0 cirka 60–70 procent av tiden minskade i äldre studier risken att drabbas av stroke med cirka 65 procent jämfört med placebo enligt intention-to-treat. Med fullföljd behandling stiger siffran till upp mot 80 procent. De stora studierna och uppföljningar visar att vi ofta har mycket god kvalitet på warfarinbehandlingen i Sverige.

I samband med konvertering (elektrisk eller farmakologisk) kan endera warfarin eller NOAK användas för att minska embolirisken. Rutinerna skiljer sig i olika situationer, se lathunden.

ASA

Acetylsalicylsyra, ASA, minskade i placebo-kontrollerade studier strokerisken med endast cirka 20 procent och i studier som jämfört ASA med warfarin eller apixaban medförde ASA-behandling en betydligt större risk för stroke men en liknande risk för blödning. Antikoagulantia-behandling är därför mycket bättre när tromboemboliprofylax är indicerad och möjlig att genomföra. ASA kan bli aktuellt vid förmaksflimmer och manifesterad aterosklerotisk sjukdom, när antikoagulantium inte kan eller bör ges.

Välj antikoagulantia-behandling före ASA om det är indicerat och möjligt att genomföra.

Försiktighet och respekt

Det är viktigt att ha samma respekt för NOAK som för warfarin. Samtliga antikoagulantia ställer särskilda krav på patientinformation och systematisk uppföljning med kontroll av följsamhet, njurfunktion, interaktion med andra läkemedel och blödningsrisk. Glöm inte heller antikoagulantia-brickan som kan vara mycket betydelsefull vid akut sjukdom.

Vid nyinsättning av NOAK rekommenderas uppföljning efter en månad följt av kontroller efter sex och 12 månader och därefter minst årligen. Blodstatus och kreatinin bör kontrolleras minst årligen och tätare vid behov.

KLOKT RÅD

Vid förmaksflimmer, skatta alltid strokerisken med CHA_2DS_2VASc och ta ställning till tromboemboliprofylax. Välj antikoagulantia-behandling före ASA.



Fler behandlingsmöjligheter vid IBS

IBS är vanligt och ett syndrom som sänker livskvaliteten i paritet med sjukdomar som depression eller diabetes. Nu uppdateras Kloka Listan med ett nytt preparat för specialiserad vård vid IBS.

Av Mikael Lördal, med dr, överläkare, Gastrocentrum, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar



Mikael Lördal

FOTO: KARI KOHVAKKA

Irritable bowel syndrome, IBS, räknas till de funktionella mag- och tarmsjukdomarna vilket innebär att det inte finns någon organisk förklaring till besvären som kan påvisas med undersökningar eller provtagning. Diagnostiken av IBS grundar sig på de så kallade Rom-III kriterierna:

Återkommande episoder med buksmärtor

Tillsammans med minst 2 av nedanstående symtom

- Smärtan/obehaget lindras vid tarmtömning
- Förändrad tarmtömningsfrekvens
- Förändrad avföringskonsistens eller form

Besvär minst tre dagar per månad de senaste tre månaderna, med debut minst sex månader tillbaka i tiden

IBS brukar delas in i tre olika grupper beroende på typ av avföringsrubbing. Förstoppningsdominerad och diarrédominerad IBS förkortas IBS-C respektive IBS-D. IBS-M är IBS med omväxlande diarré och förstoppning. I Sverige svarar de olika patientgrupperna för 24, 32 och 44 procent.

IBS är vanligt, uppskattningsvis 15 procent av Sveriges befolkning har IBS. Sjukdomen debuterar ofta i ung vuxenålder och två tredjedelar av de som insjuknar är kvinnor. Vid utredning av IBS gäller det att ta ställning till om symtomen kan förklaras av någon annan sjukdom än IBS, till exempel celiaki, laktosintolerans, inflammatorisk tarmsjukdom eller kolorektal cancer. Omfattningen av utredningen bestäms av patientens ålder, symtomduration och eventuella alarmsymtom/-tecken.

Prognosen är mycket god i det avseendet att det inte finns några komplikationer och att mortaliteten inte är högre än

för personer utan IBS. Däremot har flera undersökningar visat att patienter med IBS skattar sin livskvalitet som sämre jämfört med friska och ungefär lika dåligt som patienter som har diabetes, depression och avancerad njursjukdom. Sjukfrånvaron är högre än för friska och produktiviteten har i vissa undersökningar visat sig vara lägre.

Kostförändring hjälper ofta

Vid behandling av IBS är det viktigt att ta sig tid att förklara sjukdomens patofysiologi för patienten och att det inte finns några komplikationer eller ökad dödlighet. Att söka efter utlösande faktorer, såsom livsstil och kost, och att i möjligaste mån försöka påverka dessa bör föregå diskussion kring läkemedelsbehandling. Många patienter märker att besvären går att påverka med kost och är intresserade av kostförändringar, läs mer på Viss.

Läkemedelsbehandlingen inriktas på symtomen. Om diarré är dominerande avföringsrubbing är loperamid väl beprövat. Vid förstoppningsdominerad IBS är bulkmedel förstahandsval och makrogolpreparat andrahandsval. Buksmärtor vid IBS kan behandlas med amitriptylin i startdosen 10 mg till natten vilken kan titreras upp till 25–50 mg. Hos patienter med IBS-C begränsas användningen av amitriptylin av dess förstoppande effekt. Nyligen godkändes substansen linaklotid (Constella) på indikationen IBS-C. Mot bakgrund av den ännu så länge begränsade erfarenheten av nytta på längre sikt är preparatet i Kloka Listan 2015 angivet som ett preparat för specialiserad vård.

Alarmsymtom/-tecken

Tecken som talar mot IBS

- Blod i avföringen
- Feber
- Matleda
- Viktnedgång
- Progredierande smärta
- Smärta som stör nattsömn
- Anemi
- Palpabel resistens
- Ålder över 45 år

Två nya läkemedel vid tobaksavvänjning på Kloka Listan

Bupropion (Zyban) och vareniklin (Champix) rekommenderas om rökstopp inte uppnåtts med nikotinersättningsmedel.

Av Elin Jerremalm

– Nummer ett vid rökstopp är alltid motivation och som nummer två kommer råd och stöd, men läkemedel kan vara ett bra komplement, sa Hans Gilljam, professor, Karolinska institutet, institutionen för hälsovetenskap.



När det gäller förstahandsvalet bland läkemedel, nikotinersättningsmedel, finns ett flertal beredningsformer, till exempel tuggummi, plåster, inhalator och sugtabletter. De olika formerna ger i studier ungefär samma resultat, så valet blir individuellt. Det viktigaste är att medlet används när det behövs. Biverkningarna är få med nikotinersättningsmedel.

– Underbehandling, för kort tid eller för låg dos, är en vanlig orsak att misslyckas. Det kan vara bra att kombinera långverkande, exempelvis plåster, och kortverkande nikotinersättning, till exempel en oral produkt. Behandlingen påbörjas innan rökstopp, som sedan ska ske tvärt, sa Hans Gilljam.

Två ytterligare alternativ

Bupropion och vareniklin har nu kommit in i Kloka Listan och rekommenderas, i första respektive andra hand, om rökstopp inte uppnåtts med nikotinersättningsmedel.

Bupropion vid rökavvänjning doseras 150 mg en gång dagligen de första sex dagarna och därefter 150 mg två

gångar dagligen. Rökstopp inplaneras sju till tio dagar efter terapistart. En vanlig biverkan är sömnsvårigheter om kvällstabletten tas för sent. Bupropion ska inte ges till personer som riskerar kramp, till exempel personer med epilepsi.

Vareniklin ges i upptrappningsschema under totalt tolv veckor. Rökslut rekommenderas en till två veckor efter terapistart. Illamående är en vanlig biverkan. Behandlingen är kontraindicerad vid allvarlig njursvikt och det är viktigt att vara observant på nydebuterade psykiatriska symtom.

– Anledningen till att bupropion i Kloka Listan prioriteras före vareniklin är att amerikanska, brittiska och nya zeeländska studier visar högre biverkningsrapportering av allvarliga neuropsykiatriska tillstånd för vareniklin. Den amerikanska läkemedelsmyndigheten, FDA, har försett vareniklin med en varning. Dock finns en osäkerhet kring hur den högre biverkningsrapporteringen för vareniklin än för bupropion vid rökavvänjning ska värderas, säger Mussie Msghina, docent, överläkare, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

” Nummer ett vid rökstopp är alltid motivation och som nummer två kommer råd och stöd, men läkemedel kan vara ett bra komplement

Enligt studier är effekten, att uppnå minst sex månaders rökfrihet, signifikant bättre än placebo för all läkemedelsbehandling. Nikotinersättning i monoterapi och bupropion verkar vara ungefär jämförbara och vareniklin har bättre effekt.

– Bästa utfallet fås i kombination med kvalificerat rådgivande samtal enligt Socialstyrelsens riktlinjer. En god uppföljning av en intresserad läkare har också stor betydelse för utfallet, sa Hans Gilljam.

Vad blir årets viktigaste läkemedelsfråga?

– **Att få en bättre läkemedelsanvändning** vid oro och ångest för våra demenssjuka patienter. Där gör vi inte alltid det optimala. Vi bör bli bättre på att använda de olika behandlingarna och utnyttja läkemedlets olika effekter.



Sara Kashani, sjuksköterska, Hallen äldreboende

– **Antikoagulantia** vid förmaksflimmer och hur vi ska hantera övergången från warfarin till nya orala antikoagulantia, NOAK, i öppenvården. De nya rekommendationerna kommer att innebära ett bortfall av patientbesök för uppföljning som kan få följd för ekonomin.



Ulla Nokki-Nordström, allmänläkare, Stureby vårdcentral

– **Miljön och läkemedel.** Vi måste tänka mer på hur miljön och framtiden påverkas av läkemedel, inte bara för människor utan för alla levande varelser. Vi bör bli mer restriktiva i förskrivningen av läkemedel som påverkar miljön, särskilt av antibiotika.



Stig Samuelsson, demensutredare och -läkare, minnesmottagning, Capio Geriatrik Nacka

– **Warfarin och NOAK.** Många patienter har hört talas om NOAK och vi har brottats med att motivera varför de inte ska få det. Nu får vi ändra oss lite grand och det kan bli en utmaning att få patienter att stå kvar på det gamla. Warfarin är en stor inkomstkälla för vårdcentraler så det blir intressant att se hur ekonomin påverkas.



Jesper Hegestam, allmänläkare, vårdcentralen Söderdoktor

Kloka Listan Forum





Vad blir årets viktigaste läkemedelsfråga?



Ilse Mäe Larsson, tandläkare, egen praktik i Tumba

– **Att inte ge antibiotika.** Nu är det katastrof när det gäller antibiotikaresistens. Men jag möter massor med patienter som tycker att de ska ha antibiotika. Jag har ställt ut plastboxar med broschyrer om varför vi inte ska använda antibiotika i onödan i väntrummet. Vi får inte ge medicin när det inte finns behov av det.



Johan Fridgren, ST-läkare, allmänmedicin, Boo vårdcentral

– **Warfarin.** Det är många patienter som vill byta till nya orala antikoagulantia, NOAK, nu. Vi måste väga in både för- och nackdelar. Att minska antibiotikaförskrivningen är en annan viktig fråga.



Sten Forsberg, läkare och medicinsk rådgivare, Capio närsjukvård

– **Antikoagulantia-behandling.** Vi har väntat på tydliga riktlinjer för hur vi ska hantera detta och nu har vi fått bra råd.



Kristina Jarl, läkarchef, Brommageriatriken

– **Att förbättra läkemedelslistan** för patienter på äldreboenden. Ett stort antal problem är orsakade av fel i läkemedelsbehandlingen. Om vi kan informera ordentligt och öka kvaliteten på läkemedelslistan kan vi minska antalet akutinläggningar.

Färre inhalatorer vid astma och KOL

Genom att fokusera på ett mindre antal inhalatorer blir det lättare att lära in och lära ut hur de fungerar. Det ger i sin tur säkrare och mer effektiv användning.

Av Eva Wikström Jonsson

Under de senaste åren har flera olika inhalatorer med samma aktiva substans i funnits med på Kloka Listan, i syfte att underlätta individualisering av behandlingen. Mycket av återkopplingen på de rekommendationerna har gällt att det har funnits för mycket att välja på och att det ställer stora krav att lära sig så många inhalatorer. Visst är det viktigt att individualisera behandlingen, men såväl forskning som praktisk erfarenhet gör det tydligt att en av de begränsande faktorerna vad gäller resultatet av inhalationsbehandlingen är just användningen av inhalatorn. Att den som visar inhalatorn verkligen behärskar den själv är viktigt. Därför finns det färre inhalatorer att välja på i Kloka Listan 2015.

Easyhaler finns nu rekommenderad på alla steg i behandlingen av astma hos vuxna. Terapitrappan har däremot inte ändrat sig principiellt. Grunden i astmabehandlingen är inhalationssteroider. Det understryks i den redan nu gällande remissversionen av *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL*. Först till patienter som har terapivikt vid regelbunden underhållsbehandling med inhalationssteroid, på steg tre i behandlingstrappan för astma, kan det bli aktuellt med fast kombination av inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare. I Kloka Listan 2015 finns den fasta kombinationen av budesonid och formoterol i Bufomix Easyhaler.

Samma läkemedel och inhalator återfinns även bland de rekommenderade behandlingsalternativen till patienter med KOL med FEV1 mindre än 50 procent av förväntat och frekventa exacerbationer. I övrigt har inga nya läkemedel tillkommit i Kloka Listan 2015 på indikationen KOL.

Uppföljning är viktigt. Be patienten visa hur de använder inhalatorn. Att det tidigare fungerat bra är ingen garanti – ibland behöver behandlingen omprövas på grund av samtidiga sjukdomar som förändrat förutsättningarna.



FOTO: KARI KOHVAKKA

Optimera hjärtsviktsbehandlingen

Ställ hjärtsviktsdiagnos korrekt och använd behandlingstrappan. Med måldoser och kontroll på hjärtfrekvens får sjukdomen bäst prognos och patienten minst symptom.

Av Karin Nordin

Hjärtsviktsdiagnosen kan vara svår att ställa i ett tidigt skede eftersom symtomen är allmänna och vaga, som trötthet, andfåddhet och bensvullnad. Natriuretiska peptider, NTproBNP, på över 125 pg/m eller ett patologiskt EKG är tecken på att det är värt att gå vidare med ett Eko.

– Diagnosen kan inte ställas enbart med EKG, men ett helt normalt EKG talar starkt emot diagnosen hjärtsvikt, sa Frieder Braunschweig, docent, överläkare Hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset.

Behandla enligt trappan

Flera läkemedelsklasser har visat effekt på överlevnad och symptom vid systolisk hjärtsvikt och behöver i regel kombineras. Angiotensinreceptorblockerare, ARB, är ett alternativ när ACE-hämmare inte kan användas. Vid behov kan ACE-hämmare eller ARB kombineras med spironolakton.

– Men undvik trippelbehandling eftersom det kan ge njurproblem.

Eftersträva måldoser

Det tar ungefär tre månader att optimera behandlingen med upptitrering av läkemedlen. Börja med lågdos och öka stegvis med kontroll av status, symptom, blodtryck, hjärtfrekvens, njurfunktion och kaliumbalans.

– Information till patienten är av största vikt. Undervisa till exempel patienter om hur de ska ta diuretika. Undvik överdosering.

Frieder Braunschweig rekommenderade också att ta hjälp av hjärtsviktsmottagningarna på sjukhus om det är svårt att nå behandlingsmålen.

KLOKT RÅD

Säkerställ diagnosen inför behandling enligt "hjärtsviktstrappan" och eftersträva en god frekvensreglering (under 70 slag/minut vid sinusrytm).



Undvik rutinmässig testosteronkontroll

Allt fler män vill veta sitt testosteronvärde och receptförskrivningen av testosteron har ökat de sista åren trots att övertygande studier som visar nyttan med behandling saknas. Nu finns rekommendationer för specialiserad vård av manlig hypogonadism på Kloka Listan.

Av Mikael Lehtihet, med dr, bitr överläkare, Centrum för andrologi och kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, ledamot expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Under ett flertal år har testosteron marknadsförts som det nya livselixiret till män för att bromsa ålderstecken som trötthet, bukfetma, svaghet i muskler, minskad sexuell lust och erektil dysfunktion. Minskad lust är en av de vanligaste sexuella dysfunktionerna som män söker för. Men det är sällan testosteronbrist är orsaken till minskad lust om inte annan samtidig symtomatologi föreligger. Ett testosteronvärde i nedre referensintervallet ska därför inte behandlas med testosteronsubstitution om det enda symtomet är en isolerad erektil dysfunktion eller minskad lust.

Det är också mycket tveksamt att mäta testosteronnivåerna hos män under 50 års ålder med avsaknad av komorbiditet, men med normalt utvecklad muskulatur och ett Hb-värde i det manliga referensintervallet. Tyvärr är det inte ovanligt att män med upplevd sexuell dysfunktion vill kontrollera sina nivåer av testosteron. Gemensamt för dessa män är att de ofta är relativt pålästa om testosteron och dess effekter, regelbundet tränar men inte tycker att träningen ger den förväntade effekten. Ett testosteronvärde i nedre referensintervallet tolkas oftast av dessa män som att en relativ brist föreligger då högre testosteronvärde anses vara bättre än lägre. Så är dock inte fallet. Ungefär 30 procent av den totala förskrivningen av testosteron i Sverige sker till män mellan 20–50 års ålder.

” Tyvärr är det inte ovanligt att män med upplevd sexuell dysfunktion vill kontrollera sina nivåer av testosteron.

Diagnosen hypogonadism ska bygga på kombinationen låga testosteronnivåer och symtom förenliga med testosteronbrist. Det är därför av största vikt att utredningen görs rätt redan från början. Rutinmässig kontroll av testosteronvärdet ska således inte utföras om det kliniskt inte finns någon misstanke på underliggande hypogonadism.



Mikael Lehtihet

FOTO: KARI KOHVAKKA

De symtom som starkt talar för hypogonadism hos vuxna män är inte specifika för testosteronbrist och kan komma smygande. Några av de vanliga symtomen är nedsatt fertilitet, minskad muskelmassa, minskad skäggväxt eller minskad libido.

I Sverige finns testosteronmedel för närvarande som depåinjektioner alternativt transdermala geler. Den endogena testosteronproduktionen återkommer oftast inom några veckor efter avslutad behandling med geler men kan dröja betydligt längre efter depåinjektioner.

Det finns nu ett flertal studier som visar att risken för prostatacancer inte tycks öka vid substitutionsbehandling med testosteron. Däremot kan en latent prostatacancer aktiveras. Noggrann regelbunden monitorering i form av PSA-prov och prostatapalpation är därför nödvändig vid insättning och uppföljning av substitutionsbehandling med testosteron.

■ **Läs mer:** Vårdprogrammet på www.viss.se

Strategiskt arbete fick effekt – Så arbetade Badhotellet

Från 81 till 91 procent på två och ett halvt år. När vårdcentralen Badhotellet började arbeta systematiskt med Kloka Listan gick det snabbt att förbättra följsamheten. Ett bra lagarbete och fokus på några utvalda läkemedelsgrupper ledde till stora förändringar.

Av Karin Nordin

– När man öppnar en ny vårdcentral som vi gjorde 2011 kommer många patienter som har ett stort vårdbehov och som inte var nöjda på sin gamla vårdcentral. Vi ärvde den tidigare förskrivningen och det är därför vi har fått så snabba förändringar genom att följa Kloka Listan nu, säger Per Westergren, allmänläkare och delägare i vårdcentralen Badhotellet i Södertälje.

Den ökade följsamheten till Kloka Listan har säkert också att göra med att det kommit in fler patienter med vanliga sjukdomar och läkemedel över tid. Idag har Badhotellet många patienter med till exempel hypertoni och diabetes listade hos sig.

Men det ligger också en del strategiskt arbete bakom förändringen. Det har skett i fyra förbättringsområden och ett av dem var att flytta över patienter som stod på felodipin till amlodipin. Här har de tre läkarna på vårdcentralen fokuserat på patienter som inte har välkontrollerat blodtryck.

– Patienterna undrar förstas varför vi vill byta ut deras läkemedel. Många tror att det bara har med priset att göra och då gäller det att inge förtroende. Jag brukar säga att det här är ungefär samma läkemedel men lite bättre.

Depressionsläkemedel och sömntabletter

Inom området depression har fluoxetin bytts ut mot sertralin eller citalopram. Det har framför allt gällt vid nyinsättningar men även för de patienter som haft en behandling som inte varit optimal.

– En del patienter protesterar och då får vi ta de diskussionerna. Det allra bästa brukar vara att bemöta deras oro och sedan verkligen övertyga dem om att man vill deras bästa.

Något som däremot gått lättare än de förväntat sig var att göra byten inom gruppen sömnmedel. Här har zolpidem fått lämna plats för zopiklon.

– Vi trodde ju att många skulle tycka att det var något nästan magiskt över valet av sömntablett. Men det gick lätt, konstaterar Per Westergren.

I det fjärde området har patienter som stått på etoricoxib

(Arcoxia) fått gå över till naproxen. Det har inte inneburit några större problem även om några velat stå kvar på cox-2-hämmaren med hänvisning till magproblem.

Redan i telefonen

En av framgångsfaktorerna har varit att involvera alla på vårdcentralen i förändringsarbetet. Läkare och sjuksköterskor har jobbat tillsammans mot målen som har gjorts konkreta med hjälp av listor på alla aktuella läkemedel och deras generiska namn.

” *En av framgångsfaktorerna har varit att involvera alla på vårdcentralen i förändringsarbetet.*

– Det innebär att redan vid telefonrådgivningen säger sjuksköterskan till patienten att idag kommer doktorn eventuellt att skriva ut något annat än det du har nu.

När det är möjligt görs bytet direkt vid telefonsamtalet, men regeln är att detta aldrig får ersätta ett fysiskt besök hos läkaren. De flesta patienter är med på detta, även om det sker över telefonen. Men om något behöver diskuteras skjuts det över till läkaren, och sjuksköterskan behöver inte gå in i en argumentation. Patienten är ändå förberedd inför mötet med läkaren.

Motivet för att öka följsamheten till rekommendationerna är i första hand ekonomiskt. Men Per Westergren ser också vikten av att få hjälp med att välja de läkemedel som visats vara bäst ur vetenskaplig och miljömässig synpunkt. Till viss del menar han ändå att för mycket direktiv uppifrån kan påverka relationen mellan läkaren och patienten på ett negativt sätt.

– Patienterna måste veta att de kan lita på sin doktor, att jag gör det som är bäst för just den patient jag har



Samarbete är en av framgångsfaktorerna bakom ökad följsamhet till Kloka Listan. Diabetessjuksköterskan Carina Corelli och allmänläkarna Per Westergren och Peter Stare ger patienterna samma budskap om vilka läkemedel som ska förskrivas.

framför mig. Kloka Listan måste därför också vara hyfsat konsekvent och får inte variera för mycket från år till år. Om man har jobbat med att sätta in ett visst läkemedel ett år får det inte åka ut från listan nästa år. Det är som att svänga en supertanker här ute i verkligheten.

” *Det är som att svänga en supertanker här ute i verkligheten.*

Nästa års fokus

Än så länge har Badhotellet inte funderat på något liknande arbete för någon annan läkemedelsgrupp. Kanske kan antibiotikaförskrivningen behöva ses över. Enligt förskrivningsstatistiken för Badhotellet behandlas till exempel nästan nio av tio patienter med sinuit med antibiotika. Sju av tio med akut bronkit får också antibiotika på den här vårdcentralen trots att målet är att nå under 20 procent. Men enligt Per Westergren har det här mer att göra med hur diagnoserna dokumenteras i journalen än hur förskrivningen av antibiotika ser ut.

— Vi sätter bara diagnos akut bihåleinflammation om vi ger antibiotika och det är därför det ser ut som det gör. Vi kommer nu att börja sätta diagnos sinuit även om vi inte behandlar.

Även inom diabetesläkemedlen kommer de att se över om de kan göra förändringar. Det gäller till exempel förskrivningen av dapagliflozin (Forxiga) och sitagliptin (Januvia) som de vill minska.

Fyra grupper och en kombination

Badhotellet har framför allt arbetat med att förändra förskrivningen inom fyra grupper läkemedel:

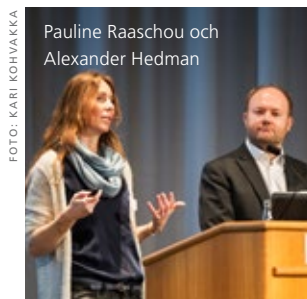
- kalciumblockerare
- antidepressiva medel
- sömnmedel
- coxhämmare

Fokus har också lagts på den olämpliga kombinationen betablockare och tiaziddiuretika.

Hur jobbar ni på er vårdcentral? Evidens kommer att göra reportage från fler vårdcentraler i kommande nummer.

Använd läkemedelsberättelsen mer

En uppdaterad läkemedelslista är en förutsättning för att kunna bedöma effekter, risker och biverkningar vid behandling. Både för läkaren och patienten. Skriv ut läkemedelslistan och ge den till patienten vid varje förändring i läkemedelsbehandlingen.



Pauline Raaschou och Alexander Hedman

FOTO: KARI KOHVAKKA

En femtedel av akutinläggningar i Sverige antas bero på ett problem som är relaterat till läkemedelsanvändningen. Sjukhusvården är dyr och onödig eftersom en tredjedel av de läkemedelsrelaterade problemen och en fjärdedel av biverkningar eventuellt skulle gå att undvika. En stor del av

problemen handlar om att utbytet av information mellan patient och vården och mellan vårdgivare inte fungerar.

– Ett bra sätt att komma tillrätta med detta är att öka användningen av läkemedelsberättelsen som beskriver hur behandlingen är förändrad då patienten skrivs ut från slutenvården, sa Pauline Raaschou, med dr, bitr. överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus.

Läkemedelsgenomgång är en metod för att kartlägga en patients läkemedel. Den ska resultera i en aktuell läkemedelslista som även patienten bör få tillgång till. Samtidigt ger genomgången en möjlighet att upptäcka, åtgärda och förebygga problem som är relaterade till läkemedel.

– Använd strukturerad symtomskattning för att hitta biverkningar som patienten inte själv nämner eller kopplar till läkemedelsanvändningen. Och om vi alltid uppger indikation, slutdatum och utsättningsorsak i journalen så minskar risken för att misstag upprepas, tipsade Alexander Hedman, distriktsläkare, Mörby vårdcentral.

KARIN NORDIN

KLOKT RÅD

Ge alltid patienten en aktuell läkemedelslista.



Undvik antibiotika vid akut bronkit

Akut bronkit är en av de vanligaste infektionsdiagnoserna, och antibiotika saknar kliniskt betydelsefull effekt hos i övrigt lungfriska.



Paulina Dalemo

FOTO: KARI KOHVAKKA

Enligt en Cochrane-sammanställning om behandling vid akut bronkit gav antibiotika jämfört med placebo i genomsnitt en halv dags förkortad tid med hosta och sjukdomskänsla. Men också fler biverkningar.

Orsaken till akut bronkit är oftast en virusinfektion, men den kan också vara bakterieorsakad. Hosta är det dominerande symtomet och håller ofta i sig i tre veckor, ibland längre.

Ordföranden i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för infektionssjukdomar, Paulina Dalemo, specialistläkare, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, presenterade det nya Kloka rådet på Kloka Listan Forum.

– Andelen som antibiotikabehandlas av de som får diagnosen akut bronkit varierar kraftigt mellan vårdcentraler,

vilket också kan bero på hur vårdcentralen registrerar diagnos. En rimlig nivå borde vara att mindre än 20 procent får antibiotika. Idag är den siffran i snitt knappt 40 procent.

Antibiotika är ibland motiverat vid komplicerade bronkit hos patienter med kroniska lungsjukdomar och hos immunosupprimerade patienter.

– Det finns bra patientinformation på Folkhälsomyndighetens hemsida, *Till dig som har luftrörskatarr*, och på Janusinfo, *Mindre antibiotika, mer av eget försvar*.

ELIN JERREMALM

KLOKT RÅD

Behandla inte okomplicerad akut bronkit med antibiotika.



Förebygg migrän hos patienter med anfall ofta

Patienter med tre eller fler invalidiserande migrän-attacker i månaden kan ha nytta av förebyggande behandling även om anfallsbehandlingen fungerar bra.



Elisabet Waldenlind

Migrän är en folksjukdom och i Europa får 18 procent av kvinnor, åtta procent av män och nio procent av barn regelbundet migränanfall. Många har så många anfall att det får stor inverkan på livet. Var fjärde migränpatient har till exempel missat en skoldag eller arbetsdag under de senaste tre månaderna.

Studier tyder på att fyra av tio med migrän skulle ha nytta av anfallsförebyggande behandling, men enbart 3–13 procent använder profylaktiska läkemedel.

– Läkare i primärvården kan göra skillnad för sina patienter med farmakologisk profylax. Med förebyggande behandling går det att få ner antalet anfall till hälften, sa Elisabet Waldenlind, docent, överläkare, Neurologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i expertrådet för neurologiska sjukdomar.

Behandlingen kan ges i perioder under något eller några år. Migränsjukdomens intensitet brukar kunna skifta med åren.

Metoprolol är en utmärkt förebyggande behandling. Inled med 50 mg och om effekten inte är tillräcklig trappas dosen snabbt upp efter ett par veckor till 100 mg. Därefter höjs dosen med minst en månad mellan varje dossteg till 200 mg som mest. Använd anfallskalender, tipsade Elisabet Waldenlind.

– Nöj dig inte förrän du ser bra effekt. Om inte metoprolol fungerar finns topiramamat och flera andra alternativ att välja mellan inom specialiserad vård.

Till barn rekommenderas propranolol 60–120 mg. I dagsläget finns inte lika mycket data för användning av metoprolol hos barn.

KARIN NORDIN

KLOKT RÅD

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



Behandla till symtomfrihet vid depression

Depression är en allvarlig sjukdom och otillräckligt behandlad sjukdom ökar risken för ytterligare funktionsförlust och recidiv.

– Svår depression klassas av Världshälsoorganisationen, WHO, som mycket svårt handikappande, på samma nivå som terminal cancersjukdom, sa Mussie Msgghina, docent, överläkare, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

Depression påverkar många av hjärnans huvudfunktioner som motorik, motivation, emotion och kognition, både strukturellt och funktionellt.



Mussie Msgghina

– Mer än hälften av patienter med depression får ingen behandling och bara en del av de behandlade patienterna behandlas till fullständig remission. Enligt en amerikansk studie fick bara 10–20 procent av alla med depression adekvat behandling.

– Målet vid behandling ska vara symtomfrihet, om symtom kvarstår är recidivriskerna tre gånger högre. Ett bra sätt att följa sjukdomsutvecklingen är att använda självskattningsskalor, till exempel PHQ-9 eller MADRS-S.

Det finns flera bra behandlingsalternativ. I Kloka Listan 2015 rekommenderas i första hand escitalopram eller sertralin och i andra hand mirtazapin eller venlafaxin. Patentutgång har gjort escitalopram till ett kostnads-effektivt alternativ till citalopram, som rekommenderats tidigare år. Vid otillräcklig effekt trots dositrering och adekvat behandlingstid, bör preparatbyte eller tilläggsbehandling övervägas. Byte inom samma preparatklass, till exempel SSRI, kan fungera lika bra som byte till läkemedel från en annan klass och ge mindre utsättningsbesvär. Efter uppnådd remission bör behandlingen fortgå i minst sex månader.

ELIN JERREMALM

KLOKT RÅD

Behandla depression till fullständig remission.



Miss a aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Stockholms läns landsting

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



Kom ihåg att flera fortbildningar kräver föranmälan. Se www.janusinfo.se/fortbildning för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.

Februari

18 onsdag kl. 17.15–19.30

Onsdagsseminarium med tema: Nyheter Kloka Listan 2015 med fokus på inhalatorer, rökavvänjning och manlig hypogonadism

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17, Stockholm
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

23 måndag kl. 17.15–19.30

Måndagsseminarium med tema: Antikoagulantia & hjärtsvikt

Plats: Stora Blå, entré via Hjalmar Cederströms gata 20, Södersjukhusets personalmatsal
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

24 tisdag kl. 14.00–16.00

EKG – diagnostik via tolkning, en kurs för sjuksköterskor. Del ett av två fortbildningstillfällen om EKG.

Plats: Stockholmsgeriatriken, Olivecronasväg 5, våning 5
Målgrupp: Sjuksköterskor

Mars

3 tisdag kl. 08.00–16.30

Regionalt seminarium om nya nationella riktlinjer för vård av astma och KOL

Plats: Citykonferensen Ingenjörshuset, Malmskillnadsgatan 46, Stockholm
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, nutritionister, dietister, biomedicinska analytiker

4 onsdag kl. 17.30–20.00

(samling med lättare förtäring från kl. 17.30)

Socialstyrelsens nya riktlinjer för diabetesvård – vad betyder de i praktiken?

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare

10 tisdag kl. 13.30–16.45

Stramas vårseminarium för smittskyddsansvariga läkare och sjuksköterskor i primärvården

Plats: Spårvagnshallarna konferens, Birger Jarlsgatan 57 A, lokal Spårvagnen
Målgrupp: Smittskydds-/Stramaansvariga läkare och sjuksköterskor i primärvården

11 eller **12** onsdag/torsdag kl. 08.00–17.00
(samma program båda dagarna)

Patientsäkerhetsdagen 2015

Plats: Folkets hus, Norra Bantorget, Stockholm
Målgrupp: alla är välkomna

11 onsdag kl. 12.30–16.30

Infektioner i öppenvården och det patientcentrerade samtalet

Plats: Spårvagnshallarna konferens, Birger Jarlsgatan 57 A, lokal Spårvagnen
Målgrupp: Läkare i primärvården

11 onsdag kl. 13.30–15.30

Munhälsa – en viktig del av vårdarbetet

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Målgrupp: sjuksköterskor geriatrik

April

9 torsdag kl. 14.15–16.00

Äldre och läkemedel

Plats: Södertälje sjukhus, Rosenborgsgatan 6 -10. Aulan/sal 3, hus 18, plan 6
Målgrupp: Sjuksköterskor geriatrik

14 tisdag kl. 12.00–13.00

Update om medicin och läkemedel på KS Huddinge. Tema: Barn, läkemedelsbehandling och skillnader mot vuxna

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, restaurang 61:an, separat matsal
Målgrupp: Läkare

17 fredag kl. 08.30–16.00

Endokrint Forum Stockholm – Vårmöte 2015

Plats: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Magnus Ladulåsgatan 63A, Lokal: Fataburen, plan 2. Gå via receptionen.
Målgrupp: Läkare

28 tisdag kl. 13.00–16.00

Vad är styrkan med svaga opioider? – Beroende av kodein och andra opioider.

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.
Lokal: Klubbrummet
Målgrupp: Läkare