

evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

#3 · 2015

Evidens
i ny form
och i nytt
format!

tema beroende

Sven Wåhlin, överläkare Beroendecentrum:

*”den stora majoriteten kan vi hjälpa,
eller till och med bota”*

Alkohol-
behandling

Rökavänjning

Opioidanalgetika-
beroende



evidens #3·15

MEDICIN & LÄKEMEDEL

tema beroende

Alkoholbehandling – enklare än du tror



RÖKNING:

5 frågor till
Mussie Msghina

12

Vi måste berätta hur
man gör för att sluta

14

KODEIN:

Nedtrappning – väg
ur opioidanalgetika-
beroende

18

ALKOHOL:



Primärvårdsmodell
utvärderas

22

MER I DETTA NUMMER

Välj antibiotika efter
resistensläget vid sexuellt
överförbara infektioner

26

Antihistaminer effektiva
vid urtikaria

27

– Involvera patienten
i förbättringsarbetet

28

Patienten blir en
partner med nya lagen

30

Nyheter i
korthet

31



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 · E-post lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se

För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: lakemedelskommitten@sl.se

Omslagsbild: Sven Wåhlin, Foto: Kari Kohvakka · Layout och produktion: Soya Kommunikation

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.isdweb.org

Läkemedel i sitt rätta sammenhang i nya Evidens

Vi har stora utmaningar och förändringar att vänta inom läkemedelsområdet. Den nya patientlagen och beslut om fria läkemedel till barn är två exempel på händelser som skapar nya förutsättningar. Flera nya så kallade biosimilarer är på väg in. Rätt använda kan dessa skapa prispress och ekonomiskt utrymme för annan behandling. Vi måste värdera och hantera prioriteringar av nya mycket kostsamma läkemedel för bland annat cancer i en alltmer ansträngd sjukvårdsbudget.

Stockholms läns läkemedelskommittés uppdrag är därför mer aktuellt än någonsin. Det är vår uppgift att verka för att läkemedel används på ett säkert, rationellt och kostnadseffektivt sätt utifrån visad klinisk nytta, folkhälsoperspektiv, socioekonomi samt säkerhet och miljöhänsyn.

Vi arbetar för alla patienters rätt och möjlighet till en jämlik vård. Men att slå vakt om rättvis vård för alla innebär också att ta hänsyn till kostnader för läkemedel. Läkemedel som betalas av tredje man – skattebetalarna – och där nyttan inte helt klart avspeglas i prisnivån – måste vi våga säga nej till. Det är ibland svåra avvägningar men det är en del i en ansvarsfull läkemedelsanvändning som ser till hela folkhälsoperspektivet.

Det breda perspektivet på läkemedel innebär att läkemedelskommittén också arbetar med icke-farmakologiska åtgärder, diagnostik och fortbildning kring både läkemedel och andra medicinska frågor. För att lyckas med det samverkar vi med flera andra aktörer, myndigheter och experter. Den tidning du nu håller i din hand är ett exempel på vårt vida synsätt, vilket också speglas i tidningens namn Evidens, medicin och läkemedel.

Nu kommer Evidens i en ny form som vi tror kan bidra till att sätta läkemedel i sitt rätta sammanhang, på ett lättillgängligt sätt. Som vanligt innehåller den saklig, producentoberoende information, men även reportage och intervjuer som vi hoppas ska inspirera vid arbetet med läkemedel. Trevlig läsning!



” ...att slå vakt om rättvis vård för alla innebär också att ta hänsyn till kostnader för läkemedel.

”

Eva Andersén Karlsson

docent, överläkare,
ordförande i Stockholms läns
läkemedelskommitté

Sven Wåhlin, specialist i allmänmedicin,
överläkare, Riddargatan 1, Beroendecentrum

Alkohol- behandling – enklare än du tror

Alkoholberoende är en försummad diagnos. Drygt 300 000 svenskar är alkoholberoende, men det är få som söker hjälp trots att de har oro och funderingar kring sitt problem. En orsak är att alkoholproblem är skambelagt. Detta måste vi i vården hantera bättre. Det finns bra behandlingar och den stora majoriteten kan vi hjälpa, eller till och med bota.

Det är mänskligt att inte vilja berätta om sina tillkortakommanden med att hantera alkohol. Det främsta skälet är skam, men även farhågor om ett nedlåtande bemötande eller brist på förståelse. Känner man sig trygg och har förtroende är många däremot angelägna att få dryfta sina problem. De allra flesta med alkoholberoende har ett lindrigt beroende och kan ändra sina vanor med begränsat stöd. Det är till och med så att de flesta med alkoholberoende kommer ifrån sitt beroende med tiden, och oftast helt på egen hand. Egentligen är detta inte konstigare än att de flesta rökare slutar utan hälso- och sjukvårdens hjälp. Vi kan emellertid stödja och skynda på detta tillfrisknande, och därtill förhindra en negativ utveckling. Det är ändå cirka 25 procent som får ett mer kroniskt alkoholberoende. Har patienten väl kommit till oss med sitt alkoholproblem är detta en mycket tacksam uppgift.

Rutiner underlättar

Det underlättar att ha en rutin för hur man ska uppmärksamma alkohol. Eftersom alkohol har potential att påverka de flesta vanliga sjukdomar, är det naturligt att den berörs vid flertalet patientmöten. Vi behöver inte alltid ta reda på exakt hur mycket en patient dricker. Vi kan i stället ha som målsättning att patienten ska förstå att alkohol har potential att påverka sjukdom. Emellertid är det stor variation på olika individers reaktion på alkohol, på grund av genetiska faktorer. Så det kan vara svårt att uttala sig om hur en viss sjukdom påverkas av alkohol hos en individ bara utifrån konsumtionsmängder. Därför kan vi ibland behöva utreda hur det är för just vår aktuella patient. En användbar metod är att erbjuda ett utredande experiment, "halveringstestet". Vi föreslår att patienten minst halverar sin alkoholkonsumtion under några veckor, och vid ett snart återbesök utvärderar vi om sjukdomssymtomen, blodtrycket eller blodprovet förbättrades. Levervärden (ASAT, ALAT, γ -GT) stiger regelmässigt vid hög konsum-

Alkoholkonsumtion kan påverka de flesta sjukdomar, WHO listar 200 diagnoser där alkohol kan orsaka eller bidra till sjukdom. Risken för hälsopåverkan finns oavsett konsumtionsnivå, men är i regel liten vid låg konsumtion. Vid hög konsumtion, så kallat riskbruk, eller om alkoholberoende har utvecklats är risken påtagligt förhöjd.

tion av alkohol. Däremot är det ovanligt att värdena stiger över referensvärdet, då krävs en kraftig leverpåverkan. Även lätta stegringar inom referensintervallet kan därför vara värda att notera. Detta kan utnyttjas i halveringstestet, eftersom värdena ofta sjunker efter ett par – tre veckor. Detta, att svart på vitt se en förbättrad leverindikator, är en mycket stark motivationsfaktor för de flesta patienter, även om man inte dricker hiskeliga mängder eller upplever alkoholproblem.

Risk även vid låg konsumtion

Alkohol är alltid en möjlig bidragande faktor till sjukdom, även om allvarigare alkoholproblem inte föreligger. Patienten är oftast omedveten om detta. Eftersom risken är högre ju mer man dricker kan det ibland vara värdefullt att få en bild av konsumtionens omfattning, och fastställa om ett riskbruk föreligger. Riskbruk innebär dryckesmängder över 14 respektive 9 standardglas per vecka för män respektive kvinnor. Det är också ett riskbruk att dricka mycket vid samma tillfälle och där gäller 5 respektive 4 glas per tillfälle. Vi ska dock veta att dessa mått för riskbrukskonsumtion gäller på befolkningsnivå, de är ett genomsnitt, och den individuella reaktionen på alkohol är som sagt mycket varierande.

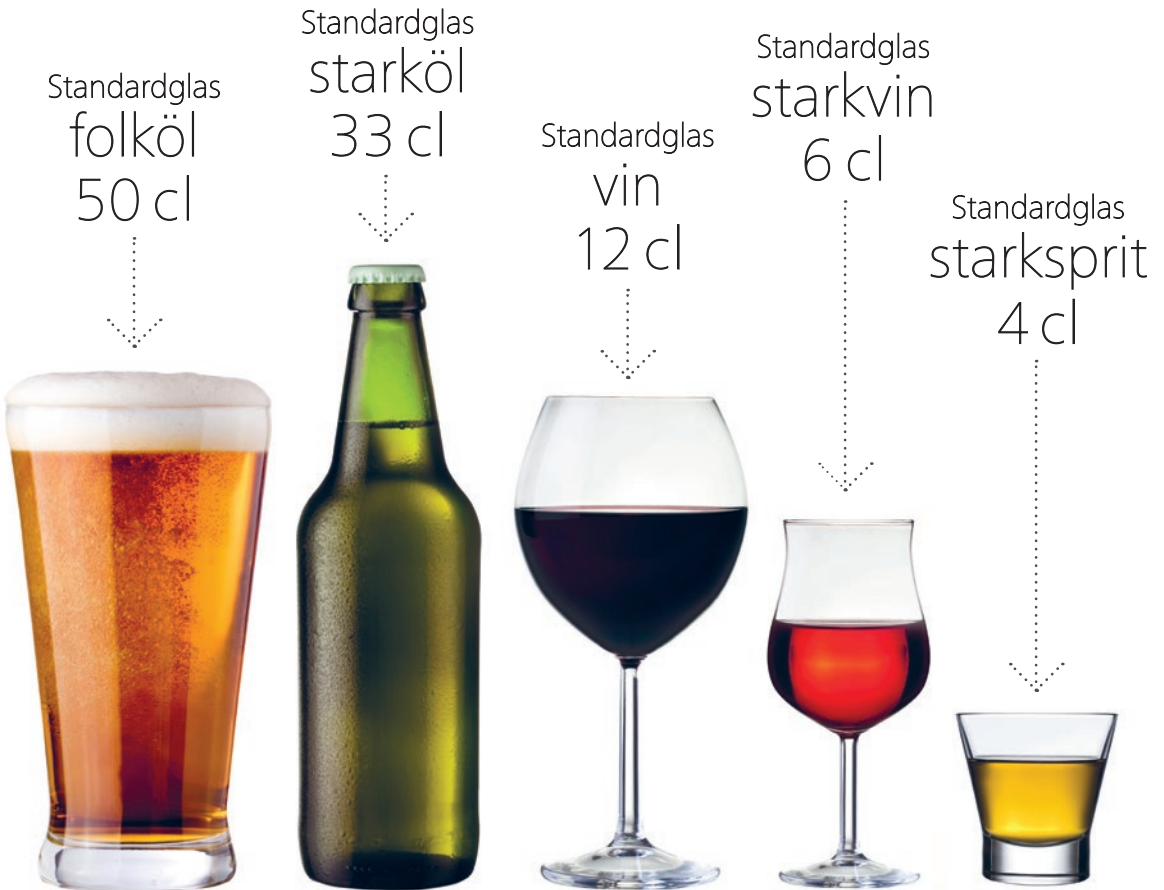
Sven Wåhlin

Karriär: Meditationslärare. Fil kand i geologi. Specialist i allmänmedicin, husläkare varav 17 år i Bålsta. Handledare för läkarstudenter i patient – läkarrelation och samtalskonst. Projektledare i Folkhälsomyndighetens Riskbruksprojekt. Numera på mottagningen Riddargatan 1 inom Beroendecentrum Stockholm.

Familj: Fru som är psykolog och två vuxna barn. Bor i Skokloster.

Fritid: Golf och trädgård. Har vunnit pris för Årets trädgård och tycker om att skapa olika, estetiskt tilltalande miljöer med många ovanliga växter i trädgården.

Då gjorde jag verklig skillnad för en patient: "Igår! De patienter jag möter är så oerhört tacksamma för att de får förståelse för sina problem. De har inte erfarit detta tidigare. Alkoholproblem är ju så skamfylt. Det här är nog det tacksammaste jobbet jag haft och det är lätt att åstadkomma stor skillnad."



Standardglas är ett mått som ofta används för att mäta alkoholkonsumtion. Ett standardglas innehåller 12 gram ren alkohol.

Vid invigningen av Riddargatan 1, Beroendecentrum, skickades inbjudan ut som flaskpost.

Foto: Kari Kohvakka



” Prata med patienterna om deras målsättning och be dem konkretisera hur de vill dricka.

”

En bra metod för att i ett slag kartlägga såväl riskkonsumtion, alkoholrelaterade problem som eventuell beroendediagnos är de tio frågorna i AUDIT-formuläret. Det tar bara två minuter för patienten att fylla i, och utifrån svaren kan man lätt föra en diskussion. Har patienten funderat på sina vanor? Är det ett riskbruk? Uppstår konsekvenser av drickandet?

Har en patient börjat utveckla ett alkoholberoende så vet personen själv alltid att alkohol inte bara är trevligt, utan ibland även medför besvär eller problem. Denna ambivalens gör att alkoholberoende ofta är lättare att hantera jämfört med bara ett problemfritt riskbruk.

Alkoholberoende kan yttra sig på olika sätt. Minst tre av ICD-kriterierna ska ha förelegat de sista 12 månaderna för att vi ska kunna sätta diagnosen alkoholberoende. Ju fler kriterier desto svårare beroende.

Läkemedelsbehandling

Alkoholläkemedel är underanvända, och Stockholms läns läkemedelskommitté rekommenderar ökad användning. Socialstyrelsens nya riktlinjer för missbruks- och beroendevård ger de flesta högsta prioritet. Alkoholläkemedlen naltrexon, nalmefen (Selincro), akamprosat (Campral, Aotal) eller disulfiram (Antabus) har alla god evidens och är enkla att använda. Naltrexon och nalmefen påverkar opiatreceptorer, och akamprosat påverkar GABA-systemet. Studierna på dessa preparat har olika upplägg vilket återspeglas i läkemedlets godkända indikation. Kliniska erfarenheten är dock att preparaten har relativt likartad effekt, fastän lite olika profil. Akamprosat minskar sug och tankar på alkohol, vilket är bra om man vill hålla sig nykter. Naltrexon och nalmefen minskar kontrollförlusten, det är lättare att begränsa sin konsumtion. En annan tydlig klinisk erfarenhet är att preparaten fungerar mycket bra på vissa individer, och inte alls på andra. Det finns genetiska variationer på receptornivå som förklarar detta. Fungerar inte det ena preparatet, så kan man gott prova det andra.

ICD-10

Kriterier för alkoholberoende

1. Ett starkt begär, ofta sug eller ett tvång att dricka alkohol.
2. Svårighet att kontrollera drickandet, t.ex. dricker mer än man hade tänkt från början, eller svårt att sluta dricka.
3. Prioritering av alkoholen så högt att andra viktiga aktiviteter blir lidande, t.ex. arbetet, fritidsintressen eller att umgås med andra.
4. Ökad tolerans för alkohol, så att man tål mer eller dricker mer för att få samma effekt som tidigare.
5. Abstinens, t.ex. skakiga händer, svettningar eller oro efter att man minskat eller slutat dricka.
6. Fortsätter att dricka fast man vet att alkoholen ger kroppsliga eller psykiska problem.

Det är vanligt att personer med alkoholberoende vill minska sin konsumtion utan att sluta dricka helt. Vid ett uttalat beroende är möjligheten liten att på ett stabilt sätt uppnå ett måttligt drickande. Däremot är det vanligt att personer med mer begränsat beroende klarar detta. Prata med patienterna om deras målsättning och be dem konkretisera hur de vill dricka. Låt dem pröva ett måttligt drickande om de vill, ge stöd med läkemedel, men följ alltid upp hur det gick och går det inte bra så torde deras målsättning förändras så småningom.

En kortare eller längre alkoholpaus kan alltid rekommenderas vid alkoholproblem, oavsett svårighetsgraden. Vill din patient vara nykter så berätta gärna att Antabus kan vara ett gott stöd. Med Antabus i kroppen så kan man inte dricka, man blir sjuk. Med denna vetskap så avtar sug och tankar på alkohol. Det underlättar för patienten och skapar också trygghet för närstående.

Uppföljning är halva behandlingen

Läkemedelsbehandling är emellertid mer än att skriva recept. Behandlingen ska följas upp med återbesök där intagsrutiner, effekt och biverkningar diskuteras, liksom patientens inställning till att fortsätta ta medicinen. Transaminaser och γ -GT bör tas inför varje besök, dels av säkerhetsskäl för vissa av läkemedlen, men framför allt som en objektiv återkoppling till patienten. Antabusmedicinering kräver en tätare kontroll av levervärden än övriga läkemedel. Effekten förbättras om någon kan närvara vid intaget, gärna någon närstående. Evidensen för Antabus då patienten tar tabletterna helt på egen hand är svag, men erfarenheten är att det kan fungera bra under begränsade perioder och vid stark motivation, eller som ett stöd för att avbryta en dryckesperiod. Tablettintag som uppvisas i samförstånd är dock att föredra. Det är patienten som ska ta initiativ till att visa upp sitt intag, inte en chef eller närstående som ska kontrollera. Att ta de flesta tabletter på egen hand, men att få komma till en sjuksköterska var eller varannan vecka för att ta sin tablett och berätta hur det går, är ett utmärkt stöd.

Psykosocial behandling

Läkemedelsbehandling med systematisk uppföljning, som beskrivs ovan, kan ses som en enkel form av psykosocial behandling. I forskningslitteraturen benämns detta *medical management*, och är faktiskt väl så effektivt som andra mer avancerade behandlingar. Men våra patienter är olika, har olika önskemål och tankar om vad som

Rekommendationer vid alkoholberoende

De nya nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård rekommenderar behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon med högsta prioritet och nalmefen med något lägre prioritet.



Kloka Listan rekommenderar akamprosat och naltrexon i första hand och disulfiram i andra hand.

skulle hjälpa dem. Detta bör vara utgångspunkten. Viss psykosocial behandling kräver särskild utbildning, exempelvis Återfallsprevention, CRA (Community Reinforcement Approach), KBT, psykodynamisk behandling och 12-stegsbehandling. Andra behandlingar kan varje intresserad läkare lära sig.

Ett sådant exempel är den ännu rätt okända Motivational Enhancement Therapy, MET. MET har mycket god evidens och har allra högst rekommendationsgrad i Socialstyrelsens beroenderiktlinjer. MET bygger på att man gör en liten utredning av alkoholsituationen, med blodprov och med AUDIT och några andra formulär vilka kartlägger alkoholkonsumtionen, beroendediagnos, problematikens omfattning och motivationsfaktorer för förändring. Efter denna kartläggning

Läs mer

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2>
2. Wählin S. Alkohol – en fråga för oss i vården. 2:a rev och utökade upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2015
3. 15-metoden: www.riddargatan1.se/15-metoden

och en grundlig återkoppling till patienten om resultaten, så följer tre Motiverande samtal, MI. Grundläggande kunskaper i MI krävs således.

En annan behandling som kan läras på en dag, och också har stöd i en manual, är *Guide till kontrollerat drickande* som utvecklats på Beroendecentrumets mottagning Riddargatan 1. Detta är en variant på MET med samma utredning och återkoppling till patienten som i MET, men de följande tre–fyra återbesöken är mycket korta och mer KBT-inriktade. Patienten får då en hemuppgift och återrapporterar denna, samt får en ny hemuppgift. Hemuppgifterna kan bestå av att registrera sin konsumtion, specificera mål för sitt drickande, identifiera risksituationer samt finna alternativa beteenden.

Kroniska tillstånd ska ha kontinuitet

De flesta med alkoholberoende ändrar sina vanor och kommer ifrån sitt beroende med tiden, då man märker att drickandet är destruktivt. Men en del ändrar inte sina vanor lika lätt utan de får ett mer kroniskt beroende. Andra som har en relativt problemfri högkonsumtion under årtionden kan så småningom långsamt utveckla ett beroende. Sedan finns den växande gruppen pensionärer som vill ha guldkant på tillvaron och unnar sig ett par glas vin varje middag, men där vanan med tiden leder till ett beroende.

Alla patienter med kroniska sjukdomar behöver en stadig vårdkontakt genom åren, och alkoholberoende personer är inget undantag. De behöver mer uppmärksamhet eftersom annan sjuklighet, såväl somatisk som psykiatrisk är vanligare. En del behöver stöd för att hålla sig nyktra. Att bara ha regelbundna återbesök är ett stort stöd för många. Andra behöver stöd för att bryta eller dra ner på drickandet när de märker att det eskalerar. Du kan lita på att patienten själv märker när drickandet förvärras, konsten är att ha etablerat så gott förtroende att de söker dig för att få hjälp då. Var generös med kortvariga nedtrappande bensodiazepinkurer som brythjälp. Ge också symtomatisk

behandling så att patienten inte behöver självmedicinera med alkohol, till exempel betablockerare mot hjärtklappning. Testa arsenalen av icke-beroendeframkallande sömnläkemedel och lugnande läkemedel. Finns en ångest- eller depressionsdiagnos är den viktig att behandla.



Klokt råd:

Öka användningen av återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende och följ upp behandlingen.

Både akamprosat (Campral, Aotal) och naltrexon ökar andelen behandlade med alkoholfrihet samt antalet dagar utan missbruk. Behandling med dessa två preparat behöver inte begränsas till specialistvård och förskrivningen bör öka, enligt Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för psykiatriska sjukdomar.



Broschyren *Vårt att veta om alkohol och din hälsa* är ett informationsmaterial från Stockholms läns läkemedelskommitté riktat till patienter. Den tryckta broschyren kan beställas via e-post: medicinsk.fortbildning@sl.se

Nytt på Kloka Listan för i år är bupropion (Zyban) i första hand och vareniklin (Champix) i andra hand vid rökavvänjning. Men allra först provas nikotinersättning. **Mussie Msghina**, docent, överläkare, Psykiatri Sydväst, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar:

Hur effektiva är nikotinersättningsmedlen?

– De är mest effektiva i kombinationsterapi, när man kombinerar kortverkande och långverkande medel, då har studier visat att upp till 30 procent kan bli rökfria efter sex månader. Långverkande plåster och kortverkande tuggummi eller sugtablett är bra kombinationer. I monoterapi är det 10–12 procent som lyckas bli rökfria på lika lång tid.

Vad tror du om e-cigarett som rökavvänjningsmedel?

– Jämfört med rökning ska ju ersättningsmedlen leverera nikotin i en långsammare takt och på det sättet bekämpa beroendet genom att dämpa

craving. Ur den synvinkeln blir inhalationsprodukten mindre lämplig då den själv kan bidra till en beroendutveckling på grund av snabb leverans av nikotin till kroppen.

När ska rökstoppet ske?

– Man kan försöka sluta så snart man känner sig beredd för det, men inte senare än sex månader efter start med nikotinersättningsmedel.

Hur viktigt är det att förskrivaren lägger upp en plan för avvänjningen? Kan patienten själv experimentera med lika goda resultat?

– Utan motiverande samtal och strukturerad uppföljning är chansen att bli rökfri med hjälp av nikotinersättningsmedel inte så stor, så behandlingen måste kombineras med någon sådan strategi.

Finns det några patienter där nikotinersättning är olämplig?

– Enligt FASS finns kontraindikationer för patienter som nyligen har haft hjärtinfarkt (senaste 3 månaderna) samt vid instabil eller progredierande angina pectoris, Prinzmetals variant angina, allvarlig hjärtarytmi och stroke i akut fas.

Karin Nordin

” E-cigarett
nikotin för sna

5
frågor till
Mussie
Msgghina

levererar
bbt ”

” Det är ofta i den specialiserade vården som problemen med rökning kommer upp till ytan, till exempel inför en operation. Idag saknas det en bra struktur för att samarbeta kring detta mellan specialiserad vård och primärvård. ”

Lena Lundh



—Vi måste berätta hur man gör för att sluta

Förskrivning av rökavvänjningsmedel ska ske i ett paket med motiverande stöd. Men idag är det inte många vårdcentraler som kan erbjuda kvalificerat rådgivande samtal. Enkla råd och remiss till Sluta-röka-linjen kan då vara bra alternativ.

— Vi är tuffa i vården, vi är bra på att identifiera tobaksbruk och att säga åt patienten att sluta. Men vi erbjuder ingen hjälp. Många patienter tycker också att problemen med rökning är något som de har ställt till med själva och därför måste lösa själva. Där borde vi i vården vara mycket mer på tå och erbjuda stöd.

Det säger Lena Lundh, distriktssköterska, med dr, och fortbildnings- och professionell utvecklingsledare vid Akademiskt primärvårdscentrum som dessutom varit sakkunnig i det nyligen utgivna vårdprogrammet för hälsofrämjande levnadsvanor. Där ges kvalificerat rådgivande samtal högsta prioritet med målet att patienten ska sluta röka helt.

Rådgivande samtal och enkla råd har prioritet två respektive tre. De enkla råden tar ungefär fem minuter att ge. De innehåller frågor om användningen och tankarna kring tobak och korta, standardiserade råd. Enkla råd kan ges i alla sammanhang där det passar att prata tobak utifrån personens situation.

— Långt ifrån alla vårdcentraler kan erbjuda motiverande samtal/kvalificerat rådgivande samtal och många ger inte ens de enkla råden trots att det är något som alla borde kunna göra. Om man inte gör någonting annat, så remittera eller hänvisa åtminstone till Sluta-röka-linjen.

Vården har fortsatt ansvar för patientens

.....► rökstopp även om patienten har kontakt med Sluta-röka-linjen och förskrivning av läkemedel ska ske från vårdcentralen.

Samtal för förändring

Det bästa är om dialogen kan utgå från ett personcentrerat förhållningssätt så att patienten själv börjar fundera på och ställa frågor istället för att bara få information. Det ger delaktighet. Tanken med ett motiverande samtal är att det ska leda fram till förändringar, men ett av de viktigaste bidragen är att väcka intresse när individen ännu inte är motiverad att förändra sig.

Lena Lundh har i en färsk avhandling tagit fram ett dialoginstrument som kan vara till hjälp för att ytterligare individualisera behandlingen. Hon studerade personer med kronisk obstruktiv

lungsjukdom, kol, och den inställning de hade till att sluta röka.

– En del personer är mycket pressade att sluta röka, både av vården och av anhöriga. Det leder ofta till att personen börjar pressa sig själv mer. I vissa fall blir det konstruktivt men i många fall ger det destruktiv press där man känner sig kritiserad och värdelös. Min forskning visar ett samband mellan mer press och minskad förmåga att försöka sluta röka. För dessa människor räcker det kanske inte med bara motiverande samtal, utan här tror jag vi behöver närma oss dem med en plan istället och arbeta med att få bort de negativa känslorna i första hand.

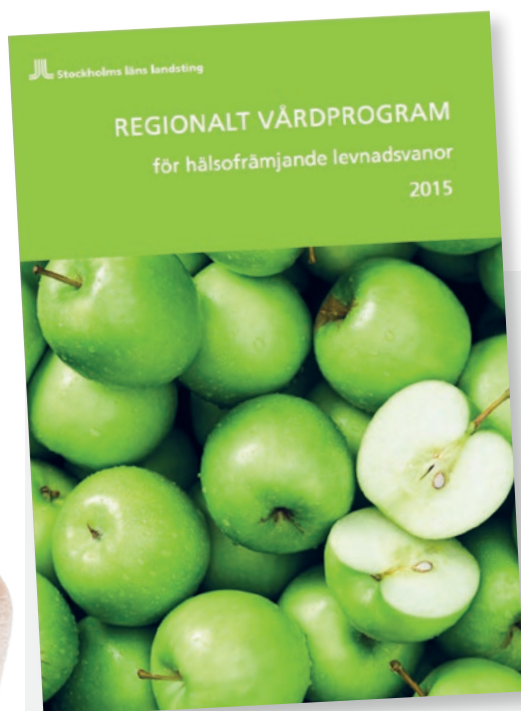
Dialoginstrumentet ska nu valideras i ytterligare studier innan det kan börja användas storskaligt.

Karin Nordin



” ... i många fall ger det destruktiv press där man känner sig kritiserad och värdelös. Min forskning visar ett samband mellan mer press och minskad förmåga att försöka sluta röka. ”

Lena Lundh



Det nya regionala vårdprogrammet för hälsofrämjande levnadsvanor för Stockholms läns landsting innehåller riktlinjer om tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Programmet ger vården stöd i det dagliga arbetet med förändring av levnadsvanor.

Motiverande samtal:

Motiverande samtal betonar individens självbestämmande och förmedlar eget ansvar.

Kom ihåg!

- Gå inte händelserna i förväg.
- Var uppmärksam på förändringsprat. Locka fram och förstärk det. Reflektera, bekräfta eller utforska mer när du hör det.
- Var uppmärksam på och hantera din rättningsreflex.
- Lyssna på din patient, utforska motivationen.
- Stärk din patient i tilltron till den egna förmågan.

<http://www.vardgivarguiden.se/behandla/regionala-varldprogram/varldprogram/halsoframjande-levnadsvanor/>

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00

Efter remiss till Sluta-röka-linjen ringer kvalificerade rökavvänjare upp patienten och erbjuder individualiserade avvänjningsprogram. Upp till fyra av tio patienter blir rökfria efter ett år med ett program från Sluta-röka-linjen. Remiss till Sluta-röka-linjen finns inlagd i TakeCare.

Nedtrappning

Väg ur opioidanalgetikaberoende

– Opioiden trappas långsamt ut. Uttrappningen kan pausas ett tag, men dosen höjs aldrig, säger **Kia Melin**, överläkare, Smärteamet syd, Beroendecentrum Stockholm.

Vid ett seminarium arrangerat av Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för analgetika och reumatologiska sjukdomar berättade Kia Melin om läkemedelsberoende med fokus på opioidanalgetika.

Till TUB-mottagningen sökte totalt 535 patienter förra året. Flest patienter, ungefär en femtedel, sökte för kodeinberoende.

Vanligaste opioidanalgetika på TUB-mottagningen 2014 var:

1. Citodon (kodein+paracetamol)
2. Tradolan (tramadol)
3. Oxycontin (oxikodon)
4. Treo comp (kodein+acetylsalicylsyra+koffein)
5. Oxynorm (oxikodon)
6. Dolcontin (morfin)
7. Ketogan (ketobemidon+dimetylamino-difenylbuten)
8. Morfin

Inom Beroendecentrum Stockholm finns också, förutom TUB-mottagningen, Smärteamet för patienter som har blivit beroende på grund av smärtproblematik. Bland de som remitterades till Smärteamet var oxikodon (Oxycontin) vanligast följt av tramadol (Tradolan) och kodein+paracetamol (Citodon).

TUB-mottagningen

En specialistmottagning för personer med läkemedelsberoende av lugnande, ångstdämpande, sömnmedel och smärtstillande läkemedel. TUB-mottagningarna tar inte emot patienter som använder narkotika eller som har ett alkoholberoende. TUB står för Terapi och utvärdering av beroendeframkallande läkemedel. Inom Beroendecentrum Stockholm finns också Smärteamet nord och syd för patienter som har blivit beroende på grund av smärtproblematik. Till TUB-mottagningen blir patienten remitterad, alternativt söker själv. Till Smärteamet krävs remiss.

Kodein omvandlas i kroppen till morfin i varierande grad, hos de flesta omvandlas ungefär en tiondel av kodeinet till morfin. Det är morfinet som utövar den analgetiska effekten. Kodein (i kombinationsbehandling) är den vanligaste receptförskrivna opioiden, följt av oxikodon och tramadol. Tramadolförskrivningen har under flera år minskat och oxikodonförskrivningen ökat (se figur på nästa uppslag).

Behandlingsmetoden vid läkemedelsberoende är långsam uttrappning. Nedtrappning från terapeutiska doser, eller strax däröver, kan ske i

Kia Melin, överläkare,
Smärteamet syd,
Beroendecentrum Stockholm

Foto: Elin Jernemalm



primärvården (se schema nedan).

– Läkemedlet trappas ut med ungefär 10 procent av dosen en till två gånger per vecka. Om det blir för jobbigt för patienten kan uttrappningen pausas ett tag, men dosen höjs inte. Ibland kan klonidin (Catapresan) ges som abstinenslindrande vid nedtrappningen. Omvårdnad är också viktigt, säger Kia Melin.

Förutom uttrappning görs en basutredning för psykisk hälsa samt återfallsprevention.

Insättning kräver plan

Bland de cirka 6 000 patienter som år 2013 förskrivits större mängder av kodeinkombinationer, mer än 700 tabletter per år, i Stockholm hade 70 procent även bensodiazepiner och/eller sömnmedel och/eller antidepressiva. Hur det ser ut med samtidig förskrivning vid större mängder morfin eller oxikodon vet vi inte i nuläget.

– Vid insättning av alla typer av opioider måste läkaren alltid ta hänsyn till riskfaktorer, så som hereditet, pågående beroendesjukdom och psykisk ohälsa. Läkaren som sätter in medlet är ansvarig för att tillsammans med patienten ha en vårdplan

för behandlingen och att uppföljning sker.

Den läkare som sätter in en opioid vid långvarig smärta är ansvarig tills överlämning i samråd skett till en kollega.

– Provtagning kan användas för att minska risken för problem med opioider, till exempel leverstatus vid Citodonanvändning. Läkemedelsförteckningen kan användas som kontrollfunktion om det till exempel kan finnas fler förskrivare, säger Kia Melin.

Nyligen publicerades Socialstyrelsens nya Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vid opioidanalgetikaberoende rekommenderas nedtrappning. Om nedtrappning inte lett till opioidfrihet rekommenderas, inom specialiserad beroendevård, läkemedelsassisterad behandling med kombinationspreparat som innehåller buprenorfin och naloxon (Suboxone).

I den amerikanska manualen DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet substansbrukssyndrom.

Elin Jerremalm

Förslag på nedtrappningsschema för läkemedel innehållande kodein

Nedtrappning av kodeinhaltiga läkemedel med utgångsdos 300 mg

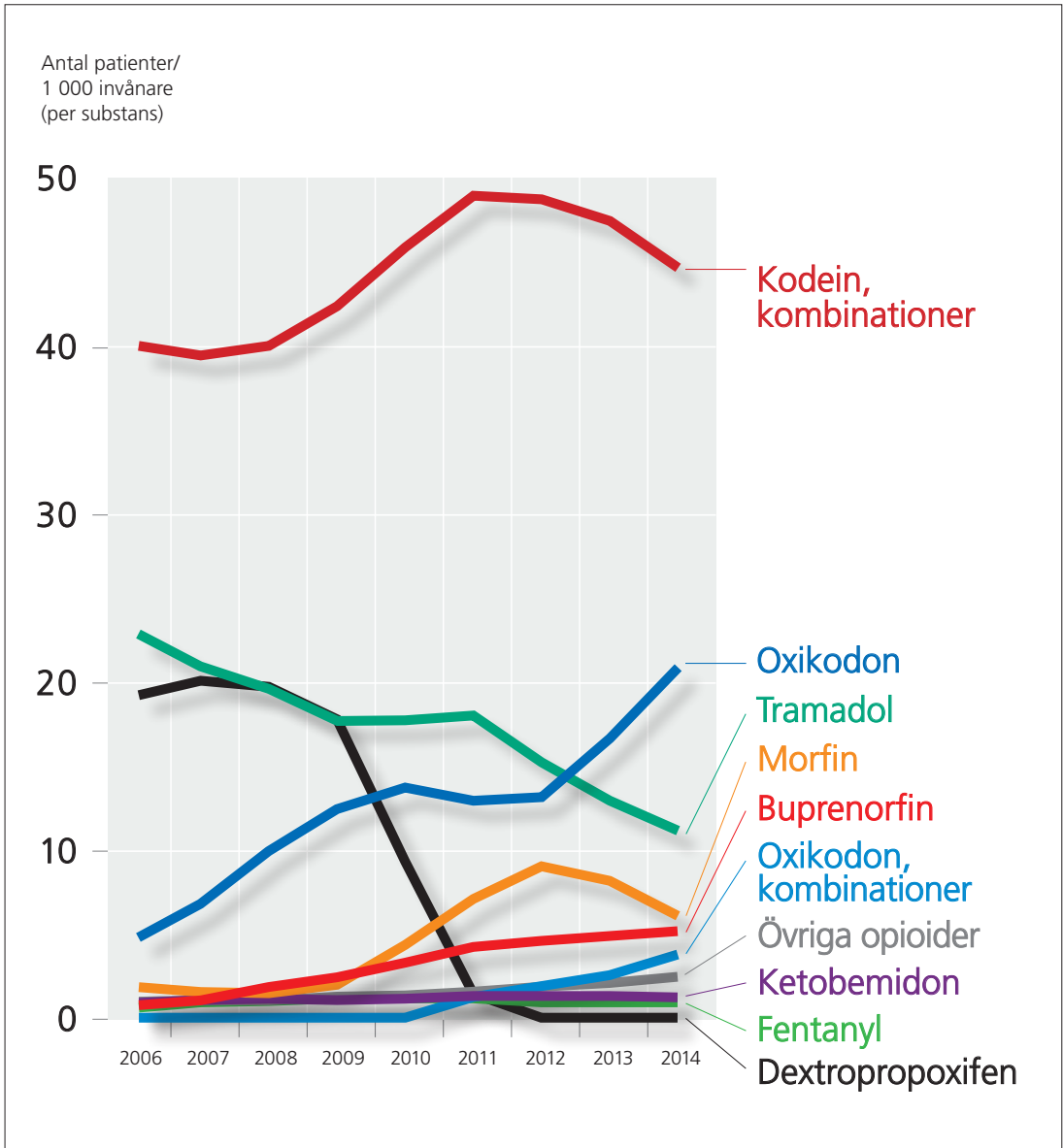
Vecka	Dag	Läkemedel	Antal tabletter och dostillfällan	Total dygnsdos
Vecka 1	Måndag	Citodon	2+2+2+2+2	300 mg
Vecka 2	Torsdag	Citodon	2+2+2+2+1	270 mg
Vecka 3	Måndag	Citodon	2+2+2+2	240 mg
Vecka 4	Torsdag	Citodon	2+1+1+2	180 mg
Vecka 5	Måndag	Citodon	1+1+1+1	120 mg
Vecka 6	Torsdag	Citodon	1+1+1	90 mg
Vecka 7	Måndag	Citodon	0	0 mg

Högsta rekommenderade dos enligt Fass är åtta tabletter. Tabletten innehåller 30 mg kodein. Tänk på att t ex 4 Treo comp motsvarar ca 10 mg morfin! Vid nedtrappning från mycket höga nivåer byts läkemedlet ut till renodlat kodein för att undvika levertoxitet. Kodein omvandlas i kroppen till morfin och det sker i varierande utsträckning beroende av den genetiska uppsättningen.

Vid subjektiv eller objektiv abstinens ges abstinensbehandling utan korstoleranta medel.

Förslaget är hämtat från Psykiatristöd.se

Läs mer på Psykiatristöd.se som bygger på regionala riktlinjer för vuxenpsykiatri i Stockholms läns landsting.



Opioidförbrukning i Stockholms läns landsting, antal patienter/1 000 invånare.
Den totala opioidförbrukningen i Sverige har varit i princip oförändrad 2006–2014.

Källa Socialstyrelsen.

Läs mer:

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2>

Primärvårdsmodell för alkoholberoende utvärderas

Korta besök på vårdcentralen kan kanske vara lika effektiva som längre besök hos beroendespecialist. Primärvården kanske också upplevs som mindre stigmatiserande för patienten. Detta undersöks i ett pågående projekt i landstinget.

– Det ska inte behöva kännas så märkvärdigt och stort att söka hjälp för problem med alkoholen och för många är det nog enklare om man kan gå till en vårdcentral. Att söka en beroendeklinik är ett mycket större steg. Vård för beroende ska inte heller behöva upplevas så svartvit, att man aldrig mer ska få dricka ett glas i sitt liv, säger Maja Westbergh, allmänläkare vid Hammarby Sjästad Husläkare.

Treatment of alcohol dependence in primary care är det långa namnet på TAP-projektet som studerar behandling av alkoholberoende med 15-metoden. Denna metod har utvecklats för primärvården för behandling av alkoholberoende hos personer utan psykiatrisk samsjuklighet eller stödbehov från socialtjänst. Vårdcentralen i Sjästad är en av de som valt att vara med i studien.

– Alla som jobbar här är intresserade av alkoholfrågorna och vi har sedan tidigare patienter som står på Antabus och som kommer hit för stödsamtal med sjuksköterska. Men vi har inte haft någon strukturerad handläggning av beroendepatienterna. Det var kanske därför vi nappade på projektet, för att få en struktur i patientmötet, idéer om hur man ska prata om detta och vad man

” Vård för beroende ska inte heller behöva upplevas så svartvit, att man aldrig mer ska få dricka ett glas i sitt liv.... ”

ska trycka på i samtalet.

Patienterna som är med i projektet har först gjort en alkoholutredning med frågeformulär och blodprover på Centrum för psykiatriforskning, en samverkanshet mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Därefter har de lottats till att få behandling på antingen Beroendemottagningen Riddargatan 1 eller på en vårdcentral.

– De som kommer hit har varit glada och laddade inför besöket. Flera av dem har redan skurit ner



Foto Karin Nordin

Maja Westbergh, Lilianne Boij och Anna Tüll Nyman, alla allmänläkare vid Hammarby Sjöstads Husläkare, har träffat personer med alkoholberoende i det så kallade TAP-projektet.

på alkoholen innan de kommer. Vid första besöket formulerar patienten sitt mål och hur mycket eller litet man önskar att dricka. Vi fyller också i alkoholkalendern över hur många standardglas man druckit på en vecka. Många blir förvånade när de summerar ihop vad de druckit. Bara att tala om det gör att många drar ner på konsumtionen, förklarar Maja Westbergh.

Handlingsplan för risksituationer

Två veckor senare kommer patienten tillbaka och förutom att se över resultaten från leverproverna är uppgiften att gå igenom när det kan uppstå risksituationer. Den ena kanske har svårt att dra ner på alkoholen eftersom det ingår middagar

i jobbet eller för att det är så man umgås med vänner, den andra kan inte följa med på after work utan problem och den tredje förknippar vistelse på lantstället med att dricka vin. Vid det tredje besöket på vårdcentralen skrivs en handlingsplan. Det handlar till exempel om att hitta sätt att ersätta alkoholen vid risksituationer. Vid fjärde eller femte besöket är det tänkt att programmet ska avslutas med en genomgång av alkoholkalendern och handlingsplanen.

– Men det är bara en patient som jag har sagt hej då till. De flesta vill fortsätta längre och då får de det. Om vi kan hjälpa någon att bli fri från ett tobaks- eller alkoholberoende har både samhället och patienten gjort en jättevinst, så jag tycker det här är jätteviktigt. Flera har också valt att lista sig här efteråt.

Längre än en kvart

Metoden i projektet heter 15-metoden och avsikten är att den ska vara lätt för allmänläkaren att använda och att besöken ska vara korta, på 15 minuter. Men det är inget hinder att lägga mer tid på besöket och tiden är något som kommer att ingå i utvärderingen av studien. Maja Westbergh ler när hon nämner namnet.

– Det tar inte en kvart. Jag försöker få besöken till en halvtimme. Om jag körde iväg patienten efter en kvart tror jag flera hade fallit ifrån. Det är viktigt att de får prata om det här.

” När jag var yngre sågs man hemma hos varandra och drack te, men idag är det vanligare med vin. ”

Hon har också erbjudit flera patienter läkemedel mot alkoholberoendet men där är det svårt att få framgång, menar hon. De flesta vill försöka utan läkemedel.

– Det är ett motstånd som jag tycker är lite paradoxalt. De dricker alkohol som de vet skadar kroppen, men tycker att läkemedel är något läskigt och onaturligt. Jag har haft andra patienter utanför det här programmet som har haft god hjälp av läkemedel. Förmodligen har de varit lite djupare i sitt beroende och mer benägna att säga ja till all hjälp de kan få.

Något som hon däremot tycker fungerar är spela på människors fåfänga i argumenten mot alkohol.

– Jag berättar hur mycket energi det är i alkohol och använder uttryck som flytande wienerbröd. Det är inte många som tycker om att höra det.

Pension och goda middagar

Många av de patienter som söker direkt till Hammarby Sjästads Husläkare har det ganska bra ekonomiskt sett. De reser mycket både i tjänst och privat och har både arbeten och sociala liv där alkohol ofta ingår.

– När jag var yngre sågs man hemma hos

Om TAP-projektet

Under 2014 inkluderades 288 patienter i projektet Treatment of alcohol dependence in primary care som utvärderar en primärvårdsmodell för behandling av alkoholberoende. Patienten randomiseras till att antingen vårdas på en specialistmottagning eller inom primärvården. Det inledande besöket och två uppföljningsbesök efter sex respektive tolv månader görs hos forskarna på Centrum för psykiatriforskning, en samverkansenheter mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Däremellan genomförs behandlingen under tre till sex månader. Resultaten kommer att vara klara under våren 2016.

varandra och drack te, men idag är det vanligare med vin. Nu ses man på stan och tar ett glas vin, eller hemma på middag med vin och drinkar. Jag har noterat att 40-talister är en grupp som dricker mycket alkohol, kanske för att de har gott om tid och god ekonomi. De har nyligen gått i pension och reser ofta utomlands en eller flera gånger per år, hemma lagar de goda middagar tillsammans där det tycks naturligt att dricka vin till.

Stress leva sunt

Hon träffar också många barnfamiljer som hon säger är måna om att göra allting rätt. De vill leva sunt och barnen ska äta nyttigt. Samtidigt kan ansträngningarna för att hålla ihop familj, arbete, ekonomi och strävan efter en sund livsstil bli för höga. Den ökande pressen kan i sin tur leda till större användning av alkohol.

Kunskaperna om 15-metoden kommer därför att vara användbara även framöver.

– Jag har fått bättre redskap för att hantera personer med alkoholproblem, med bättre rutiner och struktur på behandlingen. Jag tänker nog mer eller mindre fortsätta på samma sätt även efter projektet.

Karin Nordin

” Jag har fått bättre redskap för att hantera personer med alkoholproblem, med bättre rutiner och struktur på behandlingen. ”



Foto Karin Nordin

Välj antibiotika efter resistensläget vid sexuellt överförbara infektioner

Förstahandsval vid klamydiainfektion är doxycyklin. Azitromycin i engångsdos bör inte användas, främst eftersom patienten även kan ha *Mycoplasma genitalium* och då är risken för resistensutveckling stor.

Klamydia är den vanligaste sexuellt överförbara bakteriella infektionen i Sverige med cirka 35 000 årligen rapporterade fall. Män under 30 år med miktionsveda bör provtas för infektion. Kvinnor, särskilt yngre, med miktionsveda och vaginala flytningar/blödningar bör också provtas.

– Vid symtom erbjuds klamydiatest och eventuellt gonorrétest. Sexualanamnesen har stor betydelse. Vid negativt provsvar hos en person med kvarstående symtom erbjuds mykoplasma-test. Den som vill testa sig men inte har några symtom bör erbjudas klamydiatest, säger Peter Lidbrink överläkare på Hudkliniken, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, som varit med och tagit fram nya behandlingsrekommendationer om sexuellt överförbara bakteriella infektioner.

Vaginalprov kan med fördel tas av kvinnan själv, endast urinprov är inte tillräckligt för klamydiadiagnostisering. Hos män däremot tas den första urinportionen för prov.

Mycoplasma genitalium omfattas inte av smittskyddslagen och därför saknas nationell statistik, men infektionen kan vara nästan lika vanlig som klamydia. Många saknar symtom, som annars är

liknande som vid en klamydiainfektion. Urinprov för PCR tas för diagnos. Förstahandsmedel vid *Mycoplasma genitalium* är azitromycin i fem dagar, engångsdos azitromycin är förknippat med mycket stor resistensrisk.

Oroande resistens vid gonorré

I Sverige rapporteras cirka 1 000 fall av gonorré per år. Gonorréfall remitteras till venerologisk mottagning och noggrann kontroll ska göras efter avslutad behandling. På grund av mycket oroande resistensproblem rekommenderas behandling med bredspektrumcefalosporin (ceftriaxon intramuskulärt).

– Vid ospecifik uretrit med uttalade symtom hos män, men med negativa provsvar samt fynd av leukocyter vid mikroskopi, rekommenderas antibiotikabehandling som vid klamydiainfektion och provtagning av partner, säger Peter Lidbrink. För kvinnor med cervicit och negativa provsvar saknas evidens för antibiotikabehandling.

Elin Jerremalm

Läs mer: Läkemedelsverket. Sexuellt överförbara bakteriella infektioner. Behandlingsrekommendation 2015:(26)1

Antihistaminer effektiva vid urtikaria

Flera olika antihistaminer kan användas vid kronisk spontan urtikaria. Enligt en Cochraneöversikt var inget enskilt läkemedel överlägset effektivt.

Rapporten omfattar studier av H1-antihistamin under två veckor (korttidsstudier) respektive två veckor till tre månader (medellånga studier). Även de medellånga studierna var alltså ganska korta, då kronisk urtikaria ofta behandlas med antihistaminer i minst 3–4 månader, se www.viss.nu. I många fall bedömde författarna evidensen som låg, på grund av relativt litet antal studier och med förhållandevis få patienter. Författarna konkluderar att inget enskilt läkemedel stod ut som mest effektivt i jämförelsen.

Cetirizin 10 mg dagligen var mer effektivt än placebo avseende att helt ta bort urtikariasymtomen. Cetirizin var också effektivare än fexofenadin (Telfast). Desloratadin var effektivare än placebo i doseringen 20 mg/dag (OBS – fyra gånger högre än rekommenderad dos i FASS) i korttidsstudierna och 5 mg/dag i de medellånga studierna, men underlaget var begränsat. I medellånga studier sågs ingen skillnad mellan effekten av loratadin 10 mg och desloratadin 5 mg.

Vid önskemål om sedering nattetid kan sederande antihistamin, såsom hydroxizin (Atarax), vara av värde även om det inte är mer effektivt på själva urtikarian, se också behandlingsrekommendationerna i Kloka Listan 2015. Vid behandling med hydroxizin är det viktigt att observera de nya rekommendationerna avseende maxdosering och extra försiktighet till äldre, på grund av risk för hjärtbiverkningar. Systemisk steroidbehandling bör i mesta möjliga mån undvikas av biverknings-skäl. Behandling med NSAID-läkemedel kan öka risken för urtikaria och bör undvikas av denna patientgrupp. Patienter med kronisk spontan urtikaria som inte svarar tillfredsställande på antihistaminbehandling kan remitteras till hudklinik för ställningstagande till ytterligare behandling.

Eva Wikström Jonsson

Läs mer: 1. Cochrane: H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria <http://korta.nu/uU6>

2. Läkemedelsverket: Nya rekommendationer för att minska risk för hjärtbiverkningar med hydroxizin: <http://korta.nu/tU6>



Foto Karin Nordin

Carolyn Canfield, citizen patient från Kanada:

– Involvera patienten i förbättringsarbetet

Vården förändras, fokus flyttas från sjukvård till hälsovård, från akut till kronisk vård och från ett sjukdomscentrerat perspektiv till målet om det goda åldrandet. Patienter blir samhällsaktörer som kräver att få vara involverade i de nya system som byggs upp. Carolyn Canfield, citizen patient från Kanada, är en av dem.

När Carolyn Canfield föreläste under Stockholms läns landstings Patient-säkerhetsdag tidigare i vår visade hon ett foto av modern kirurgi, där ett helt team grönklädda människor står böjda över operationsbordet.

Det är bilden av den moderna sjukvården, tekniskt fulländad och med högspecialiserad personal. Men var är patienten? frågade hon. Patienten syntes inte på bilden och patienten märks inte heller i verklighetens sjukvård, menade Carolyn Canfield som företrädare allmänheten i vårdfrågor i Kanada och som är hedersföreläsare vid Faculty of Medicine, University of British Columbia.

— I Kanada är inte patienter regelbundet integrerade i uppbyggnaden av vården, det är ett system som kretsar kring läkare och sjuksköterskor. Hur kan man designa och utvärdera ett system utan att involvera dem som ska använda det? säger hon.

Delvis tror hon att det beror på att vården är utformad mer för akuta tillstånd än för kroniska sjukdomar. Men när sjukvården förändras till att handla mer och mer om livslånga problem, blir patientens upplevelser och framför allt värderingar av vad man önskar sig av liv och hälsa allt viktigare att ta in. Det handlar om att kunna åldras väl. Primärvården blir då den viktigaste dirigenten i all trafik i vårdkontaktarna runt patienten. Denna utveckling hindras av att det idag är alldeles för krångligt för patienten att berätta om sina upplevelser i vården. Kritik är vanskligt eftersom det kan skada en relation byggt på förtroende. Men Carolyn Canfield kan inte vänta, börja imorgon säger hon till primärvården. Ställ två frågor till patienten:

1. Kan du nämna en sak i dagens kontakt med vården som gjorde skillnad?
2. Vad önskar du att du hade vetat innan?

Bara med de två frågorna tror hon att man kan identifiera saker som vården gör rätt och vilka värderingar som är viktiga för patienten. Är det viktigt att bota cancer om det innebär att man blir impotent eller fekalinkontinent? Vilka läkemedelsbiverkningar är man beredd att ta? Vad är extra levnadsår värda i form av interventioner som måste genomgå? Så som sjukvårdssystemet är uppbyggt är det svårt att ta hänsyn till vad patienten vill. Den ena vårdenheten vet inte vad den andra gör, det blir sällan återkoppling och det är svårt att följa en patient fram till målet på grund av fragmentering, tidspress och stress.

— Vården jag sett i Kanada är ingen lärandemiljö. Hur kan någon vilja arbeta i en sådan miljö? Hur kan någon som har gått in i ett yrke för att hjälpa och ta hand om människor stå ut med att de inte kan göra det, därför att systemet är uppbyggt så att man bara kan se en del av det i taget?

Samhällspatient

Hon kallar sig citizen patient och gör skillnad på sitt eget arbete och det som patientföreningar gör. Som samhällspatient vill hon bidra till samhällets och vårdens utveckling i stort utan att strida för en särskild patientgrupps rättigheter. Hon gör det som volontär, skattebetalare och aktivist och efterlyser en demokratisering av sjukvården. Kunskaper om medicin och vård måste spridas ut till allmänheten om människor ska kunna fatta beslut om skattefinansierad verksamhet på demokratisk grund.

Som aktivist ser hon sig som del av en ny rörelse, där framför allt kvinnor av samma generation som hon själv tar allt större plats. De har vuxit upp under en tid då aktivism var självklar, de har det ganska bra ekonomiskt och kan därför arbeta gratis. De har altruistiska motiv och visioner om samhället som inkluderande, de är stolta samhällsmedborgare och inte minst, ganska pigga pensionärer med mycket tid på sin hand. Som kan användas till att förändra sjukvården.

Karin Nordin

Patienten blir en partner med nya lagen

4 frågor till Magnus Thyberg

Den nya patientlagen innebär inte bara att patienter har rätt att söka sig från ett landsting till ett annat för att få vård. Den ska också leda till en kulturförändring där patienten blir en aktiv partner i vården. Vården får tydligare ansvar för att ge information som patienten förstår.

Magnus Thyberg, chef för Läkemedelsenheten i SLL, vad förändras?

– Lagen handlar egentligen om patientmakt, att patienten ska få mer information och större rätt att välja behandling. Men hittills har vi mest pratat om mer tekniska delar, som att patienter har rätt att söka vård i vilket landsting de vill och hur vi ska hantera det med pengaflöden.

Vad betyder det för läkemedelsförskrivningen?

– Läkemedelsbehandlingen är inte klar för att receptet är skrivet. Vi måste hitta sätt att fråga patienten vilket stöd de vill ha. Det ställer ökade krav på vården att bjuda in patienten i diskussioner men också större krav på patienten att själv aktivt kunna fatta beslut. Patientlagen kräver att information anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Vårdpersonalen ska också försäkra sig om att mottagaren har förstått informationen. Hur gör vi det på bästa sätt? Det har vården arbetat länge med men nu behöver vi fundera ännu mer över detta och hitta bra metoder för det.

Gäller Kloka Listan även för patienter från andra län som söker vård här?

– I Stockholms läns landsting är det Kloka Listan som gäller, oavsett vilket län patienten kommer ifrån. Vården ska ges på samma villkor oavsett var patienten bor.

Och om en patient från Stockholm har varit i ett annat landsting och fått ett läkemedel som inte är rekommenderat på Kloka Listan?

– Så länge receptet gäller spelar det ingen roll var i landet patienten hämtar ut sina läkemedel. Om receptet behöver förnyas ska läkaren göra en medicinsk bedömning. Om det är möjligt kan man byta till Kloka Listans rekommenderade läkemedel, annars fortsätter man med det läkemedel som är utskrivet i ett annat landsting.

Karin Nordin



Magnus Thyberg

Patienten ska bland annat få information om:

- sitt hälsotillstånd
- de metoder som finns för undersökning, vård och behandling
- de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning
- vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet
- väsentliga risker för komplikationer och biverkningar
- eftervård
- metoder för att förebygga sjukdom eller skada
- möjligheten att i vissa fall få en ny medicinsk bedömning

Ny formel för beräkning av eGFR i NjuRen

Beräkningsformeln för att skatta en patients njurfunktion, eGFR, ändras i tjänsten NjuRen.

Formeln CKD-EPI har bytts till den reviderade Lund-Malmö-formeln (LM-rev). Ändringen sammanfaller med att Karolinska universitetslaboratoriet börjar erbjuda beräkning av kroppsytynormerat (relativt) eGFR från plasmakreatinin, P-kreatinin, med LM-rev. Tidigare har enbart P-kreatininvärdet visats på labblistan.

LMrev-formeln är liksom CKD-EPI en av de nyare formlerna som med tillräcklig noggrannhet beräknar vuxna patienters njurfunktion. NjuRen kan nås på Janusinfo och via Janusfönster i TakeCare.

Nya behandlingsrekommendationer: dysmenorré och endometriosis

Dysmenorré behandlas lämpligast med NSAID gärna i kombination med paracetamol vid svår smärta. Andra effektiva metoder är kontinuerlig användning av kombinerade hormonella preventivmedel eller hormonspiral.

Läs hela den nya rekommendationen från expertrådet för obstetrik och gynekologi på

www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden/

Där hittar du alla utlåtanden från Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd.

Ketoacidosis i samband med nya diabetesmedel

Amerikanska Food and Drug Administration, FDA, meddelar att SGLT-2 hämmarna dapagliflozin, kanagliflozin och empagliflozin mot typ II-diabetes kan ge ketoacidosis. I Sverige säljs dessa läkemedel som Forxiga, Xigduo; Invokana respektive Jardiance. Patienter som behandlas med dessa läkemedel bör informeras om att söka vård vid symtom på ketoacidosis. Kom ihåg att rapportera läkemedelsbiverkningar till Läkemedelsverket! Läs mer på:

www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm446845.htm

Läkemedlen är föremål för utökad övervakning och alla misstänkta biverkningar ska rapporteras. Det markeras med en svart triangel i produktresumé och bipacksedel.



Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

Fortbildning – ett axplock

ONSDAG
17
JUNI

Blodförtunnande medel Nyttä eller gissel?

Update om NOAK och trombocyt-hämmare
17 juni 12:00 – 13:00
Danderyds Sjukhus, Bofinken, hus 40
Målgrupp: Läkare

ONSDAG
26
AUG

HND-mottagningen/ Hjärtsviktsmottagning

26 aug 13:30 – 16:30, lunch fr 12:30
Danderyds Sjukhus, Bofinken
Målgrupp: Allmänläkare

ONSDAG
26
AUG

STI och smittspårning

26 aug 12:30 – 16:30 · Förtäring serveras
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Magnus Ladulåsgratan 63 A
Målgrupp: Allmänläkare

ONSDAG
9
SEPT

Östrogenbrist – ett försummat tillstånd?

9 sept 18:00 – 20:00 · Samling med
matig smörgås och dryck 17.30
Svenska Läkaresällskapet,
Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare

ONSDAG
30
SEPT

Blodsmitta och vaccinationer

30 sept 12:30 – 16:30 · Förtäring serveras
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Magnus Ladulåsgratan 63 A
Målgrupp: Allmänläkare

ONSDAG
14
OKT

Konsten att behandla svårläkande sår – ett tvärprofessionellt arbete

14 okt 8:30 – 16:45
Wennergrens Center, Hörsalen,
Sveavägen 166
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

ONSDAG
18
NOV

Hjärtsvikt

18 nov 12:30 – 17:00 · Samling med matig
smörgås och dryck från 12.30.
Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrko-
gata 10 · Målgrupp: Läkare

Webbutbildning

En ny webbutbildning om enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar riktar sig främst till läkare och sjuksköterskor inom slutenvården i Stockholm.

Läkemedelsrelaterade problem förekommer i eller bidrar till uppemot 30 procent av fallen av akut sjukhusinläggning på medicinklinik. Med läkemedelsgenomgångar går det att förebygga och upptäcka problemen.

Utbildningen har tagits fram av Stockholms läns landsting och finns på lärplattformen Lärtoget. Anpassade versioner för öppenvård, hemsjukvård och särskilda boenden kommer inom kort.

Läkemedelsgenomgångar