

evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL
#1 · 2019



Cox-2-hämmare in
på Kloka listan

Läkemedelsrekommendationer
vid tillfällig oro utgår

Melatonin för vuxna
med sömnproblem

tema Kloka listan

Karolina Nowinski, med dr, specialistläkare, ordförande
expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar och ledamot i läkemedelskommittén

”Återinsätt statin efter behandlingsavbrott”

Tänk
tankar om
katastrof

evidens #1·19

MEDICIN & LÄKEMEDEL


 tema
Kloka listan
Förändringar i
Kloka Listan 2019 **6**Återinsätt statin efter
behandlingsavbrott **7**Fest på vårdcentralen
ökade statinbehandlingen **9**

 Stegvis behandling
vid KOL **10**
Inhalationstekniken
avgör effekten vid astma **12**Förskrivning av beroende-
läkemedel vid oro och
sömnpblem ska minska **15**

Ansvarelig utgivare: Gerd Lärfars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté
 Redaktion: Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare
 Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog
 Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se/evidens
 Omslagsbild: Karolina Nowinski. Foto Kari Kohvakka. Tryck: Brandfactory, Årsta, 2019
 Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
 Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.
 EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins,
 ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av
 högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org



Full fart framåt och en återblick på året som gick



FOTO ANNA MOLANDER

VÄLKOMNA TILL ÅRETS FÖRSTA EVIDENS som har fokus på Kloka listan 2019! Som alltid var Kloka listan forum välbesökt med ett fullspäckt program med värdefulla föreläsningar. Artiklarna som presenteras på kommande sidor tillsammans med våra rekommendationer och kloka råd ger aha-upplevelser och ställer oss inför utmaningar. Många förbättringar är möjliga att göra om man använder sina data på ett strukturerat och stimulerande sätt, som så väl illustreras av statinförbättringsarbetet på Stureby vårdcentral.

MEN ETT NYTT ÅR ger också tillfälle att blicka tillbaka på året som gått, och för oss blir det ju förstas med fokus på läkemedelsanvändning. Den goda följsamheten till Kloka listan består, 84 procent för alla vårdgivare och 90 procent för primärvården. En viktig och glädjande förbättring gäller arbetet med att minska antibiotika. Strama rapporterar att antalet uthämtade recept per 1 000 invånare minskade med 5,3 procent från 331 recept 2017 till 313 recept 2018. Men för att nå det nationella målet på 250 recept per 1 000 invånare och år behöver antibiotikaförskrivningen minska ytterligare.

TROTS DEN GODA FÖLJSAMHETEN till Kloka listan och ordnat införande av nya läkemedel så fortsätter våra läkemedelskostnader att öka, både för recept och rekvisition. Kostnaden 2018 ökade

till 9,4 miljarder kronor, exklusive rabatter, och det är 10 procent mer än 2017 och 1,4 procent mer än prognos. Mest ökar receptläkemedel som förskrivs inom specialiserad vård där framför allt läkemedel mot hepatit C utgör en stor andel av våra ökade kostnader. Trots att det är ett betydligt lägre pris efter nya avtal så har målsättningen att behandla betydligt fler patienter gjort att den sammanlagda kostnaden ökat. Men arbetet är viktigt och värdefullt för att nå målet med att utrota sjukdomen år 2030.

FÖR BASLÄKEMEDEL så är det våra nya perorala antikoagulantia som står för den stora ökningen med nästan 60 miljoner kr. Där vet vi ju att behandlingen gör stor nytta och vi ser redan en minskning av antalet stroke. En förbättring som beror på bättre behandling av blodfetter, blodtryck och flimmer!

SÅ MED MÅNGA BRA förbättringar i ryggen och utmaningar i sikte så tar vi med oss nya Kloka listan och våra kloka råd i kommande läkemedelsarbete!



Gerd Lärfars, docent, överläkare, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté

Utvalda läkemedel för din patient

KLOKA
LISTAN
FORUM
 2019

För 20:e året i rad samlas oberoende experter kring en gemensam lista över de bästa läkemedlen för Stockholms läns invånare.

De nya rekommendationerna i Kloka listan 2019 presenterades under Kloka listan forum.

Evidens
rapporterar

Kloka listan forums moderatorer: Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare, Södersjukhuset, ordförande Kloka listan-utskottet och Gerd Lärfars, docent, överläkare, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté.



FÖRÄNDRINGAR I KLOKA LISTAN 2019 

Nyttillkomna preparat

Terapiområde	Preparat
Diabetes mellitus typ 1 och 2	insulin lispro (Insulin lispro Sanofi)
D-vitaminbrist	kolekalciferol (Benferol)
Järnbristanemi	ferroglycinsulfat (Niferex enterokapslar)
Klimakteriebesvär	noretisteron + estradiol (Femasekvens)
KOL	umeklidinium (Incruse Ellipta) umeklidinium + vilanterol (Anoro Ellipta) umeklidinium + vilanterol + flutikasonfuroat (Trelegy Ellipta)
Labial herpes (barn 2–11 år)	aciclovir
Lipidsänkande behandling	rosuvastatin
Migrän	naproxen (Pronaxen supp)
Smärta vid inflammatoriska led- och ryggsjukdomar	celecoxib
Sömnstörningar	melatonin (Melatonin AGB)

Preparat som utgått

Terapiområde	Preparat
Angina pectoris	glyceryltrinitrat (resoriblett)
Astma hos vuxna	terbutalin (Bricanyl Turbuhaler)
Diabetes mellitus typ 1 och 2	insulin lispro (Humalog)
Förstoppning	ispaghula (Vi-Siblin, Vi-Siblin S)
Gastroesofagal reflux	ranitidin
Hypertoni	klortalidon (Hygropax)
Hypokalemi vid symtomatisk hjärtsviktsbehandling	amilorid
Impetigo	retapamulin (Altargo) – marknadsförs inte längre i Sverige.
Järnbrist	järnisomaltosid (Monofer inj)
KOL	glykopyrron (Seebri Breezhaler)
KOL	tiotropium (Spiriva Handihaler)
Tillfälliga orostillstånd	alimemazin (Theralen)
Tillfälliga orostillstånd	prometazin

Återinsätt statin efter behandlingsavbrott

Använd statiner mer och minska kardiovaskulär sjuklighet. Hjälpt patienter som gjort ett avbrott i behandlingen att komma igång med statin igen.

FOTO KARI KOHVAKKA



Karolina Nowinski

– Det är viktigt att öka följsamheten till statinbehandling. I en studie hade patienter med indikation för statin som tagit läkemedlet mindre än 80 procent av tiden upp till fem gånger högre risk för kardiovaskulära händelser, sa Karolina Nowinski, med dr, specialistläkare, ordförande expertrådet hjärt-kärlsjukdomar och ledamot i läkemedelskommittén.

Muskelsymtom är en vanlig orsak till att patienter slutar med statin. Hög ålder, låg kroppsvikt, trauma, infektioner, hypothyroidism och nedsatt lever- och njurfunktion är riskfaktorer för muskel-

biverkningar vid statinbehandling. Men det är inte alls säkert att muskelproblemen beror på statinen. Använd verktyget SAMS som en hjälp att bedöma sannolikheten för att det finns ett samband mellan muskelsymtom och statinbehandling.

– Hög dos statin är också en riskfaktor för muskelsymtom. Försök till återinsättning bör därför ske med låg eller mycket låg dos som titreras upp försiktigt. Kommer man inte upp i den dos som behövs för att nå önskade lipidnivåer kan man istället lägga till ezetimib.

Karolina Nowinski påminde om att mäta kreatinkinas (CK) hos patienter med signifikanta muskelsymtom. Om CK ligger lägre än fyra gånger högsta normalvärdet kan man göra ett försök att återinsätta statinen.

– En annan möjlighet till återinsättning är att byta till en statin som metaboliseras på ett annat sätt. Patienter som haft simvastatin eller atorvastatin kan då byta till rosuvastatin.

Karin Nordin



Klokt råd:

Återinsätt statin efter behandlingsavbrott.
Behandla med låg dos och titrera upp. Preparatbyte kan underlätta.

SAMS

SAMS-formuläret är översatt till svenska och finns på www.janusinfo.se/evidens/sams

P A T I E N T E N

Eva-Lena är 68 år och har diabetes mellitus typ 2 sedan 8 år tillbaka. Hon har en välreglerad hypertoni och övervikt med BMI 32 kg/m². Totalkolesterol ligger på 6,1 mmol/l och LDL är 3,5 mmol/l. Hon uppger att hon är väldigt "medicinkänslig" och vill inte ta medicin i onödan. Har tidigare motsatt sig statinbehandling. Vad gör du?

Behandla alltid risken för hjärtkärlsjukdom och inte en enskild riskfaktor som LDL. I det här fallet behöver man ta reda på vilken risk patienten har, och ett bra sätt är att använda NDR:s riskmotor. Risken, uttryckt som risk för hjärtkärlhändelse inom 5 år, är mycket hög när den ligger över 20 procent. I intervallet 8-20 procent är den hög och om den ligger mellan 2-8 procent räknas den som måttlig. Om det visar sig att Eva-Lenas risk är hög är det bra att sätta in en statin och i det här fallet spelar det ingen större roll om det är simvastatin eller atorvastatin. Effekten av simvastatin är kraftigare om tabletten tas till kvällen men för atorvastatin är det likvärdigt om tabletten tas morgon eller kväll. Men det är lättare att komma ihåg en tablett på morgonen, så av följsamhetsskäl kan det vara bättre att välja atorvastatin här. När risken är hög kan det vara bra att börja med 20 mg atorvastatin som primär prevention för Eva-Lena direkt.

Erika Hörnfeldt, distriktsläkare Stureby vårdcentral och Thomas Kahan, överläkare Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus, gav svar.

Eva-Lena har nu haft atorvastatin 20 mg under en tid. Hon kommer tillbaka till vårdcentralen för att hon upplever biverkningar i form av diffus värk i kroppen. Hon uppger att hon känner sig konstig och accepterar inte behandlingen. Du utvärderar med SAMS och får score 7, det vill säga ett möjligt samband mellan statin och muskelsymtom. Vad gör du?

Förutom SAMS är det värt att kontrollera CK. Eftersom SAMS visar på ett möjligt samband är det bästa att sätta ut statinbehandlingen tillfälligt under 2-4 veckor. Om symtomen kvarstår efter utsättningen är de inte relaterade till statinen som då kan återinsättas. Om symtomen minskar så kan man prova att sätta in statinen igen men med lägre dos än tidigare. Det är också möjligt att byta till rosuvastatin med låg dos. Det finns en teoretisk grund för att göra ett byte eftersom rosuvastatin har annan levermetabolism än atorvastatin (och simvastatin) med färre läkemedelsinteraktioner. Risken för att biverkningarna återkommer är därför mindre. Men det största skälet till att byta statin är att det ofta är lättare att få patienten att acceptera ett annat preparat. Byt inte statin utan att prova en tillfällig utsättning - då kan man missa andra orsaker till symtom som till exempel polymyalgia rheumatica.

FOTO: KARI KOHVAKKA

Thomas Kahan och Erika Hörnfeldt

Fest på vårdcentralen ökade statinbehandlingen

Med ett kvalitetsarbete på Stureby vårdcentral ökade andelen statinbehandlade patienter med diabetes typ 2 från 50 till 69 procent under förra året.

Enligt det Nationella diabetesregistret, NDR, ska den absoluta majoriteten av patienter med diabetes typ 2 i primärvården ha blodfettsänkande behandling. Stureby vårdcentral använde data från Primärvårdskvalitet och upptäckte en klar underbehandling av de egna patienterna.

– Vi undersökte vilka hinder som fanns för statinbehandling. Bland läkarna fanns det en osäkerhet om vilka patienter som bör ha statiner och vilken statin och vilken dos man ska välja för olika patienter. Vi ville använda NDR:s riskmotor som är bra men som ändå kändes krånglig i den kliniska vardagen, sa Erika Hörnfeldt, distriktsläkare, Stureby vårdcentral, ledamot i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar.

NDR:s riskmotor beräknar den absoluta risken

att en patient ska drabbas av hjärtkärlsjukdom inom fem år.

I samråd och diskussion mellan läkarna på vårdcentralen inleddes ett arbete för att förbättra statinanvändningen. Alla patientansvariga läkare fick listor över patienter som hade en femårsrisk för hjärtkärlsjukdom över 8 procent. Ett behandlingsstöd med målsättning och instruktioner om val av statin och dos togs också fram. Dessutom träffades läkarna i ett möte som de kallade *Pitchfest*.

– Det är ett avslappnat möte där vi utbyter knep och knåp om hur man kan sälja in behandlingen till patienter. Det är argument som vi kan använda i patientmötet. Vi kommer att ha fler pitchfester, för vi såg sedan på andelen uthämtade recept att de verkade fungera. Och vi vill ha mer fest på vårdcentralen, berättade Erika Hörnfeldt.

Karin Nordin

Stegvis behandling vid KOL

Vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, är behandlingsmålet att minska symtom och exacerbationer. Sjukdomen behandlas stegvis efter symtom och risk. Symtom bedöms enligt CAT-formuläret och risk utifrån exacerbationsfrekvens.

– Den icke-farmakologiska behandlingen är viktig och såklart lägger vi allt krut vi har på rökstopp. Fysisk aktivitet är också viktigt vid alla stadier av sjukdomen. Samsjuklighet med till exempel hjärt-kärlsjukdom är vanligt och det ska också behandlas, sa Michael Runold, ordförande i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar och överläkare vid PF Lungvävnadssjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset.

KOL är vanligt och drabbar omkring 10 procent

av befolkningen. I västvärlden är KOL oftast en följd av mångårig tobaksrökning, men i utvecklingsländer drabbar sjukdomen även de som lagar mat vid öppen eld i dåligt ventilerade hus.

– Inhalationstekniken ska kontrolleras regelbundet, får patienten inte i sig läkemedlet har det förstås ingen effekt. Vi har lagt till en ny inhalator i Kloka listan, Ellipta. Den kan vara enklare att använda för vissa patienter och finns med olika läkemedelskombinationer så det är lätt att byta

Michael Runold



≥2 exacerbationer i öppenvård eller ≥1 i slutenvård senaste året

RISK

0–1 exacerbation i öppenvård senaste året

C

I första hand

Långverkande antikolinergikum (LAMA)

I andra hand

Kombinationspreparat LAMA och LABA

D

I första hand

Kombinationspreparat LAMA och LABA

I andra hand – vid fortsatta exacerbationer

Kombinationspreparat LAMA, LABA och ICS

A

Luftrörsvidgande, vid behovsmedicinering

Kortverkande beta-2-stimulerare (SABA)

eller

Kortverkande antikolinergikum (SAMA)

B

I första hand

Långverkande antikolinergikum (LAMA)

I andra hand

Långverkande beta-2-stimulerare (LABA)

Kombinationspreparat LAMA och LABA

Lindriga eller sporadiska symtom (CAT < 10 p)

Betydande symtom (CAT ≥ 10 p)

SYMPTOM

när behoven ändras, sa Michael Runold.

I Kloka listan rekommenderas KOL-behandling enligt GOLD, där behandlingsvalet beror på symtom och risk. Risken beror på antalet exacerbationer, alltså antalet akuta förändringar i symtom som är större än den normala dagliga variabiliteten och som kräver ändrad behandling.

– Ibland står patienten på inhalationssteroid utan att sjukdomen är så avancerad att det skulle krävas. Inhalationssteroider innebär en högre risk för pneumonier och det finns skäl att fundera på om de kan sättas ut, sa Michael Runold.

Elin Jerremalm



Klokt råd:

Behandla KOL efter symtom och exacerbationsfrekvens.

Inhalationstekniken avgör effekten vid astma



Maria Ingemansson
och Michael Runold

Utbildning av personal i inhalationsteknik innebär att de aktivt kan undervisa patienterna. Det ökar chansen att patienten får effekt av sin behandling.

Inhalationsteknik med pulverinhalator

1

Skaka inhalatorn.

2

Andas ut vid sidan av inhalatorn.

3

Sätt munstycket innanför tänderna och slut läpparna.

4

Ta ett djupt andetag.

5

Ta bort inhalatorn.

6

Slut läpparna när inhalationen är klar och andas ut genom näsan.

7

Om fler inhalationer ska göras, upprepa proceduren.

8

Skölj munnen om det är kortison som har inhalerats.

– I första hand rekommenderas pulverinhalator. Dessa är lätta att använda om patienten fått rätt instruktioner och de är små och lätta att ha med sig i fickan. En del inhalatorer har en färgindikator eller signalfunktion för att meddela till exempel när inandningen är för svag eller för kraftig och då är det viktigt att patienten vet vad funktionen betyder, sa Maria Ingemansson, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för luftvägs- och allergisjukdomar, överläkare vid PF Barn-

allergi och lungmedicin, Karolinska universitetssjukhuset.

Några problem som kan förekomma med en pulverinhalator är att vissa patienter inte klarar att inhalera tillräckligt kraftigt och vissa inhalerar för kraftigt. Om patienten andas ut i inhalatorn blir pulvret fuktigt därinne och som cement.

– De som inte klarar pulverinhalatorn kan använda sprayinhalator. Sprayinhalatorer kräver en mer komplicerad koordination mellan avtryck och

inandning och för att vara säker på att patienten får i sig läkemedlet är kombination med spacer alltid ett säkrare alternativ. Barn upp till 6–7 år ska använda sprayinhalator och alltid tillsammans med spacer, sa Maria Ingemansson.

– Undervisning och demonstration av inhalationsteknik vid insättning är ett måste. Men det är också viktigt att kontrollera och vid behov repetera inhalationstekniken vid varje återbesök, sa Maria Ingemansson.

Elin Jerremalm

Inhalationsteknik med sprayinhalator med spacer

1

Skaka sprayen och sätt den på spaceren.

2

Sätt munstycket (med mask för små barn under 3–4 år) till munnen.

3

Tryck en gång på sprayen.

4

Andas sex andetag (åtta för barn under 18 månader).

5

Spraya en puff i taget.

6

Proceduren upprepas vid ordination på mer än en puff.

7

Skölj munnen om det är kortison som har inhalerats.



Klokt råd:

Lär patienten att inhalera rätt.

Läs mer

Se expertrådets instruktionsfilmer för olika inhalatorer: www.janusinfo.se/inhalatorer

” Vi försöker nu introducera ett alternativ med betydligt mindre missbruksrisk är zopiklon.

Mats Ek

Förskrivning av beroendeläkemedel vid oro och sömnproblem ska minska

Nu tas alla läkemedelsrekommendationer för tillfälliga orostillstånd bort från Kloka listan. Vid sömnstörning läggs melatonin till som alternativ. Målet med förändringarna är att minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel.

– Tillfälliga orostillstånd är inte en sjukdom i sig och ska inte behandlas med läkemedel. De kan vara symtom på en underliggande sjukdom, till exempel KOL eller yrsel. Det är i så fall grund-

problemet som ska utredas och behandlas, sa Mats Ek, med dr, överläkare, Psykiatri Södra Stockholm, SLSO och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

Rekommendationer om läkemedel vid tillfällig ångest och oro har därför plockats bort ur årets version av Kloka listan. Icke-farmakologisk behandling rekommenderas istället.

Lugnande läkemedel av typen bensodiazepiner är idag ökända för sin missbruksproblematik. Övriga lugnande läkemedel som tidigare rekommenderats är förknippade med andra problem, till exempel hjärtbiverkningar.

– Vi ska vara försiktiga med att skriva ut dessa läkemedel, särskilt till äldre. Ändå hade en femtedel av 85-åringar hämtat ut lugnande under 2017, sa Mats Ek.

Melatonin nytt alternativ för vuxna

Även vid sömnstörningar menar expertrådet att förskrivningen av de bensodiazepinbesläktade läkemedlen bör minska. I de äldsta åldersgrupperna har mer än var tredje person ett sömnmedel.

– Detta måste vara en överförskrivning. Jag känner till äldreboenden där man lägger sig klockan 18.

Sömnhygieniska insatser och KBT är förstahandsval vid sömnstörningar och läkemedel bör endast användas för korttidsbehandling. På Kloka listan rekommenderas propiomazin (Propavan) och zopiklon för behandling av sömnstörning. Melatonin har tidigare enbart rekommenderats vid sömnstörning hos barn men från och med i

år finns det även med bland förstahandsvalen för vuxna.

– Vi rekommenderar Melatonin AGB eftersom det har en snabbare insättande effekt än depotberedningen Cirkadin. Det är därför bättre för insomning och dessutom har läkemedlet lämnat kroppen när det är dags att stiga upp, så att patienten inte blir trött på dagen.

För melatonin AGB är det bra att börja med 2 mg (4 mg vid preparatbyte). Vid otillräcklig effekt ökas dosen till 4–5 mg. Vissa kan behöva upp till 10 mg. Tänk på att tablettarna kostar lika mycket oavsett styrka. För den patient som behöver en högre dos blir det därför mer kostnadseffektivt att välja en tablett med högre styrka än flera tabletter med lägre styrka.

Zopiklon har en ökad risk för missbruk samt för kognitiv påverkan på bland annat arbetsminne och uppmärksamhet. Risken för fall ökar med zopiklon på grund av psykomotorisk påverkan.

– Expertrådet för psykiatriska sjukdomar har en långsiktig plan när det gäller behandling av sömnproblem. Vi har hittills försökt minska förskrivningen genom att uppmana till korta behandlingstider. Det verkar inte ha haft effekt. Vi försöker nu introducera ett alternativ med betydligt mindre missbruksrisk är zopiklon. I och med att erfarenheten hos forskrivarna av melatonin är liten avvaktar vi med att ta bort tidigare rekommenderade preparat i nuläget.

Karin Nordin

Hjälp patienten utan läkemedel vid sömnproblem



” Det är oftast inte samma faktor som startar problemen som sedan vidmakthåller dem. ”

Christina Sandlund



Klokt råd:

Vid sömnstörningar: Välj sömnhygieniska insatser och KBT före läkemedel. Utred bakomliggande orsak.

Läs mer

Produktresumé Melatonin AGB: www.janusinfo.se/produktresumeMelatonin

En patient med sömnstörning behöver kunskap om sömn och ett strukturerat stöd för beteendeförändring. Det är något som går att jobba med på vårdcentralen, menar Christina Sandlund, med dr, distriktssköterska, Telefonplans vårdcentral.

Sömnpå problem är ofta en ond cirkel. En person med sårbarhet utsätts för en stressor som leder till sömnbesvär. Det ger sedan upphov till oro för att inte kunna sova som leder till mer sömnpå problem.

– Det är oftast inte samma faktor som startar problemen som sedan vidmakthåller dem. Tankar på att man måste sova ger oro, ångest och nedstämdhet som liknar andra ångesttillstånd. Patienten börjar kanske prioritera bort roliga saker för att få tid att varva ner och förbereda sig för natten. Eller att man försöker ta till alkohol eller sömnmedel, sa Christina Sandlund.

Kognitiv beteendeterapi, KBT, är rekommenderad behandling och enbart allmänna råd om sömnhygien är sällan effektivt. Behandlingen kan ske enskilt, i grupp, via internet eller med hjälp av självhjälpsböcker.

– Patienten behöver bli medveten om sina egna vidmakthållande faktorer och kunskap om bakgrunden till råden för att vara motiverad till att göra en förändring. Kunskap minskar också oro.

Bland annat behöver många patienter kunskap

om hur normal sömn ser ut i olika åldrar. Till exempel att det är normalt med flera korta uppvaknanden under natten för en 70-åring. Eller kunskap om hur viktigt det är att vara vaken en längd av 16–17 timmar.

KBT-upplägget är på åtta träffar och ges vid vissa vårdcentraler i Stockholm. Men det går att plocka delar ur detta och använda på vilken vårdcentral som helst. Sömnrestriktion är en metod som kan användas för sig självt. Den handlar om att patienten enbart ska ligga i sängen det antal timmar som hen sover per natt. Det ska vara en fast uppstigningstid, oavsett hur man sovit eller om man är ledig. Sömneffektiviteten beräknas som sömmtid/tid i sängen x 100. Om sömneffektiviteten är lägre än 80 procent används samma schema en vecka till. Men om sömneffektiviteten är mer än 80–85 procent får man lägga sig 15 minuter tidigare nästa vecka. Så fortsätter detta tills patienten nått en godtagbar sömn per natt.

– Personer med bipolär sjukdom bör inte använda metoden, men annars kan alla med sömnpå problem prova sömnrestriktion.

Karin Nordin

Vad är insomni?

- » Långvariga och frekventa sömnbesvär trots att förutsättningar för sömn finns.
- » Dagbesvär, nedsatt dagfunktion.
- » Kan inte enbart förklaras av sjukdom eller annan sömnstörning.
- » Kan inte enbart förklaras av läkemedel eller annan substans.

Stoppa kronifiering av migrän

Använd anfallsförebyggande behandling hos patienter med tre eller fler behandlingskrävande migränanfall per månad. Och förhindra att högfrekvent migrän övergår till kronisk migrän.

FOTO: KARI KOHVAKKA



Ingela Nilsson Remahl

Episodisk migrän kan vara lågfrekvent med upp till nio migrändagar i månaden eller högfrekvent med 10 till 14 dagar med huvudvärk varje månad. Vid kronisk migrän är antalet huvudvärksdagar 15 eller mer per månad under ett kvartal.

– Migrän är en cyklisk sjukdom och patienter kan förflytta sig fram och tillbaka på skalan mellan lågfrekventa och högfrekventa anfall under olika perioder av livet. Har de otur utvecklar de kronisk migrän, och det gäller att stoppa signalerna som leder till kronifiering. Stress är en av de faktorer som driver på detta, sa Ingela Nilsson Remahl, docent, överläkare PFC Huvudvärk Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i expertrådet för neurologiska sjukdomar.

Varje år utvecklar upp till drygt fyra procent av migränpatienterna kronisk migrän. Men det är lika vanligt att kronisk migrän spontant återgår till att bli episodisk igen.

→ – Sätt ut profylaxläkemedlen när patienten är i en bättre fas. Ingen patient ska stå på något migränförebyggande läkemedel för jämnan eftersom det är en cyklisk sjukdom, sa Ingela Nilsson Remahl.

Kloka listan rekommenderar betablockaren metoprolol i första hand som anfallsförebyggande läkemedel hos vuxna patienter med migrän. Som andrahandsalternativ finns topiramat för specialiserad vård.

– Ni kan förnya recept på topiramat i primärvården men tänk då på att det är teratogent och kontrollera att kvinnor i fertil ålder har kvar sina p-piller. Topiramat har också en del tråkiga biverkningar som risk för depression och påverkan på kognitionen.

För barn och unga rekommenderas propranolol som anfallsförebyggande läkemedel.

Nytt läkemedel

Erenumab (Aimovig) är en antikropp mot signalsubstansen CGRP och ett nytt förebyggande läkemedel mot migrän. Patienter med svår kronisk migrän som tidigare prövat och inte haft effekt av minst två andra förebyggande behandlingar kan vara aktuella för att pröva erenumab. Förutsätt-

” Ingen patient ska stå på något migränförebyggande läkemedel för jämnan eftersom det är en cyklisk sjukdom. ”

ningen är att förskrivningen görs av neurolog eller smärtläkare med stor erfarenhet av migrän och att behandlingen utvärderas och avslutas vid utebliven effekt. För att få kontroll på detta behöver patienten föra migrändagbok och behandlingen ska även registreras i kvalitetsregistret Neuroregistret.

– Tjugo procent av patienterna svarar bra på erenumab, hälften har medelgod effekt och tjugo procent får ingen effekt alls. Så det är inget trollspö, men det kan vara ytterligare en möjlighet för patienter med svår kronisk migrän.

Karin Nordin

Pronaxen supp nytt på Kloka listan

Anfallsbehandling hos vuxna med migrän

I första hand

paracetamol Paracetamol, Alvedon, Oparap, Pamol, Panodil, Paracut, Parapo

acetylsalicylsyra Bamyli *brustablett*

ibuprofen Ibuprofen, Brufen, Ibumax, Ibumetin, Ipren

I andra hand

naproxen Pronaxen *suppositorium*

sumatriptan Sumatriptan

Undvik anfallsbehandling med opiater och kodeinnehållande läkemedel. De ger stor risk för försämrad migrän med pålagrad läkemedelsinducerad huvudvärk.

Fortsätt rekommendera influensavaccin

Säsongens influensavaccin innehöll för första gången skydd mot två influensa A-stammar och två influensa B-stammar, ett tetravalent vaccin.



FOTO: KARI KOHVAKKA

– Den här influensasäsongen uppstod tyvärr en brist på vaccin. Det berodde på en glädjande, men lite överraskande, stor efterfrågan. Vi gör vad vi kan för att inte detta problem ska återkomma nästa år, sa Maria Rotzén Östlund, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för vaccinationer, biträdande smittskyddsläkare på Smittskydd Stockholm.

Vaccinet skyddar, men något olika bra från år till år, och är det bästa vi har för att skydda särskilt riskgrupper och äldre. Rekommendera de som behöver vaccin att sms:a VACCINATION till 720 80, så får de automatiskt en påminnelse när det är dags för vaccination.

– Jag vill till sist passa på att påminna om att kikhosta inte är en utrotad sjukdom och att vi faktiskt har cirka 250 fall per år i Stockholm. Tänk på det när ni ser misstänkta symtom, sa Maria Rotzén Östlund.

Elin Jerremalm

Här får du koll på infektionsläget

Influensarapporterna från Folkhälsomyndigheten sammanfattar läget i Sverige och omvärlden. De publiceras varje torsdag under influensasäsongen, vilken pågår mellan vecka 40 på hösten och vecka 20 på sommaren. I år verkar A(H1N1) dominera.

Sök på influensa veckorapporter på www.folkhalsomyndigheten.se

Calicivirusrapporterna från Folkhälsomyndigheten visar det totala antalet diagnostiserade fall vid de laboratorier som deltar i den frivilliga rapporteringen. Rapporterna publiceras en gång i veckan från och med säsongsstart. Vinterkräksjukan verkar inte bli så stor i år.

Sök på calicivirus veckorapport på www.folkhalsomyndigheten.se

Karolinska universitetslaboratoriets rapporter för norovirus (vinterkräksjuka) och influensa, RS-virus samt andra luftvägspatogener. Rapporten uppdateras varje tisdag.

Sök på rapporter för noro-, influensa- och RS-virus på www.karolinska.se

Vanliga myter efter katastrof

Översvämning leder till epidemier
Döda kroppar sprider sjukdomar
Kirurger är viktigaste professionen

Tänk tankar om katastrof

En katastrof innebär en brist på resurser och det är personalen i vården som kommer att behöva välja vilka patienter eller problem som ska prioriteras. Krisen eller kriget kan komma även till Stockholm. Tänk tanken och öva redan nu, tipsade Johan von Schreeb, Kunskapscentrum katastrofmedicin, Karolinska Institutet.

– Terrorattacken på Drottninggatan var inte en katastrof enligt definitionen eftersom situationen kunde hanteras med tillgängliga resurser utan att vårdkvaliteten behövde sänkas. Förmodligen hade man kunnat hantera tio gånger så många skadade inom den tillgängliga sjukvårdsstrukturen. Ändå rapporteras det om undanträngningseffekter som kan ha påverkat den vanliga vården negativt, sa docent Johan von Schreeb som har lång erfarenhet av katastrofarbete med Läkare utan gränser och Världshälsoorganisationen.

Om en fara eller ett hot leder till katastrof beror på hur väl förberedda vi är och vilken sårbarhet vi har. I Sverige är faran för jordbävningar låg, tvärt emot i Japan. Men i Japan har man jobbat bort en stor del av sårbarheten genom att bygga byggnader på ett jordbävningssäkert sätt och genom att ständigt öva hela befolkningen på att ha beredskap för jordbävning.

En av Sveriges sårbarheter är en äldre befolkning som är svår att evakuera vid till exempel storm eller strömavbrott. Vi har sårbara IT-system och brist på erfarenhet och övning inför katastrof.

Ett krig eller en kris ger direkta effekter med

döda och skadade människor och förstörda sjukvårdsinrättningar. Det kan leda till indirekta problem med brist på vanlig vård och mentala hälsoproblem.

– Det stora är ofta de indirekta skadorna. Primärvårdsläkare i Stockholm har en mycket stor funktion att fylla för att upprätthålla den vanliga vården i händelse av katastrof.

Vården kommer att behöva arbeta med triage på tre nivåer vid en katastrof. På individnivå med ABCD och på gruppnivå med sortering och prioritering av människor. På folkhälsolivå är fokus på att minimera hälsorisker genom att se till att det finns mat, vatten, sanitet och så vidare, och samtidigt vård för de vanliga folksjukdomarna.

– Det här är etiskt utmanande för oss läkare som är vana att vårda individer, i situationer där vi verkar ha obegränsade resurser. Börja med att umgås med tanken på att katastrofen kan komma. Fundera på om det finns en plan för den på vårdcentralen och hur det är tänkt med uppgifter och roller och vilket material som finns till hands. Och öva. Så förbereder vi oss för katastrof.

Karin Nordin

” Det här är etiskt utmanande för oss läkare som är vana att vårda individer, i situationer där vi verkar ha obegränsade resurser. ”

Johan von Schreeb

Smärtlindrande COX-2-hämmare nu på Kloka listan

COX-2-hämmare höjer risken för kardiovaskulär händelse, men för celecoxib i låg dos är inte risken större än för naproxen. Celecoxib rekommenderas därför i andra hand på Kloka listan för patienter med inflammatoriska sjukdomar och ökad risk för gastrointestinala biverkningar.

– När COX-2-hämmarna kom var entusiasmen stor. Sedan drog tillverkaren av rofecoxib (Vioxx) in detta läkemedel år 2004 på grund av risker för hjärtkärlbiverkningar och då halvdog hela forskningsfältet. Nu ökar intresset för COX-2-hämmare igen eftersom det har kommit nya randomiserade långtidsstudier och ny basalforskning som ger ökad förståelse för biverkningarna, sa Per-Johan Jakobsson, professor, reumatolog vid Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i expertrådet för analgetika och reumatologiska sjukdomar.

I en randomiserad studie med 24 000 patienter från 2016, PRECISION, sågs ingen ökad risk för kardiovaskulära händelser för celecoxib 200 mg jämfört med naproxen 800 mg. Risken för gastrointestinala biverkningar var lägre med celecoxib jämfört med naproxen. Det är med stöd av denna studie som celecoxib nu kommer in på

” Högriskpatienter med till exempel okontrollerat högt blodtryck, njursvikt eller hjärtsvikt ska inte ha någon COX-hämmare. ”

FOTO: YARI KOHVAKKA

Per-Johan
Jakobsson

Om du ska välja en COX-2-hämmare

Celecoxib (Celebra) rekommenderas på Kloka listan därför att det är den mest väldokumenterade av COX-2-hämmarna. Etoricoxib (Arcoxia) har inte lika god dokumentation på hjärtkärlbiverkningar. Till sin verkan och biverkningsprofil är etoricoxib också mer lik rofecoxib (Vioxx) som företaget avregistrerade på grund av kardiovaskulära biverkningar.

→ Kloka listan. Den smärtlindrande effekten är troligen lite högre för naproxen än för celecoxib hos patienter med inflammatorisk sjukdom.

Alla COX-hämmare, utom naproxen, är förknippade med ökad risk för hjärtkärlproblem. En viktig metaanalys från 2013 samlade information från 280 studier där COX-2-hämmare jämfördes mot placebo och 474 studier där jämförelsepreparatet var ett NSAID. Patienterna i studierna hade inflammatorisk ledsjukdom.

– Analysen visar att risken för en allvarlig kardiovaskulär händelse ökar med 37 procent, från 0,82 procent per år med placebo till 1,15 procent per år med COX-2-hämmare. Risken för en allvarlig kardiovaskulär händelse med naproxen skiljer sig inte från placebo. Analysen visar också

att risken är proportionell mot grundrisken för patienten. Det innebär att antalet patienter som får biverkan i en lågriskpopulation är låg, medan antalet patienter som tar skada i en högriskpopulation blir betydligt fler.

Högriskpatienter med till exempel okontrollerat högt blodtryck, njursvikt eller hjärtsvikt ska inte ha någon COX-hämmare.

– Risken för hjärtkärlbiverkningar kommer tidigt vid behandling med COX-hämmare och den är sedan spridd över hela behandlingsperioden. Som alltid gäller den farmakologiska behandlingsprincipen att använda lägsta möjliga dos under kortast tid för att nå god effekt. Vid kroniska sjukdomar rekommenderas också behandlingspauser när det är möjligt.

Karin Nordin

Kloka listan rekommenderar vid inflammatoriska system-, led- och ryggsjukdomar:

I första hand

naproxen Naproxen, Alpoxen, Pronaxen

I andra hand

Vid otillräcklig effekt
ketoprofen Orudis Retard

Vid ökad risk för gastrointestinala biverkningar

celecoxib Celecoxib, Celebra

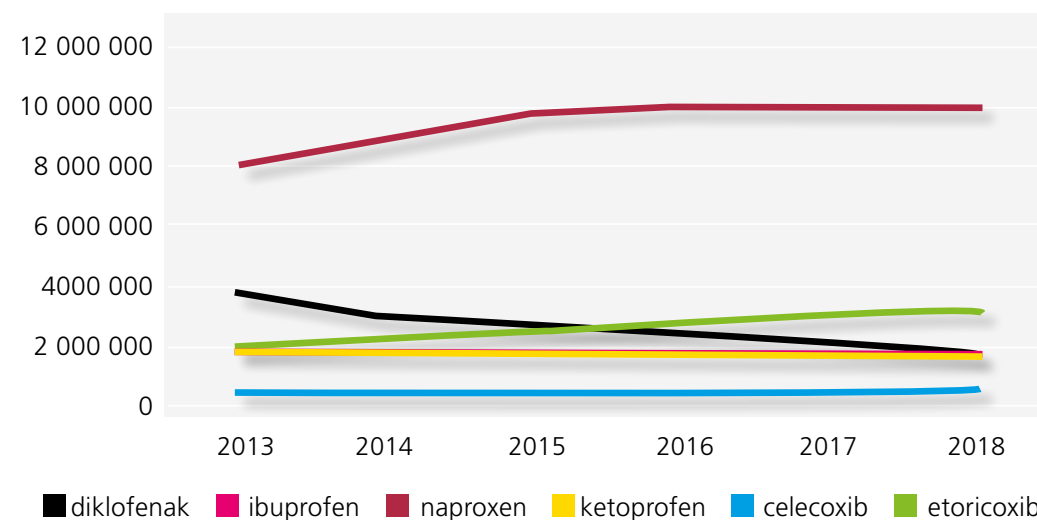
Celecoxib subventioneras endast för patienter med hög risk för blödningar och/eller gastrointestinala biverkningar, till exempel på grund av hög ålder eller tidigare magsår.

Referens

Cardiovascular Safety of Celecoxib, Naproxen, or Ibuprofen for Arthritis. N Engl J Med. 2016 Dec 29;375(26):2519-29.

Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet. 2013 Aug 31;382(9894):769-79.

COX-hämmare på recept i SLL 2013–2018, DDD



Skralt stöd för celecoxib hos äldre

PRECISION ger inte tillräckligt stöd för att rekommendera celecoxib till äldre enligt expertrådet för geriatriska sjukdomar.

– Omfattande dokumentation före PRECISION-studien tyder på att risken för kardiovaskulära biverkningar av COX-2-hämmare är ökad jämfört med exempelvis naproxen och ibuprofen. Resultaten från PRECISION är intressanta men det finns fortfarande frågetecken när det gäller äldre och sjukare patienter, säger Pauline Raaschou, ordförande i expertrådet för geriatriska sjukdomar.

Celecoxib rekommenderas därför inte på Kloka listans avsnitt *Äldre och läkemedel*. Istället är det

COX-hämmarna naproxen och ibuprofen i låg dos som finns med som alternativ till paracetamol för behandling av nociceptiv smärta hos äldre.

– I PRECISION jämfördes celecoxib 200 mg mot doser av ibuprofen och naproxen som var 2–4 gånger de doser som vanligen rekommenderas för äldre. Patienterna som inkluderades var artrospatienter med relativt låg risk för hjärtkärlsjuklighet. Vi anser därför inte att studien ger tillräckligt stöd för att använda celecoxib hos äldre.

Karin Nordin



Caroline Elmér



FOTO KARI KOHVAKKA

Prata om **kissnödighet** istället för trängningar

Eftersom läkemedel har en blygsam effekt bör fokus ligga på förändrade levnadsvanor och blås- och bäckenbottenträning vid trängningar och trängningsinkontinens.

Överaktiv blåsa är handikappande. Caroline Elmér, med dr, specialistläkare gynekologi och urologi och ordförande i expertrådet för urologi, beskriver det som en ren katastrof för de som drabbas.

– Många vågar inte lämna hemmet av rädsla

för att det plötsligt ska börja rinna längs benen, samtidigt som de är oroliga för att de ska börja lukta. Många söker inte hjälp. Förutom ett stort lidande för patienten är det också en stor kostnad för samhället.

Vid överaktiv blåsa har patienten trängningar med eller utan trängningsinkontinens, oftast med

.....▶ täta miktionstillfällena och nokturi, utan förklaring. Det kan vara svårt att skilja överaktiv blåsa från ansträngningsinkontinens och det är inte heller ovanligt att patienten har en kombination av båda. Ansträngningsinkontinens innebär ofrivilligt urinläckage i samband med ansträngning, nysning eller hosta.

En frisk blåsa skickar signaler om att den behöver tömmas när den är halvfyllad, men inte förrän den är fylld till cirka 75 procent kommer behovet av att uppsöka en toalett. Däremot har personer som lider av överaktiv blåsa en mycket kort varningstid mellan den första signalen till läckage.

En noggrann utredning av patienten ska göras. Ta anamnes, med fokus på blås- och tarmfunktion.

– Det är viktigt att använda ett språk som patienten förstår. Många förstår inte vad trängningar betyder så säg kissnödighet så blir det tydligt vad vi menar, sa Caroline Elmér.

Genom att låta patienterna fylla i en urinmättnings-/dryckeslista går det att få reda på hur mycket patienten kissar, dricker och äter under ett dygn. Det ska sedan jämföras med vad som är normalt och diskuteras med patienten. Även föda kan innehålla mycket vätska.

– Informera patienten om att det är mängden som hon eller han dricker och äter som kissas ut. Många tror inte på det och ser inte sambandet, sa Caroline Elmér.

En urinvägsinfektion som inte upptäckts kan ge trängningar och trängningsinkontinens eftersom blåsan då är irriterad och vill dra ihop sig. En urinsticka eller urinodling kan ibland ge svar på detta.

Många patienter har också en komorbiditet som behöver behandlas, till exempel diabetes.

Normalt för urin

Total dygnsurinmängd:

1,2–2 liter

Frekvens: 4–8 ggr/dygn

Mängd per tömning:

3 dl medel, 5 dl max

Nokturi: 0–1 gång

Icke-farmakologisk behandling är basen

Efter att organisk patologi har uteslutits är behandlingen vid överaktiv blåsa först och främst förändringar i levnadsvanor, blåsträning, bäckenbottenträning och olika hjälpmedel, till exempel inkontinensskydd.

En person med stor bukfetma kan ha ett stort tryck på urinblåsan och bli hjälpt av att gå ned i vikt. Träning av bäckenbottenmusklerna kan förbättra symtomen och genom att träna på att hålla sig längre stunder kan den funktionella blåsvolymen ökas.

Alla perorala läkemedel vid överaktiv blåsa har en blygsam effekt. På Kloka listan rekommenderas tolterodin. Om läkemedel prövas ska effekt och eventuella biverkningar utvärderas efter cirka en månad. Läkemedel utan effekt ska sättas ut.

Susanne Elfving

Ingen idé med vitamin D till de som redan har de

Endast vid D-vitaminbrist finns det evidens för gynnsamma effekter av D-vitamintillskott, ofta i form av kolekalciferol.

Mats Palmér



FOTO KARI KOHVAKKA



Klokt råd:

Välj icke-farmakologisk behandling före läkemedel vid överaktiv blåsa.

D-vitaminbrist i Kloka listan

D-vitaminbrist (S-25-OH-vitamin D <25 nmol/l) är globalt ett stort problem, men det är oklart hur omfattande problemet är i Sverige. Riskfaktorer är bristande solexponering, täckande klädsel, mörk hud, hög ålder och malabsorption.

D-vitaminbrist; www.viss.nu

D-VITAMIN

kolekalciferol Benferol 800 IE /dygn

kolekalciferol Divisun 2000 IE /dygn

Vid samtidigt lågt kalciumintag

kalciumkarbonat + kolekalciferol	⇔	Kalcipos-D forte <i>tablett</i> Calcichew-D3 Citron, Kalcipos-D forte, Recikalc-D Forte <i>tuggetablett</i>
-------------------------------------	---	---

⇔ Kan bli föremål för generiskt utbyte på apotek

Antalet individer som hämtat ut kolekalciferol på recept i Stockholm har stadigt ökat och sedan 2013 mer än tredubblats. År 2018 hämtade 54 000 individer ut kolekalciferol.

– Många studier har genom åren visat på en association mellan låga D-vitaminnivåer och skelettsjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, cancer, autoimmuna sjukdomar, psykiatriska sjukdomar och kortare livslängd. Det har dock varit frågan om observationella studier och då är det omöjligt att säga om de låga vitaminnivåerna orsakat sjukdom eller om sjukdomen orsakat låga vitaminnivåer, till exempel genom att personen är inomhus mer, sa Mats Palmér, docent, överläkare och medlem i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar.

Den nyligen publicerade randomiserade VITAL-studien med 26 000 friska deltagare med normala D-vitaminnivåer (i medel 77 nmol/l), minst 50 år gamla, gav det tydliga svaret att tillägg av vitamin D inte kan förebygga allvarlig kardiovaskulär händelse eller invasiv cancer.

Effekt på frakturer

En gynnsam effekt på frakturer för D-vitamin+kalcium är endast visat på en grupp institutionaliserade äldre i Frankrike, övriga studier visar enligt en metaanalys noll effekt.

– D-vitamin+kalcium är inte biverkningsfritt och kan faktiskt öka risken för kardiovaskulära händelser och öka risken för njursten, sa Mats Palmér.

D-vitamin+kalcium ska bara ges till patienter med bristande kalciumintag och/eller risk för D-vitaminbrist, patienter som kortisonbehandlas och patienter som behandlas med osteoporosläkemedel (eftersom osteoporosstudierna är gjorda med tillskott). För patienter över 80 år med hög frakturrisik och som inte anses lämpliga för behandling med bisfosfonat kan kalcium och D-vitamin också ges.

I Kloka listan 2019 har Divisun tablett 800 IE bytts till Benferol kapsel 800 IE. Benferol-kapseln måste sväljas hel, så vid sväljsvårigheter rekommenderas krossbar tablett Divisun istället.

Elin Jerremalm

Säg kognitiv svikt, inte demens

I det nya regionala vårdprogrammet Kognitiv sjukdom har demens som begrepp plockats bort.



– Demensbegreppet är ofta kränkande. Så fort man nämner ordet så blir det jobbigt och laddat. Vi tycker att man ska prata om kognitiv svikt, kognitiv funktionsnedsättning eller kognitiv sjukdom istället, säger Marie Rydén, specialistläkare i geriatrik vid Karolinska universitetssjukhuset och huvudförfattare till det nya vårdprogrammet.

I ICD-10 är koden för demens kvar och i journalen kommer man därför fortsatt att behöva använda ordet demens. Detsamma gäller för intyg för sjukskrivning eller körkort. Men i övrigt ska vården försöka röra sig bort från demens som begrepp.

Allt fler söker tidigare för kognitiv nedsättning och vårdprogrammet lägger också vikt vid tidig upptäckt och snabb utredning. Ibland är orsaken en annan än demens, till exempel stress.

Vårdprogrammet kommer att finnas på Vårdgivarguiden inom kort.

Karin Nordin

Andra förändringar i det nya vårdprogrammet

- » Nytt kapitel om munhälsa
- » Utökade kapitel om:
 - » konfusion
 - » prevention
 - » juridik, bland annat framtidsfullmakt



Nya regionala vårdprogrammet Kognitiv sjukdom

Kognitivt sjuka hinner inte till svåra fasen

De flesta som har en demenssjukdom dör innan de uppnår den svåra fasen av sjukdomen. Det förändrar synen på när behandling med läkemedel mot sjukdomen ska upphöra.

Kolinesterashämmare har indikationen mild till måttlig demens. Det har länge funnits en diskussion om huruvida man ska sätta ut läkemedlen när patienten blir sämre.

– I praktiken behåller man nog läkemedlen även vid svår sjukdom. I Sverige har vi ingen bra tradition av att avsluta behandlingar, säger Dorota Religa, docent, överläkare PO Den äldre hjärnan, Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i expertrådet för geriatrika sjukdomar.

Många patienter lever ett tiotal år med diagnosen demens. Det har förutsatts att de flesta patienter går genom alla faserna från lindrig till måttlig till svår sjukdom. Men nu visar en ny studie att bara en fjärdedel av personer som dör med demens befinner sig i det svåra stadiet av sjukdomen.

– Det minskar behovet av att avsluta behandling. Vi kan även se att i det svenska registret är insjuknandeålder 79–80 år. Patienter som är så gamla hinner ofta dö av andra orsaker innan de kommit in i den svåra fasen.

Samsjukligheten är stor. Till exempel har 17 procent av patienter med demens även diabetes. Kolinesterashämmare kan sättas ut vid akut sjukdom och Dorota Religa tycker även att man kan testa att sätta ut dem tillfälligt om det inte är troligt att de ger nytta.

– Fundera över om nyttan överväger hos patienter med svår demens som har många läkemedel, inklusive demensläkemedel, och

” Samsjukligheten är stor. Till exempel har 17 procent av patienter med demens även diabetes. ”

biverkningar av dem.

Utvärdera kognitionen två till fyra veckor efter utsättning. Sätt in läkemedel igen om kognitionen försämrats.

– Det finns en rädsla att patienten ska få ett tapp i kognitionsfunktion när man sätter ut läkemedlet, även om det är under en kortare period. Men jag vet inte hur välgrundad den rädslan är, det finns inte mycket studier på detta. Problemet är också att vi inte har några riktlinjer kring hur man ska utvärdera efter två veckor. Man kan använda översiktliga kognitiva tester, till exempel MMSE men den är inte väl validerad vid svår demens. Då behöver läkaren göra en egen klinisk bedömning av global funktion, utan någon särskild skala. Bedömningen ska vara baserad på information från anhöriga och personal.

Läkemedelskommittén skriver i broschyren



Dorota Religa

Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre att behandling med läkemedel mot demens bör fortgå så länge patienten kan interagera med anhöriga/vårdare och har kvar basal daglig ADL-funktion. Vid försämring eller icke tolererbara biverkningar avslutas behandlingen.

Enligt Socialstyrelsen bör 80 procent av patienterna prova läkemedel vid kognitiv sjukdom och enligt registret SveDem är det ungefär så vi ligger

till i Stockholm som helhet. Men skillnaderna mellan olika delar av Stockholm är stor. Det visar ett projekt kring jämlik hälsa som expertrådet för geriatrik bedrivit.

– Jag har sett i min forskning att de som bor ensamma får sämre och färre läkemedel mot kognitiv sjukdom. Och då får vi tänka på att av alla som får en diagnos bor hälften ensamma.

Karin Nordin

Referens

Aworinde J. et al. Dementia severity at death: a register-based cohort study. BMC Psychiatry. 2018 Nov 1;18(1):355. Stockholms läns läkemedelskommitté. Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre. www.janusinfo.se/aldre

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Stockholms läns landsting

Fortbildning – ett axplock

ONSDAG
6
MAR

Diabetes – mer än blodsockerbehandling

6 mars 18:00–19:30
World Trade Center
Klarabergsviadukten 70
Målgrupp: Läkare
Anna Ugarph Morawski medverkar



MÅNDAG
18
MAR

Migränbehandling

18 mars 18:00–19:30
World Trade Center
Klarabergsviadukten 70
Målgrupp: Läkare

TISDAG
19
MAR

Varför förstår du inte vad jag menar?

19 mars 14:00–16:00
Sabbatsbergs Sjukhus
Olivecronas väg 5
Målgrupp: Sjuksköterskor

TORS DAG
11
APR

Värt att veta om hypotyreos

11 april 18:00–20:00
Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare
Jan Calissendorff medverkar



TORS DAG
11
APR

TBE

11 april 13:00–16:30
Landstingssalen
Hantverkargatan 45
Målgrupp: Läkare

TORS DAG
11
APR

Antikoagulantia i akutverksamhet

11 april 17:00–19:30
Nya Karolinska Sjukhuset
Eugeniavägen 3
Målgrupp: Läkare
Lars Göran Lundberg medverkar



TORS DAG
25
APR

Perifer artärsjukdom

25 april 13:00–17:00
Nya Karolinska Sjukhuset
Målgrupp: Läkare

TORS DAG
9
MAJ

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning äldre

9 maj 14:00–16:00
Dalens sjukhus
Åstorpsringen 6
Målgrupp: Sjuksköterskor

Kloka listan för patienter



Kloka listan finns även i en version för dina patienter.
Beställ broschyren med e-post till klokalistan.hsf@sl.se



Följ oss på Facebook!
facebook.com/lakemedelskommitten

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