

Äntligen sommar!



Vågar vi hoppas på en riktig sommar?

Det är länge sedan vi kunde resa, träffa vänner, umgås och delta i olika evenemang. Ljuset i tunneln har blivit allt starkare och nu är vi där. Låt oss njuta av tillvaron och för en stund glömma att nya varianter kan göra entré under hösten. Men fyll gärna på med flera vaccindoser när tiden för det är inne. SARS-CoV-2 i olika varianter

är nog ett virus vi får leva med.

När pandemin började lugna ner sig kom istället det fruktansvärda kriget i Ukraina. I vårt lugna land kan vi inte leva oss in i de fasor folket upplever där, men genom flyktingvågen har det kommit närmare oss. Både samhälle och vård anstränger sig för att ta hand om alla flyende människor och bistå landet som är under attack. På läkemedelssidan fungerar allt väl och vi har än så länge inte sett några oroande bristsituationer eftersom Ryssland och Ukraina inte har någon läkemedelsproduktion att tala om. Värre vore det om Kina eller Indien involverades i konflikten. Samtidigt har övergående läkemedelsbrister kommit och gått sedan flera år tillbaka och så lär det nog fortsätta.

Farmaceutiska tjänster är modeordet i år. De som ofta använder begreppet tänker inte i första hand på klinisk farmaci eller andra för vården värdefulla insatser. Nej, modeordet syftar på apotekens intresse av att utöka sina uppdrag. På det gamla monopolapotekets tid var det naturligt för apoteken att hjälpa sina kunder att hantera läkemedel, man tog till och med fram ambitiösa informationskrifter inom olika läkemedelsområden.

Men det är en svunnen tid. Efter omregleringen har antalet apotek nästan fördubblats och öppettiderna ökat. Idag kan man ofta välja mellan olika apotek i samma galleria och det blir allt vanligare att man beställer hem läkemedlen från ett nätapotek. Det har lett till ökade krav på effektivitet och omsättning i apoteken. Kringförsäljningen är viktigare än recepten och den farmaceutiska spetskompetensen kommer ofta i andra rummet.

Nu andas apoteken morgonluft och ser fram emot "nygamla" uppgifter då TLV på regeringens uppdrag utformar "farmaceutiska tjänster" med ambitionen att apotekens kompetens återigen skall tas till vara och förbättra patient-säkerheten. Apoteken sägs stå för kontinuitet till skillnad från sjukvården – men hur många har sin egen apotekare och hur fungerar den kontinuiteten utan dokumentation?

De första tjänsterna är inhalationsstöd (hjälp att använda inhalatorn rätt) och medicinstart (instruktion om ett nyinsatt läkemedel).

Tanken är nog god – att både praktiskt och teoretiskt öka patienternas kunskap om sin egen läkemedelsbehandling. Men det finns problem:

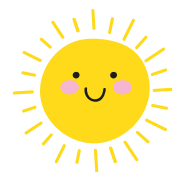
- Apoteken saknar det helhetsperspektiv på patientens sjukdomar och behandling som vården har. Ingen dokumentation eller kommunikation med vården sker. Den svenska sjukvården har dessutom specialutbildade KOL- och hjärtsjuksköterskor som är väl skickade att stötta patienterna.

- Det finns inte mer pengar. Skall vi dra ner på läkemedel, vårdplatser eller något annat i vården för att öka apotekens intäkter?

- Ingen vetenskaplig eller hälsoekonomisk utvärdering sker. Det kan inte vara lätt för TLV, som är van att väga varje läkemedel på guldväg. Man nöjer sig med att det har fungerat bra i andra länder med andra förutsättningar. Och vem blir inte nöjd av att få en extra åtgärd som bekostas av någon annan?

Samtidigt står nya innovationer på rad. Framtiden inom till exempel onkologi och många sällsynta sjukdomar är spännande. Till exempel så kallad ATMP (advanced therapy medicinal products) kan framdeles ge nytt hopp till patienter med allvarliga sjukdomar. Det kräver kreativitet både i vård och i hälsoekonomiska modeller. Vi återkommer till detta men skall först fira en efterlängtd sommar. Efter ett par år av pandemi hoppas jag verkligen att alla Bulle-läsare får möjlighet till rekreation, avkoppling och kanske en och annan resa.

INGE ERIKSSON, *Ordförande*
Läkemedelskommittén i Västmanland
inge.eriksson@regionvastmanland.se



Kronisk hjärtsvikt – ett tillstånd med många ansikten

”Uttalat dilaterad vänster kammare”
”Generellt nedsatta kontraktioner i vänster kammare”
”Simpsonberäknad EF 21 %”
”Uttalat dilaterade förmak”
”Skattad EF 40–50 %”
”Vidgad v cava inferior med nedsatt andningsvariation”
”Måttligt-uttalad ökad vä-kammarmassa”
”EF klart >55 %”

Se där några lösryckta citat från ekokardiografiutlåtanden från våra vänner på Fysiologkliniken. Olika utlåtanden på olika patienter, men med ett gemensamt syndrom: kronisk hjärtsvikt. Hur kan det se så olika ut? Jag hoppas att du vill ägna den här texten några minuter, så får jag ge min syn på saken.

Bakgrund

Kronisk hjärtsvikt är mycket vanligt, prevalensen beräknas ligga på 2 % i befolkningen, men förekomsten är starkt relaterad till stigande ålder. Man räknar med att 10 % av 80-åringarna är drabbade. Hjärtsvikt är också en av de vanligaste slutenvårdsdiagnoserna på landets akutsjukhus, vilket innebär att vare sig du arbetar inom slutenvård eller öppenvård, är hjärtsviktspatienter vanligt förekommande.

SGLT-2-hämmare vid hjärtsvikt

Preparaten fungerar via flera mekanismer; minskad återresorption av glukos i njurtubuli, ökad utsöndring av natrium och vatten, men förmågan att sänka det glomerulära filtrationstrycket i njurarna, tycks central. På några år har denna grupp av läkemedel (dapagliflozin och empagliflozin





framförallt) gått från att vara skapliga diabetesläkemedel till att utgöra en av hörnstenarna vid behandling av hjärtsvikt med sänkt ejektionsfraktion, se HFrEF nedan (1,2). Det är också mycket glädjande att preparaten tycks ha god effekt vid kronisk njursvikt (3). Se dr Josefin Mörtbergs artikel i detta nummer av Läkemedelsbulletinen!

Vårdförlopp hjärtsvikt

Just denna vår sker i hela landet ett successivt införande av "vårdförlopp hjärtsvikt". Sveriges regioner samverkar kring detta via Nationellt system för kunskapsstyrning. Kardiolog Krister Lindmark, tidigare Umeå, numera Stockholm, har lett arbetet och processledare har varit Sari Puttonen, Region Västmanland. Den omfattande satsningen på olika vårdförlopp har mött en del, ibland berättigad, kritik för att inte se till helheten, inte se till hela sjukvårdsapparatusens kostnader. Läkemedelskommittéerna har därför en viktig roll här, som en granskande och balanserande kraft. Just inom vårdförlopp hjärtsvikt är fokus ställt på hjärtsvikt med *nedsatt ejektionsfraktion*. Det rör sig alltså om ett livshotande syndrom som förtjänar ett raskare, mer kompetent och mer likriktat omhändertagande över landet. Jag tycker därför att det är rimligt att detta sjukdomstillstånd tas på ett större allvar.

Ingång i vårdförloppet ska vara "välgrundad misstanke om hjärtsvikt och proBNP överstigande 400 ng/l". Hos patienter

som förväntas "gagnas av utökad behandling och en tätare uppföljning" ska du skicka en remiss för ekokardiografi. I vårdförloppet anges max 30 dagars väntetid för undersökningen, kortare vid riktigt högt proBNP (> 2000 ng/l). Vid *nyupptäckt, konstaterat sänkt ejektionsfraktion (<40 %)*, bör patienten remitteras till kardiolog. Därefter förväntas sedan ett batteri av åtgärder följa, i Västmanland ledda av kardiologer och hjärtsviktsteamet på länets medicinkliniker. Vi räknar med att vårdförloppet kan börja rulla igång på allvar i maj, separat utskick kommer!

Hjärtsviktsjukdomen har, som sagt, olika ansikten. Vissa är distinkt åtskilda, andra kan ses som att de är en gradvis övergång från det ena till det andra. I moderna riktlinjer skiljer man på tre kategorier (HFrEF, HFpEF och HFmrEF). Nedan följer korta exempel på respektive kategori:

Hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion/Heart Failure with reduced EF = HFrEF (EF <40%)

Typisk patient 1: Kranskärlsopererad för 20 år sedan, delvis ockluderade kärlgraft, diabetes mellitus typ 2 och ett dåligt reglerat blodtryck. Patienten har länge haft nedsatt fysisk ork och du beställer en ekokardiografi på grund av proBNP 1800 i samband med återbesök på vårdcentralen. Ekokardiografen avslöjar regionala skillnader i kammar-



kontraktilitet, kanske tysta hjärtinfarkter genom åren. Vänster kammare har ökad vänsterkammarmassa på grund av det höga blodtrycket som förelegat under många år, globala ejektionsfraktionen är tydligt sänkt, skattas till 35 %.

Typisk patient 2: 55-åring med alkoholberoende, hög puls, svullna ben och andnöd sedan några veckor tillbaka. Söker vårdcentralen då det vätskar från underbenen. EKG med sinustakykardi, 103/min, proBNP 5000. Ekokardiografi visar en tunnväggig, dilaterad vänster kammare utan hypokinesier. Globala ejektionsfraktionen är uttalat sänkt, skattas till <20 %.

Två helt olika patientkategorier, men båda med HFrEF. Remittera enligt vårdförlopp hjärtsvikt! Hos kardiologen/hjärtsviktsteamet informeras om/utförs sedan följande:

Icke farmakologiska åtgärder:

- Hjärtsviktssjuksköterskan etablerar kontakt med patienten. Information om hjärtsviktssjukdomen till patient och anhörig.
- Information om "Vikten av daglig vikt" (3 N: nyvaken, naken, nykissad). Patienten ombeds att dokumentera och kunna visa resultaten vid kommande läkar- eller sjuksköterskebesök.
- Instruktion om hembloodtryck, om högt blodtryck. Överarmsmanschett. Sittande blodtryck efter minst 10 min vila. Dokumentera!
- Information om rökstopp, återhållsamhet med alkohol, försiktighet med salt.
- Uppmuntran till daglig fysisk aktivitet. Promenader räcker utmärkt!
- Test av arbetsförmåga (ergometertest på cykel) som utgångsvärde.
- Patient erbjuds sedan fysioterapiledad gruppträning under två månaders tid.
- Utredning och behandling av samsjuklighet.

- Utredning av tänkbara orsaker till nedsatt vänsterkammarfunktion, om inte helt uppenbart.
- Kontrollekokardiografi cirka 180 dagar efter ursprunglig remiss.

Farmakologiska åtgärder:

För HFrEF finns otaliga läkemedelsstudier som lett till aktuella (från augusti 2021) riktlinjer från Europeiska Kardiologföreningen (4). Läkemedelsbehandlingen vilar på fyra hörnstenar:

- Betablockerare
- RAAS-blockad
- Mineralkortikoidreceptorantagonister (MRA)
- SGLT-2-hämmare

Det nya i riktlinjerna är att man kan inleda behandling med alla fyra samtidigt, eller i nära anslutning till varandra. Man behöver alltså inte vänta tills uppnådd maxdos för en grupp, innan man lägger till nästa och så vidare.

I riktlinjerna betonas att man inte enbart ska behandla med läkemedel, utan HFrEF-patienterna ska, både i de europeiska riktlinjerna och i vårdförlopp hjärtsvikt, knytas till ett hjärtsviktsteam med särskild kompetens inom området. Läkemedelsbehandlingen kan tyckas enkel och rakt på sak, men här krävs ofta uppföljningar och provtagningar med 2–4 veckors intervall hos de sköraste.

Kontroll-ekokardiografien efter 180 dagar, är framförallt till för att fånga upp patienter som kan vara betjänta av intern defibrillator (ICD) som primärprofylax mot maligna arytmier, och/eller biventrikulär pacemaker (CRT) vid sänkt EF och vänster skänkelblock. Patienter som inte svarar adekvat på insatt behandling, och som ligger i det något yngre åldersspannet, ska också vara möjliga att diskutera för vänsterkammarsassist (LVAD) och eventuell hjärttransplantation.



Hjärtsvikt med bevarad systolisk vänsterkammarmfunktion/Heart Failure with preserved EF = HFpEF (EF > 50 %)

Typisk patient: 80-årig kvinna med BMI 32. Tidigare rökare, KOL-diagnos, decennier med högt blodtryck, kroniskt förmaksflimmer. Patienten svarar inte på inhalationerna längre, proBNP har ökat från 1200 till 3200. Ekokardiografi visar tydligt förstorat vänster förmak, vänsterkammarmhypertrofi utan regionala avvikelser, EF > 55 %, men tecken på höga fyllnadstryck i vänster kammare. Det föreligger även en tricuspidalisinsufficiens och en pulmonell hypertension, PA-trycket skattas till 55 mm Hg.

För HFpEF är riktlinjerna inte lika tunga, vetenskapligt sett, även om SGLT-2-hämmarna har visat att de nog är av godo, även för denna heterogena grupp (5). Icke-farmakologiska åtgärder a–e enligt ovan, gäller förstås. Vi betonar alltid vikten av att utreda och behandla samsjuklighet:

- a) Sänk blodtrycket! Alla bör komma ned till <140/90, de som tolererar behandlingen väl, kan sedan behandlas ned till <130/80. Här använder vi gärna RAAS-blockad som en av de ingående läkemedelsgrupperna. MRA används också flitigt, men vi har ännu inte övertygande bevis som stödjer detta (vi väntar på SPIRRIT-studien).
- b) Optimer behandlingen av KOL, diabetes.
- c) Föreligger sömnapné? Nattlig andningsregistrering om misstanke.

Hjärtsvikt med mildt reducerad vänsterkammarmfunktion/Heart Failure with mildly reduced EF = HFmrEF (EF 40–49 %)

Mellangruppen som glömdes bort i läkemedelsstudierna... Rent vetenskapligt "vet vi nästan inget", men rent praktiskt hanterar vi dessa som en slags blandning mellan HFrEF och HFpEF. HFmrEF platsar inte i vårdförlopp hjärtsvikt, de uppfyller inte heller kriterierna för primärpreventiv ICD eller CRT.

Det är ju, förstås, ingen avgrundsdeep skillnad mellan EF 42 % och 38 %, men när det kommer till tung, vetenskaplig evidens går det en distinkt gräns vid EF 40 %.

Ingemar Lönnberg

Sammanställande för expertgrupp Hjärta och kretslopp
Läkemedelskommittén Västmanland
ingemar.lonnberg@regionvastmanland.se

Länkar

- [1. DAPA-HF](#)
- [2. EMPEROR-Reduced](#)
- [3. DAPA-CKD](#)
- [4. Europeiska kardiologföreningens riktlinjer vid hjärtsvikt](#)
- [5. EMPEROR-Preserved](#)

Take-home-message

Symptom förenliga med hjärtsvikt och ekokardiografiska avvikelser i pumpkraft eller i fyllnadsmönster parat med ett förhöjt proBNP ÄR hjärtsvikt!

Hjärtsvikt är allvarligt, oberoende ejectionsfraktion, och ska tas på allvar!

Men, läkemedel är inte allt! De icke-farmakologiska åtgärderna är helt avgörande för att nå framgång i behandlingen.

Njuren och SGLT2, bara att köra på?

Sodium glucose cotransporter 2-hämmare (SGLT2-hämmare) har fått allt mer uppmärksamhet från 2015 och framåt. Initialt som ett diabetesläkemedel, nu som njurprotektiv och hjärtskyddande behandling, i tillägg till RAAS-blockad, hos patienter med och utan diabetes.

Mekanism

SGLT2-hämmare blockerar resorption av glukos i tubuli, och ger därmed glukosuri och samtidigt ökad natriumutsöndring och ökad diures. Den blodsockersänkande effekten är måttlig. Den njurskyddande effekten medieras via sänkning av glomerulärt filtrationsstryck, men även via delvis utforskade mekanismer såsom minskad inflammation och oxidativ stress, samt minskad fibrosbildning.

Det största sedan ACE-hämmarna

De första stora randomiserade studierna, som presenterades från 2015 och framåt, var gjorda på patienter med diabetes. EMPA-REG-studien (empagliflozin vs placebo) visade en klart minskad dödlighet, men i subgrupper även klart minskad försämring av njurfunktionen. DECLARE-studien med dapagliflozin visade liknande resultat.

Uppföljande studier med njurfunktion som outcome, på patienter både med och även utan diabetes, visade mycket övertygande effekter.

I DAPA-CKD-studien (dapagliflozin vs placebo) inkluderades 4304 patienter, 2/3 hade diabetes, eGFR 25-75 med albuminuri. Där sågs en absolut riskminskning på 5,3% för det kombinerade utfallsmåttet minskning av eGFR på 50%, progress till CKD 5, dialys eller transplantation, död i njursjukdom eller kardiovaskulär död. NNT 19 på mediantid 2,4 år. Studien fick avbrytas i förtid på grund av dess övertygande resultat. I den prespecificerade subgruppen IgA-nefrit, den vanligaste glomerulonefriten, fanns 270 patienter. Där visade behandling med dapagliflozin än mer uttalad effekt på det kombinerade utfallsmåttet, och även en reduktion av proteinurin. Dock var antal events tämligen få, totalt 26.

Dapagliflozin godkändes sent 2021 för indikationen kronisk njursjukdom hos vuxna. Subventionen som TLV beslutat

om lyder: "dapagliflozin subventioneras endast vid kronisk njursjukdom som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig".

Studien EMPA-KIDNEY med 6600 patienter med empagliflozin vs placebo vid kronisk njursjukdom avbröts även den i förtid i mars 2022, på grund av så tydliga positiva resultat. Utfall var försämrad njurfunktion och kardiovaskulär död. Resultat kommer att presenteras under 2022.

Effekten av SGLT2-hämmarna är sannolikt en läkemedelsklass-effekt.

I praktiken

SGLT2-hämmare kan nyinsättas vid eGFR ner till 25 ml/min/1.73m², och kan fortsätta när eGFR sjunker, men skall avslutas vid dialysstart. Indikationen är hos patienter med kronisk njursvikt rent njurskyddande, oavsett samtidig förekomst av hjärtsvikt eller diabetes.

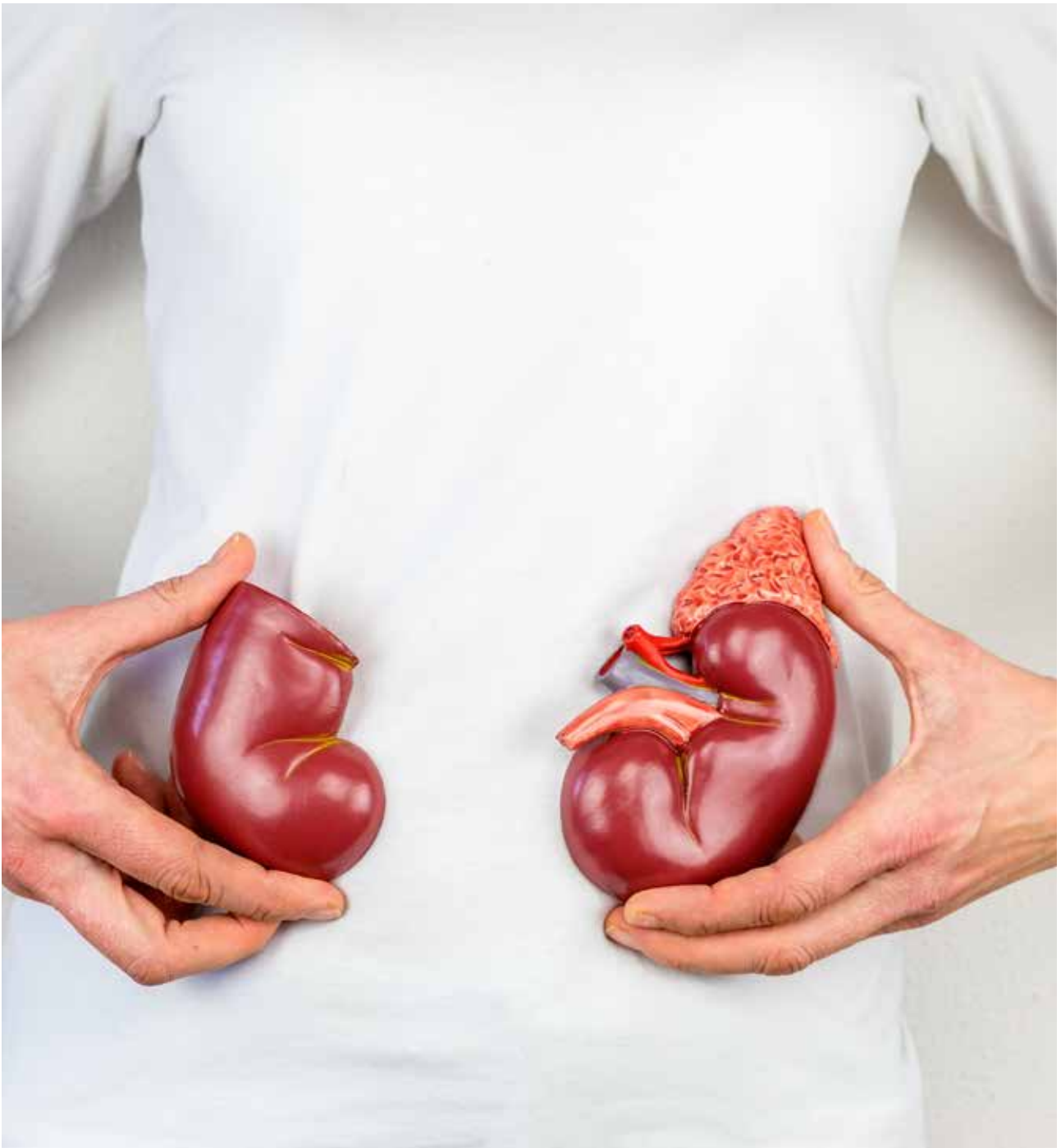
Vid nyinsättning ses kreatininstegring i likhet med nyinsatt RAAS-blockad. Detta avspeglar en övergående hemodynamisk påverkan, med minskat glomerulärt filtrationsstryck, och det är sannolikt detta som bidrar till den njurskyddande effekten.

Det är rimligt att starta med låga doser och att överväga att tillfälligt minska diuretika vid nyinsättning. Likaså är det rimligt att följa upp med kontroll av elstatus i analogi med nyinsättning av RAAS-blockad.

Försiktighet

Behandling med SGLT2-hämmare ökar risken för ketoacidosis även vid måttligt förhöjt blodsocker och bör inte användas vid diabetes typ 1. Läkemedlet skall tillfälligt sättas ut vid svält, fasta eller risk för hypotoni.

Vid risksituationer för dehydrering skall SGLT2-hämmare pausas. Patienterna skall informeras om detta och erhålla instruktioner inför framtida eventuella händelser som till exempel gastroenteriter eller högfebrila infektioner. SGLT2-hämmare medför viss risk för urogenitala infektioner, relaterat till glukosurin.



Till alla?

SGLT2-hämmare har visat sig säkra och har visat en mycket övertygande njur- och hjärtskyddande effekt.

Basen för all njur- och hjärtskyddande behandling är fortfarande livsstilsfaktorer som rökstopp, viktnedgång, ökad motion, minskat saltintag, samt strikt blodtrycks kontroll och RAAS-blockad. I tillägg kommer SGLT2-hämmare att vara ett mycket betydelsefullt läkemedel. För att uppnå vinsten av SGLT2-hämmarna måste behandlingen hos den enskilde patienten förväntas kunna pågå ett antal år. Det bör också beaktas att såväl RAAS-blockad som SGLT2-hämmare är potent medicinerings som kräver uppföljning och dialog med patienten.

Josefin Mörtberg

Specialist i njurmedicin, medicine doktor,
Medicinkliniken Västerås
Medlem i expertgrupp Hjärta och Kretslopp
josefin.mortberg@regionvastmanland.se

Länkar:

[EMPA-REG](#)

[DECLARE](#)

[Njurskyddande effekter av SGLT-2-hämmare](#)

[CREDENCE](#)

[DAPA-CKD](#)

[EMPA-KIDNEY](#)

[DAPA-HF](#)

Levnadsvanor

Det första nationella vårdprogrammet

För första gången har vi ett nationellt vårdprogram om hur vi bör hantera ohälsosamma levnadsvanor. Programmet publicerades den 10 januari och presenterades på ett webinarium den 19 januari. Målgruppen är i första hand all vårdpersonal som möter patienter, och chefer från och med första linjens vård. Under slutet på april har fyra fördjupande webinarier kring vårdprogrammets olika delar genomförts. De har spelats in och kommer att läggas ut på kunskapsstyrningens hemsida, se länk i slutet av artikeln.

Vårdprogrammet utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018. Liksom i de nationella riktlinjerna avgränsas levnadsvanorna till alkohol- och tobaksbruk, matvanor och fysisk aktivitet. Först i vårdprogrammet finns kortversioner om dessa levnadsvanor.

Vårdprogrammet vill ge vägledning och inspiration för hur hälso- och sjukvårdens arbete med ohälsosamma levnadsvanor kan ske i det dagliga arbetet. Förenklat kan det uttryckas som att de nationella riktlinjerna anger vad som bör göras, medan vårdprogrammet ger vägledning hur det kan ske.

Kompetenskrav och utbildningsbehov

Kompetenskraven beskrivs för de olika åtgärderna. All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt bör kunna identifiera när någon av de fyra levnadsvanorna är ohälsosam. I så fall bör de kunna ge enkla standardiserade råd, samt veta vart de kan hänvisa individen för att få ytterligare stöd. Konsekvensen blir ett omfattande utbildningsbehov. Behovet av tillräcklig kompetens för åtgärden "kvalificerat rådgivande samtal" betonas. Avseende tobaksbruk bör vårdpersonalen vara diplomerad tobaksavvänjare. Avseende matvanor är kompetenskraven omfattande, och det råder idag en stor brist på anställda inom hälso- och sjukvården med tillräcklig kompetens. Utbildningsinsatserna sedan 2011 har varit ojämnt fördelade över landet och sammantaget otillräckliga. Omfattande utbildningsinsatser krävs så att patienterna får tillgång till betydligt fler personer med den erforderliga kompetensen.

Inför operation

Åtgärder avseende nutrition och fysisk aktivitet inför operation beskrivs, utöver de åtgärder avseende rökning och riskbruk av alkohol som finns med i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vårdprogrammet söker förtydliga under





vilka tidsperioder före och efter operation som rök- och alkoholstopp rekommenderas. Det ger också vägledning inför operation vid alkoholbruk under riskbruksgränserna, liksom när ett alkoholberoende utvecklats.

Riktade insatser

Behovet av att göra särskilda insatser för att nå grupper med särskild risk betonas. Detta är en viktig del i hälso- och sjukvårdens arbete för att minska den ojämlika hälsan. Vårdprogrammet uppmärksammar gruppen 65 år och äldre. Vårdpersonal talar mindre om levnadsvanor med dessa patienter ju äldre de är, trots att ohälsosamma levnadsvanor spelar en stor roll för individen under hela livsförloppet.

Den svenska modellen för "Riktade hälsosamtal" beskrivs i ett särskilt avsnitt i vårdprogrammet. Avsnittet kommer under 2022 att kompletteras med en systematisk kunskaps- genomgång där vetenskapliga studier baserade på den svenska modellen för Riktade hälsosamtal granskas och redovisas av en oberoende expertgrupp.

Barn och unga är en central målgrupp för arbete med levnadsvanor. Den primärpreventiva uppgiften att försöka förhindra att ohälsosamma levnadsvanor uppkommer betonas, liksom behovet av att det finns kompetens och resurser för stöd till barn, ungdomar och vårdnadshavare när enkla åtgärder inte hjälper vid redan etablerade ohälsosamma levnadsvanor.

Levnadsvanor och miljö hänger ihop

De fyra levnadsvanornas nära koppling till miljö- och klimatarbete poängteras. Det finns en direkt eller indirekt koppling till i stort sett alla de sjuttion målen i Agenda 2030. På så sätt finns en samverkan mellan hälso- och sjukvårdens arbete mot ohälsosamma levnadsvanor, och hela samhällets arbete mot miljö- och klimathot.

Lars Jerdén

Ordförande i den nationella arbetsgrupp inom SKRs Kunskapsstyrning som tagit fram vårdprogrammet lars.jerden@regiondalarna.se

Länkar:

[Vårdprogrammet Levnadsvanor](#)
[Webbinarier kring vårdprogrammet](#)

Lokal arbetsgrupp för tobak



I början av 2021 startades en lokal arbetsgrupp (LAG) för tobak i Region Västmanland. Den ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrningsstruktur. Det fanns ett behov av att se över hur arbetet med tobak fungerade i regionens hälso- och sjukvård, inom tandvården och inom elevhälsan i länets kommuner, samt om det fanns behov av förbättringar. Beslutet till detta grundades på att tobaksbruk, framförallt rökning, markant ökar risken att drabbas av sjukdom och förtida död, samt att tobaksbruk även har en negativ påverkan på viss läkemedelsbehandling, vid kirurgiska ingrepp och vid viss annan behandling. Tobak har därför en tydlig koppling till de flesta av kunskapsstyrningens olika programområden. Dessutom finns det stora socioekonomiska och regionala skillnader i användandet av tobak i Västmanland. Det riskerar att öka den redan ojämlika hälsan i länet.

LAG Tobak är organisatoriskt placerad under det lokala programområdet (LPO) för levnadsvanor och består av 15 representanter från ett flertal av regionens verksamheter: primärvård (vårdval samt mödra- och barnhälsovården), hälsocenter, lungmottagningen, astma/KOL-rådet, onkologi-

kliniken, vuxenpsykiatri, tandvården, elevhälsan, digitalisering samt regionala utvecklingsförvaltningen (välfärd och folkhälsa). Arbetsgruppens uppdrag var att göra en kartläggning över tobaksarbetet inom regionen för att sedan ta fram ett förslag på åtgärdsplan.

Så ser det ut

Resultatet av kartläggningen visade att arbetet med tobak fungerar väl i vissa avseenden men behöver förbättras i andra. De flesta verksamheterna ställer frågor om tobaksbruk till sina patienter/elever/besökare och flertalet verksamheter följer, det sedan tidigare beslutade, flödet för tobaksavvänjning. Däremot visade kartläggningen att det kan vara svårt att motivera de identifierade tobaksbrukarna till att få kontakt med tobaksavvänjare. Dessutom skiljer sig arbetet med tobaksavvänjning åt mellan olika vårdcentraler och kliniker. Vidare identifierades ett stort behov av utbildning och samordning kring tobaksarbetet. Kartläggningen avslutades med en hälsoekonomisk analys som visade att tobaksavvänjning och ett strukturerat flöde kopplat till detta är kostnadseffektivt.



Så går vi vidare

Utifrån kartläggningen har en åtgärdsplan tagits fram av LAG Tobak. Den innehåller bland annat följande förslag till åtgärder:

- att tobaksarbetet ska utgå ifrån det nya nationella vårdprogrammet för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor
- att en samordnande funktion samt ett nätverk för tobaksavvänjarna återinförs
- att tillhandahålla återkommande kompetenshöjning för all personal inom hälso- och sjukvården, tandvården och elevhälsan som självständigt möter individer med tobaksbruk
- att utvecklingsarbete startas gällande rökfri operation
- att införa SOTIS-metoden (Samtal Om Tobak I Skolan) i de verksamheter som möter barn och unga
- att revidera och stärka efterlevnaden av Region Västmanlands tobakspolicy
- att utreda möjligheten att införa rökfria sjukhusområden vid Region Västmanlands sjukhus

Åtgärdsförslagen är överlämnade till Kunskapsstyrningsrådet och arbetet går nu in i en fas kring prioritering och implementering. Genom att arbeta strukturerat med tobaksbruk på olika nivåer och inom olika verksamheter inom regionen är vår förhoppning att även Västmanland når målet att andelen dagligrökare sjunker ytterligare, i hela Västmanland!

Susanne Unger, ordförande LAG- tobak
susanne.unger@regionvastmanland.se

Lena Lönnberg ordförande LPO/Expertgrupp levnadsvanor
lena.lonnberg@regionvastmanland.se

Ny morfinmall samt ny förpackning och styrka av morfin i höst



Målsättningen med läkemedelsanvändning är att den alltid ska vara evidensbaserad eller grundas på beprövad erfarenhet. Det senare innebär att stödet ska finnas i t ex kvalitetsregister eller återfinnas i riktlinjer av nationellt eller internationellt slag.

Beroendeframkallande läkemedel har varit och är en grupp av läkemedel som vi fortsatt behöver förbättra vårt sätt att använda. Det som försvårat en evidensbaserad användning har inte bara varit brist på följsamhet till uppdaterade instruktioner. Det har även handlat om att förpackningsstorlekar och beredningsformer saknats samt att rest-noteringar funnits som medfört att adekvat användning har varit svår att tillämpa.

Läkemedelskommittén har därför tagit fram en ny mall för morfinföreskrivning som medger kortvarig användning. Det är 10 mg morfin som i mallen ordinerar 0,5–1 tablett 1–4 gånger per dygn och patienten får 10 tabletter. Mallen gör att apoteket behåller och destruerar 15 tabletter eftersom minsta förpackning innehåller 25 stycken. Detta gör vi i väntan på en beredning av 5 mg morfintabletter, delbara, i en förpackning på 10 stycken som kommer att lanseras den 1 oktober. Förpackningen har läkemedelskommittén lyckats få ett läkemedelsföretag att tillhandahålla; en idé där vi även fått stöd ifrån alla landets läkemedelskommittéer.

Med detta vill vi få till en mer evidensbaserad opioidanvändning som även innebär att tramadol respektive kombinationer av kodein+paracetamol/ASA inte ska användas. Gör inga nyföreskrivningar av dessa preparat!

Akut smärta

Om indikation finns för tablettbehandling vid akut smärta är basbehandlingen paracetamol och NSAID, enskilt eller i kombination. Gör bedömningen att smärtan är opioidkrävande, behåll basbehandlingen och använd den nya mallen med morfin som ett tillägg. Kortvarig behandling som dokumenteras under sökord beroendeframkallande läkemedel i Cosmic.

Generella direktiv

Ett arbete pågår även med att anpassa de så kallade generella direktiven till att innehålla läkemedel som bättre stämmer med de läkemedel som förordas i basläkemedelslistan. Generella direktiv innebär att de läkemedel som omfattas av dessa direktiv kan ges av sjuksköterska på avdelning vid definierade tillstånd utan att en individuell ordination finns från läkare. Fokus när det gäller generella direktiv kommer initialt att vara på förändring av beroendeframkallande läkemedel. Information om detta har gått ut eller planeras gå ut till ledningsgrupper för akutsjukvården respektive nära vård.

Slutligen finns en del undringar gällande intermittert korttidsbehandling med morfin där långvarig återkommande smärta finns. Att sätta in kontinuerlig behandling dygnet runt under veckor, månader eller år saknar evidensstöd och leder inte till något bra utfall för patienten. Att istället sätta in ett depotpreparat med morfin under en begränsad tid, 2–3 veckor, är ett rekommenderat alternativ. Kan vara aktuellt vid exempelvis kotkompression pga osteoporos eller för att lindra ett skov i en kronisk åkomma där smärtmekanismen är en opioidkänslig smärta. Risken för ogynnsamma effekter minskar och man kan dessutom lättare få till en begränsad behandlingsregim som kan utvärderas, och även upprepas senare vid behov. Viktigt blir då att informera om att meningen är just att lindra under en besvärlig period. Smärta kommer förmodligen finnas även i fortsättningen, men den lämpar sig inte för kontinuerlig behandling med opioider.

Viktigt att poängtera är förstas att vid palliativ vård i livets slutskede samt vid behandling av cancersjukdom handlägger man och behandlar på annat sätt.

Mats Rothman

Informationsläkare Läkemedelskommittén
mats.rothman@regionvastmanland.se



Ny behandlingsrekommendation klimakteriesymtom

I april publicerade Läkemedelsverket en ny behandlingsrekommendation om menopausal hormonbehandling, MHT. Några av huvudbudskapen är att:

- MHT har god effekt på vasomotorsymtom hos kvinnor i klimakteriet.
- Behandling med MHT bör endast pågå så länge som kvinnan har vasomotorsymtom som påverkar hennes livskvalitet negativt. Lägsta effektiva dos ska tillämpas.
- MHT ökar risken för trombos och bröstcancer. Risken för trombos är dosberoende och gäller framför allt peroral östrogenbehandling. Risken för bröstcancer ökar med behandlingstidens längd och kan variera med behandlingsregim.

- Under förutsättning att behandlingen startas före 60 års ålder kan friska kvinnor med vasomotorsymtom även få andra positiva hälsoeffekter av MHT, framför allt avseende kardiovaskulär sjukdom och frakturrisik.
- En individuell nytta-riskbedömning ska göras inför insättande av MHT och upprepas beroende på kvinnans behov, eventuella biverkningar och tillkomst av medicinska problem.

Länkar:

[Menopausal hormonbehandling - Behandlingsrekommendation](#)

BIKT

Biverkningsöversikt (BIKT) har integrerats i Cosmics läkemedelsmodul. I biiverkningsöversikten kan du söka på ett symtom och se om det finns rapporterat som biverkning för något av patientens läkemedel. Ett smidigare sätt än att leta information för ett läkemedel i taget. De biverkningar som anges i BIKT är de som ingår i respektive läkemedels produktresumé (förutsatt att de ingår i BIKT, idag ingår ca 9 000 läkemedel).

Du hittar knappen Biverkningsöversikt längst ner till vänster i läkemedelslistan i Cosmic (alternativt högst upp till höger i Pascal). I biverkningsöversikt kan du söka på specifikt symtom alternativt organ, till exempel hud eller lever.

Länkar:

[Kunskap om biverkningar – bara en knapptryckning bort. Inera](#)

Biverkningsöversikt		
Sök: <input type="text" value=" yrsel"/>		
Inkluderar också synonymer: svindel, vertigo, yrsel		
MYCKET VANLIGA	VANLIGA	MINDRE VANLIGA
Bisoprolol Sandoz 5 mg		
Generell		
Nervsystemet	Yrsel, huvudvärk.	
Brintellix 20 mg		
Generell		
Nervsystemet	Yrsel.	
Brintellix 10 mg		
Generell		
Nervsystemet	Yrsel.	
Ciprofloxacin Rika 500 mg		
Generell		
Nervsystemet		Huvudvärk, yrsel, sömnrörningar, smakförändringar.
Esomeprazol Actavis 20 mg		
Generell		
Nervsystemet	Huvudvärk.	Yrsel, parestesi, sömnhet.
Öron		Yrsel.



Läkemedelsförskrivning från digitala vårdgivare

Utbudet av digitala vårdtjänster riktade till patienter har vuxit påtagligt inom svensk primärvård de senaste åren. Allt fler patienter väljer att 'träffa' en läkare via skärm och antalet digitala vårdbesök har ökat kraftigt under de senaste åren. Fenomenet är såväl omskrivet som omdebatterat och både för- och nackdelar lyfts fram.

Privata digitala vårdgivare, även kallade nätläkare, dök upp på den svenska hälso- och sjukvårdsmarknaden 2016 och har sedan dess vuxit enormt i popularitet. Utvecklingen har därtill fått en ytterligare skjuts under pandemin. För patienten är det smidigt och tidssparande med vårdgivarkontakt i mobilen och patientavgiften är låg eller obefintlig. Däremot blir kostnaderna betydligt högre för regionerna och de digitala vårdgivarna har kritiserats för aggressiv marknadsföring och för att plocka de mest lönsamma patienterna genom att nischa sig mot patienter med okomplicerade vårdbehov.

Samtidigt som den digitala vården fortsätter att utvecklas inrättar flera av de digitala vårdgivarna fysiska vårdcentraler. Vidare har de digitala vårdgivarnas etablering fått fart på regionernas arbete med att erbjuda digitala vårdbesök. I regeringens senaste primärvårdsproposition, som de presenterade för Sveriges riksdag i december förra året, anser de att samordningen mellan fysisk och digital vård behöver öka. Regionerna uppmanas ställa höga krav på sina primärvårdsenheter vad gäller både fysisk och digital tillgänglighet.

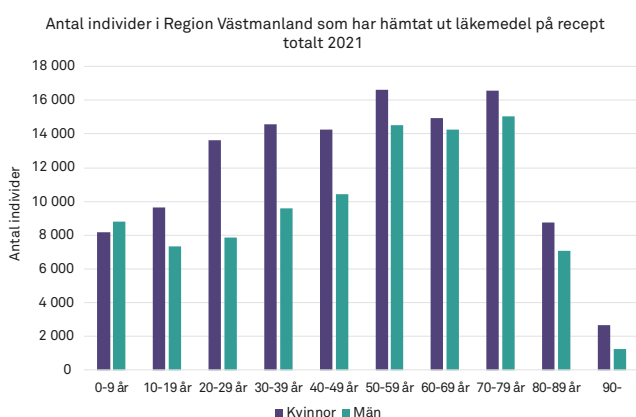
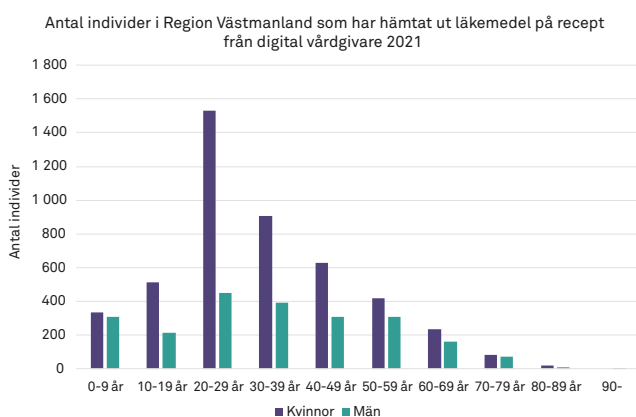
År 2020 uppgick regionernas kostnader för privata digitala vårdbesök till nästan en miljard kronor, vilket nästan var en fördubbling sedan föregående år då kostnaden var 522 miljoner. Därtill kommer kostnader för de läkemedel som patienterna hämtar ut, som förskrivits under besöken.

Region Gävleborg gjorde en granskning av gävleborgarnas användning av digitala vårdtjänster år 2020 och konstaterade att 20 procent av recepten inte borde ha förskrivits då det dels var läkemedel som finns receptfritt, dels var läkemedel som inte rekommenderas i regionen såsom hostmedicin och Rinexin.

Under 2021 var det totalt 6 765 västmanlänningar som hämtade ut ett läkemedel på recept förskrivet från en digital vårdgivare. Av alla individer i Region Västmanland som hämtat ut läkemedel på recept under året var det 4,3 procent av kvinnorna och 2,5 procent av männen som hade fått läkemedel förskrivet av en digital vårdgivare.

Åldersprofilen skiljer sig mellan de som har hämtat ut läkemedel på recept från digital vårdgivare och alla som har hämtat ut läkemedel på recept totalt sett. Under 2021 var det huvudsakligen kvinnor i åldern 20–49 år som hämtat ut läkemedel på recept från digitala vårdgivare.

Åldersprofiler för individer i Region Västmanland som hämtat ut läkemedel på recept från digitala vårdgivare (överst) respektive totalt (nederst) under 2021.



Totalt sett är det en liten andel av alla expedierade recept som är förskrivna av digitala vårdgivare. Under 2021 hämtade västmanlänningarna ut drygt 3,8 miljoner recept, varav knappt 12 000 recept (0,3 %) var från digitala vårdgivare. De vanligaste läkemedelsgrupperna som förskrevs till västmanlänningarna från digitala vårdgivare var antikonceptionella medel, urinvägsantibiotika och allergiläkemedel till kvinnor och allergiläkemedel, medel vid erektil dysfunktion och hostläkemedel till män. De 21 mest uthämtade substanserna stod för hälften av alla recept. Vanligast var nitrofurantoin som skrivs ut mot urinvägsinfektion. Det stod för 6 procent av de uthämtade recepten.

Kostnaderna för nätläkarbesök är fortfarande hanterbara men snabbt ökande. Det tycks inte vara de med störst behov som i första hand anlitar digitala vårdgivare, det sker mer av bekvämlighet och kanske då de är snabbt tillgängliga. I många fall skulle det aktuella behovet kunna lösas genom receptfria köp eller en telefonkontakt med vårdcentralen. Det skulle också ge bättre kontinuitet i relationen mellan patient och vårdgivare.

Desirée Loikas

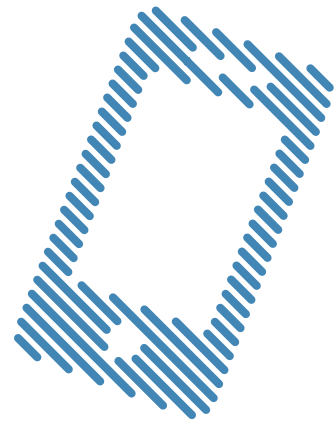
Apotekare, medicine doktor
Enheten för Sjukvårdsfarmaci
desiree.loikas@regionvastmanland.se

Referenser

[Primärvårdspropositionen "Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform"](#)
[Gävleborgarnas användning av digitala vårdtjänster 2020.](#)

De av västmanlänningarna 21 mest uthämtade substanserna under 2021 som förskrivits från digitala vårdgivare.

	Antal recept			
	Totalt	Andel (%)	Kvinnor	Män
J01XE01 - Nitrofurantoin	716	6%	713	3
R06AX27 - Desloratadin	632	5%	345	287
G03AC09 - Desogestrel	421	4%	421	
G03AA07 - Levonorgestrel och etinylestradiol	375	3%	375	
P02CA01 - Mebendazol	358	3%	222	136
G03AA12 - Drospirenon och etinylestradiol	357	3%	357	
R05CB10 - Kombinationer	341	3%	182	159
D10AD53 - Adapalen, kombinationer	327	3%	237	90
J01CA08 - Pivmecillinam	297	3%	297	
J05AB11 - Valaciklovir	202	2%	142	60
H03AA01 - Levotyroxinnatrium	200	2%	180	20
G03DC02 - Noretisteron	197	2%	197	
J01AA04 - Lymecklin	195	2%	150	45
D02AX - Övriga hudskyddande och uppmjukande medel	185	2%	119	66
D01AC20 - Imidazoler/triazoler i kombination med kortikosteroider	184	2%	90	94
R01AD09 - Mometason	164	1%	85	79
D10AX03 - Azelainsyra	161	1%	127	34
R03AC02 - Salbutamol	152	1%	68	84
J01CE02 - Fenoximetylpenicillin	144	1%	71	73
R03AC03 - Terbutalin	143	1%	59	84
R06AD02 - Prometazin	142	1%	92	50



Lars Lööf pensionär?

Det kan väl inte vara sant – att Lars Lööf skulle börja njuta pensionens sötna? Han avgick som kommittéordförande för 12 år sedan men ville förstås inte lämna det spännande jobbet med läkemedel. Han betydde redan då mycket för att bygga upp den moderna västmanländska läkemedelskommittén. Han konstituerade också läkemedelsrådet i Uppsala-Örebroregionen, han gick in som NT-rådets förste ordförande och var LOK-ordförande. Han skrev de första stadgarna i alla dessa sammanhang och bidrog starkt till att läkemedelsarbetet både lokalt och nationellt fick fart. Lars har även fortsättningsvis gjort enorm nytta långt utanför Västmanlands gränser när det gäller läkemedelsarbete och läkemedelsanvändning i Sverige. Han är fortfarande aktiv och respekterad nationellt, såväl i läkemedelssammanhang som inom sitt specialitetsområde gastroenterologi där han tidigare har varit enhetschef vid Akademiska sjukhuset och även professor. Nu senast föreläste Lars på Mellansvenskt läkemedelsforum och han sluter cirkeln genom att stadfästa nya LOK-stadgar. Drygt 10 år efter ”normal” pensionsålder planerar han nu att njuta av friheten hemma i Uppsala tillsammans med hustrun Kerstin, i huset på Västkusten och hos barnen i Knivsta, Paris och Oslo. Men vem vet, vi kanske får se honom hos oss igen, som gästföreläsare eller kunskapsbank.

Tack, Lars, för alla år av engagemang och kunnande!

Elektroniska recept huvudregel sedan 10 maj 2022

Elektronisk förskrivning införs för att öka patientsäkerheten. Med elektronisk förskrivning som huvudregel kommer så mycket information som möjligt om patientens förskrivna och uthämtade läkemedel finnas samlad i nationella läkemedelslistan.

Elektronisk förskrivning gäller även vid fritidsförskrivning och för pensionerade läkare. Pappersrecept ska alltså inte skrivas efter 10 maj om inte särskilda undantag föreligger. Att förskrivaren inte har ett elektroniskt system är inte ett sådant undantag. E-hälsomyndigheten har tagit fram ett elektroniskt förskrivarverktyg kopplat till Förskrivningskollen. Det är tillgängligt gratis för alla förskrivare men det kräver inloggning via e-legitimationen Freja eID Plus. För vidare läsning, se länk nedan.

Länkar:

[Förskrivningskollen](#)

[Ändringar i regelverk, Läkemedelsverket](#)

Tack Ingela!

Spindel i nätet för både Läkemedelskommittén och Enheten för sjukvårdsfarmaci – Ingela Gerdland – går i pension. Ingela har funnits i vårt team ända sedan den moderna kommitténs tidiga år och har genom sitt breda engagemang, sociala kompetens och planeringsförmåga varit en stor tillgång för oss. Ingela planerar, genomför och håller ordning på oss andra. Alla som någon gång har haft kontakt med kommittén har på något sätt stött på Ingela och tagit del av hennes engagemang.

Vi är övertygade om att Ingelas kreativitet kommer att ge henne ett rikt pensionärliv och önskar henne lycka till i den nya friheten!



Redaktionskommitté: Elisabet Andersson, Inge Eriksson, Desirée Loikas

Redaktör: Elisabet Andersson, Västmanlands sjukhus, Västerås

Telefon: 021-17 56 97

E-post: lakemedelskommitten@regionvastmanland.se