

evidens

Fortsatt stora
problem med
restsituationer

Lyckat svenskt
arbete mot antibiotika-
resistens på export

Äldre får mest
antibiotika per
capita i Stockholm

TEMA

ANTIBIOTIKA/ INFEKTIONER

Helene Bodegård, allmänläkare vid Gustavsbergs Vårdcentral,
forskare vid Karolinska institutet.

*"Patientcentrerade samtal fungerar i de
allra flesta situationer, särskilt där det kärvar
till sig och läkare och patient kan ha olika
uppfattningar"*

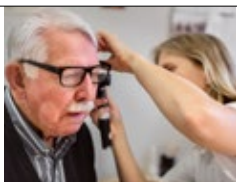
I FOKUS:
Strama

evidens #2.2023
MEDICIN & LÄKEMEDEL

TEMA

Antibiotika/ Infektioner 4–27

Äldre får mest antibiotika per capita i Stockholm



6



”Våga luta dig mot riktlinjerna”

9

Skriv inte ut antibiotika ”för säkerhets skull”



11



Målet är samsyn mellan läkare och patient

14

Fortsatt stora problem med restsituationer



22



Lyckat svenskt arbete mot antibiotikaresistens på export

24



Fler luftvägsinfektioner efter pandemin

26

Nytt om vaccination mot pneumokocker



28



Nya behandlingsrekommendationer för astma och KOL

31

Hur ska jag tänka vid insättning av allopurinol?

34

Gå över på NOAK i stället för LMH?



Ansvarig utgivare: Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr Redaktion: Martina Junström, chefredaktör, martina.junstrom@regionstockholm.se · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Maria Ljungdahl, ST-läkare i klinisk farmakologi · Layout: Magnus Edlund. E-post: lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se

Webbplats: www.janusinfo.se/evidens

Omslagsbild: Helene Bodegård, foto: Anna Molander.

Tryck: By Wind, Ödeshög, maj 2023

Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumurationsregistret.

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: www.isdbweb.org



Det går att göra skillnad

I **DETTA NUMMER** skriver vi om två områden som har stor betydelse för folkhälsan – vacciner och antibiotikaresistens. Vi är alla väl medvetna om den skrämmande utvecklingen som sker med en tilltagande utveckling av resistens mot antibiotika. Möjligheten att behandla med adekvat antibiotika är, förutom för att behandla bakteriella infektioner, även helt nödvändig för att kunna bedriva modern cancervård, genomföra kirurgiska ingrepp med mera. Tack vare det arbete som sedan många år drivits av Strama, har vi ändå en bättre situation i Sverige än i många andra länder. Men vi påverkas förstås av den globala utvecklingen och därför är det glädjande att det finns intresse inom EU av att ta del av våra arbetssätt.

MEN DET ALLRA viktigaste är som vanligt hur vi agerar i vårt dagliga arbete och framfört allt tänker jag då på det som sker i patientmötet. Det patientcentrerade samtalet är ett sätt att uppnå en samsyn mellan patient och läkare kring om det föreligger ett behov av att behandla med antibiotika eller inte. Idag ingår utbildning om detta i läkarprogrammet vid Karolinska Institutet och medarbetare från Strama Stockholm har här en viktig roll. En annan viktig aspekt lyfts i artikeln om antibiotikaronder inom geriatriken – sköra äldre kan visserligen drabbas hårdare av en infektion, men får även i högre grad biverkningar, inklusive clostridieinfektioner – och det är inte säkert att de därför drar nytta av att antibiotika ges mer frikostigt. Som alltid är det förstas den individuella bedömningen som är avgörande för behovet av antibiotika.

LÄKEMEDELSLAGSTIFTNINGEN INOM EU är under omarbetning. I förarbetet har man fokuserat mycket på tillgänglighet till nya läkemedel och



FOTO ANNA MOLANDER

man har även lyft fram ett antal förslag för att öka incitament för läkemedelsföretagen att ta fram nya antibiotika, vilket är nödvändigt med tanke på den pågående resistensutvecklingen. Men förslagen är inte helt okontroversiella eftersom de bland annat innebär att företagen skulle kunna få förlängda patent även på andra substanser om de tar fram nya antibiotika. Förarbetet innehåller även förslag kring hur arbetet med läkemedelsrester kan förbättras och hur läkemedelsföretagens ansvar ska förtydligas. Inom kort kommer förarbetet ut på remiss till Sveriges regioner men redan nu sker ett omfattande arbete som samordnas av SKR för att vi ska kunna lyfta synpunkterna från Sveriges regioner på ett samlat sätt. För den som vill veta mer finns information på SKR:s hemsida och där finns även en informativ film framtagna av region Västerbotten som alla regioner ställt sig bakom.

NU STÅR SOMMAREN för dörren och jag önskar er alla sköna ledigheter när det blir dags för detta.

Åsa Derolf

Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, enhetschef Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

Genomtänkt antibiotikaanvändning nödvändigt för framtida sjukvård

Antibiotikaresistenta bakterier är ett ökande globalt hot mot modern sjukvård. Bara inom EU/EES dör 35 000 människor om året av antimikrobiellt resistent bakterier enligt nya uppskattningar av EU:s smittskyddsmyndighet ECDC. I Sverige har STRAMA länge och med framgång arbetat för klok antibiotikaanvändning. Men även här ökar antalet anmälningspliktiga antibiotikaresistenta bakterier oroväckande efter en tillfällig nedgång under pandemin.

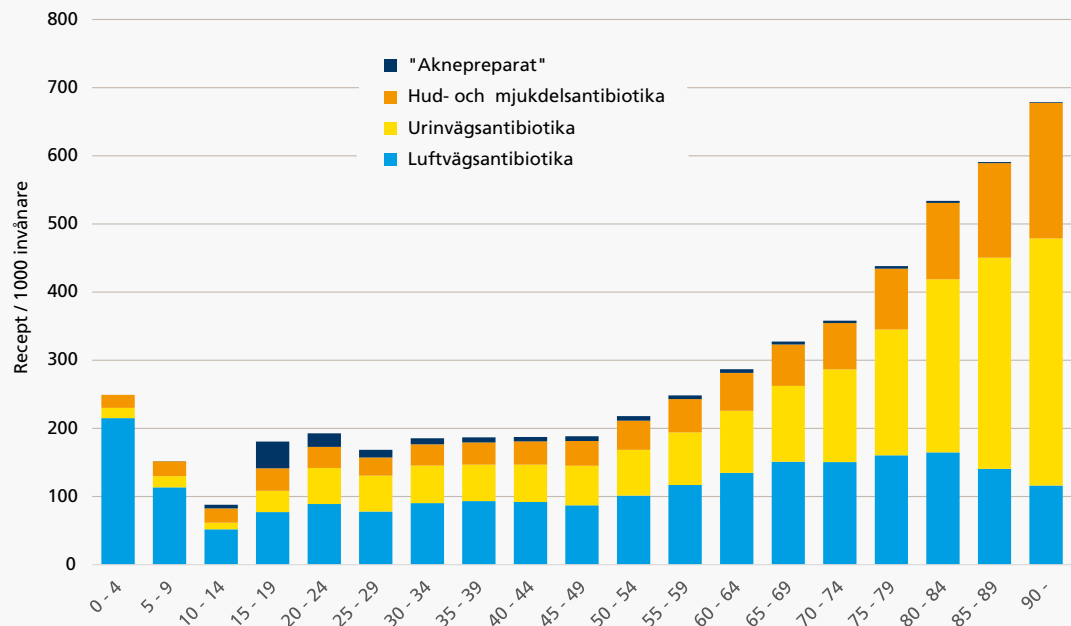
Äldre får mest antibiotika per capita i Stockholm

Infektionskänsliga äldre behöver antibiotika oftare än yngre personer, samtidigt som de i högre utsträckning riskerar att drabbas av biverkningar. Strama Stockholm arbetar för att stödja vårdpersonal i balansgången mellan att under- och överbehandla vanliga infektionssjukdomar.

Jessica Lind, distriktssköterska, Strama Stockholm

Hélène Rödin, allmänläkare, Strama Stockholm

Uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare och åldersgrupp i Region Stockholm 2022



Källa: Concise, e-hälsomyndigheten

Risker med antibiotika till äldre

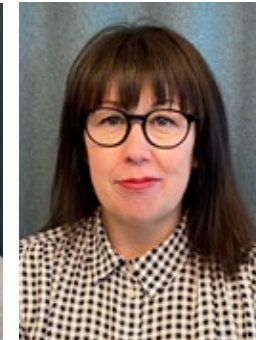
Antibiotikautlöst diarré: äldre har en större risk att drabbas av biverkningar. För de sköraste patienterna som är drabbade av malnutrition kan det bli svårt att kompensera för den närings- och vätskeförlust som kan utlösas av en läkemedelsutlöst diarré. Antibiotikan kan också leda till en överväxt av bakterien *Clostridioides difficile* i tarmen. Bakterien är toxinbildande och kan ge svåra inflammatoriska tillstånd, några med dödlig utgång.

Mikrobiotan: vår viktiga tarmflora som fungerar som vårt inre apotek och är en viktig del av vårt immunförsvar. Med stigande ålder finns en naturlig process med mer utarmad och mindre stabil tarmflora. Med en behandling som dödar även goda bakterier kan mikrobiotan drabbas av obalans, kallad dysbios, och detta kan vara svårare att återhämta sig ifrån för äldre.

Resistensutveckling: att sjukvården kan behandla livshotande infektioner som äldre patienter kan drabbas av är oerhört viktigt. För det behövs fungerande antibiotika. Men med varje behandling följer risk för resistensutveckling. När resistenta bakterier utvecklas i patientens tarmflora och sprider sig, minskar vårdens möjligheter att bekämpa infektioner.



Hélène Rödin



Jessica Lind

viktigt att känna till att antibiotikabehandling av asymtomatisk bakteriuri, ABU, hos äldre verkar kunna öka risken för akut urinvägsinfektion. Det är viktigt men inte alltid lätt att skilja på ABU som inte ska behandlas och en symtomgivande urinvägsinfektion där antibiotika kan göra nytta. Lika viktigt att prioritera behandling av bakomliggande orsak till svårläkta sår, vilket tillsammans med lokal behandling bidrar till läkning och kan förhindra en allvarlig hud- och mjukdelsinfektion.

Satsning på äldre

De allra äldsta invånarna i Region Stockholm hämtar ut flest antibiotikarecept per capita och drygt hälften av dessa antibiotikarecept utgörs av urinvägsantibiotika. De äldsta får även mycket hud- och mjukdelsantibiotika. När en misstänkt infektion uppstår är det viktigt att vårdgivare tänker till om bästa vård och behandling och följer framtagna behandlingsrekommendationer. Fördelar med antibiotika måste vägas mot nackdelar. Det är särskilt viktigt när det gäller de allra äldsta, då de är svårt drabbade av biverkningar av antibiotika.

Behandling kan förvärra

Det förskrivs mycket antibiotika till äldre mot urinvägsinfektioner och svårläkta sår. Det är därför

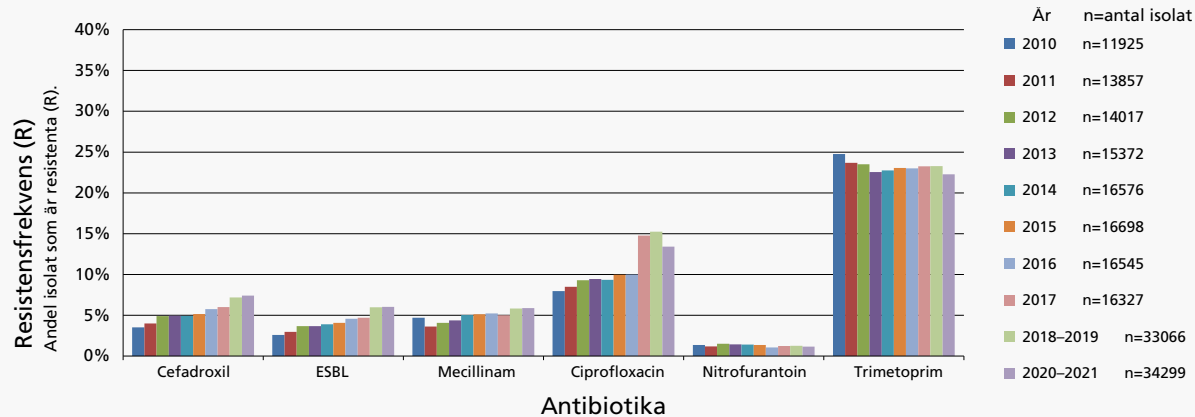
För att kunna motverka uppkomsten av infektioner hos de allra sköraste är vårdhygien, tydliga rutiner och en god kunskap avgörande. Strama Stockholm påbörjade därför 2022 en extra satsning riktad till geriatrik, ASIH och SÄBO för att fortbilda hälso- och sjukvårdspersonal och uppdatera vårdgivare om rekommendationerna för infektionsbehandling.

Ansvariga vårdgivare för geriatriska patienter möter en komplex patientgrupp där balansgången är svår mellan att under- och överbehandla vanligt förekommande infektionssjukdomar. Kompetens och en gemensam strategi för behandlare tillsammans med sjuksköterskor och undersköterskor i vården av de multisjuka äldre är en viktig del i att motverka uppkomst av och behandla infektioner.

Under våren 2022 hölls ett seminarium om anti-

Antibiotikaresistens i urinodlingar 2010–2021, Öppenvård

Escherichia coli



.....► biotika i livets slutskede tillsammans med läkare inom palliativ vård och på hösten ett om antibiotika och äldre.

Antibiotikaronder inom geriatriken bidrog till förbättrad antibiotikabehandling

Under hösten 2022 genomförde Strama Stockholm i samarbete med Infektionskliniken på Södersjukhuset och Aleris Närsjukvård ett projekt med antibiotikaronder på framför allt geriatriska avdelningar vid Dalens och Handens sjukhus. Antibiotikaronder förs fram av Nationella Strama som ett bra arbetssätt för att optimera antibiotikabehandling inom slutenvård. Det innebär att en infektionsläkare besöker en vårdavdelning två gånger per vecka för att tillsammans med ansvarig läkare gå igenom alla patienter som behandlas med antibiotika. Infektionsläkaren ger råd om fortsatt eller ändrad behandling och patientansvarig läkare ansvarar för dokumentation i patientens journal. Under projektets nio veckor gjordes antibiotikaronder för sammanlagt 701 patienter

och dessa hade totalt 759 antibiotikaordinationer. För 25 procent av antibiotikaordinationerna ledde antibiotikaronden till en förändring av patientens behandling jämfört med tidigare plan. Antibiotikaronder bidrar alltså till förbättrad behandling och ambitionen är att på sikt utöka detta arbete inom slutenvården.

Fortsatt satsning på fortbildning

Under 2023 fortsätter satsningen på äldre och infektioner genom bland annat lokal fortbildning för SÄBO, ASIH och geriatriken. Målsättningen är att bidra till en klokare antibiotikaanvändning, minskat återinsjuknande, färre biverkningar och mindre lidande för den äldre patientgruppen.

För mer information om projektet med antibiotikaronder på Dalens och Handens sjukhus, kontakta Strama Stockholm: strama@regionstockholm.se.

“Våga luta dig mot riktlinjerna”

Evidens har pratat med två av de läkare som förra året deltog i projektet med antibiotikaronder på geriatriska avdelningar vid Dalens och Handens sjukhus som Strama Stockholm genomförde i samarbete med Infektionskliniken på Södersjukhuset och Aleris Närsjukvård.



Stephanie Lemouré, ST-läkare i geriatrisk

Var det något som överraskade dig under projektet?

Det som överraskade mig mest var känslan att vi läkare på geriatriken hade ganska bra koll på vad för typ av antibiotika som vi forskrev samt vilken behandlingslängd som var adekvat.

Vad anser du är den största fallgropen vid förskrivning av antibiotika?

Att fastna i "för säkerhets skull" tänk. När en patient försämras är det enkelt hänt att man tar till alltför bred antibiotika i form av till exempel cefotaxim intravenöst, oavsett patientens symtom eller misstänkta genes.

Gav projektet kunskaper och erfarenheter som du tycker är tillämpbara även för läkare i öppenvården, särskilt när det handlar om antibiotika till äldre?

Våra äldre är oftast multisjuka och sköra, men det betyder inte att de inte ska behandlas som vanliga vuxna patienter. Så gott som det går är det viktigt att inte glömma Stramas rekommendationer. Möjligen förskrivs till exempel fortfarande ciprofloxacin till äldre med afebrila urinvägsinfektioner, även om det inte är rekommenderat.

Det är också bra att ha koll på tidigare odlings-svar och att "växla" antibiotika för att minska risk för resistensutveckling. Till exempel mellan amoxicillin och doxycyklin vid KOL-exacerbation och mellan mecillinam och nitrofurantoin vid urin-vägsinfektioner.

Primärvårdsläkare har inte samma möjlighet att dagligen följa hur patienten mår. Hur kan de undvika att skriva ut antibiotika "för säkerhets skull"?

Det är självklart alltid svårare att förskriva antibiotika till en patient endast utifrån ett kort besök på vårdcentralen eller i hemmet. Speciellt om man inte känner patienten sedan tidigare. Vid tvivel om patienten kan klara sig i hemmet kanske man kan få till en direktinläggning på en geriatrisk klinik eller ett snart hembesök, om möjligt.

Vilka insikter gav projektet?

Jag upplever att antibiotikaronderna gav en fin diskussion mellan infektionsläkare och geriatriker om våra äldre, multisjuka patienter och jag tyckte

att ronderna många gånger gav en "just det"-samt "aha"-upplevelse, eftersom man hela tiden fick upprepa och förnya sin kunskap samt sitt tankesätt.

Maria Ljungdahl



Emilia Titelman, överläkare, PhD, Infektionskliniken Södersjukhuset

Vad anser du är den största fallgropen vid förskrivning av antibiotika?

Att det är svårt att våga avstå från antibiotika och även att smalna av behandlingen i oklara fall eftersom utredningsmöjligheterna med röntgen och ultraljud är mycket begränsade på geriatriken och patienterna ofta är multisjuka och sköra.

Man fullföljer ibland antibiotikakurer trots att man omvärderat diagnosen. Felaktig eller onödig antibiotikabehandling ska alltid sättas ut. Många äldre får clostridie-infektioner efter antibiotikabehandling, vilket ofta är mer besvärligt än den infektion man behandlat initialt.

Finns det erfarenheter eller kunskaper från projektet som du tycker är tillämpbara för läkare i öppenvården när det handlar om antibiotika till äldre?

Att generellt omvärdera och sätta ut onödig behandling och tänka på att även korta antibiotikakurer med "snälla" preparat kan ge clostridie-infektioner. Att inte rutinemässigt ge antibiotikaprofylax vid byte av urinkateter.

Primärvårdsläkare har inte samma möjlighet att dagligen följa hur patienten mår. Hur kan de undvika att skriva ut antibiotika "för säkerhets skull"?

Våga luta sig mot de riktlinjer som finns. Om man informerar patienten ordentligt att höra av sig vid försämring så brukar det gå bra att avvakta. Man måste förstås alltid vara uppmärksam på symtom och statusfynd som kan indikera allvarlig infektion och se till att dessa patienter får snabb och adekvat vård.

Har ditt deltagande i antibiotikaronderna lärt dig något som du fört tillbaka till infektionskliniken?

Jag lärde mig mycket om hur den geriatriska vården fungerar och fick ökad förståelse för de utmaningar de har. Det underlättar samarbetet inte minst när vi diskuterar övertagning av patienter mellan våra kliniker.

Maria Ljungdahl

Skriv inte ut antibiotika "för säkerhets skull"

Medicinering som är skraddarsydd just mot de bakterier som orsakar aktuell sjukdom håller nere riskerna för antibiotikaresistensutveckling. Det minskar även risken för biverkningar och en i onödan störd bakterieflora i tarmen.

Anna-Lena Fastén, Specialist i allmänmedicin Strama Stockholm

Antibiotika är en förutsättning för modern sjukvård. Om vi inte kan lita på att antibiotikan fungerar blir det mycket tveksamt att ge cytostatikabehandling, bedriva kirurgi eller vårda människor i intensivvård. Utan antibiotika skulle vi också förlora många för tidigt födda barn och nyförlösta kvinnor.

Strama – Samverkan mot antibiotikaresistens – arbetar för patientens rätt till bästa infektionsbehandling i en sjukvård som motverkar antibiotikaresistens. Hur kan då sjukvården motverka antibiotikaresistens? Jo, genom att använda antibiotika klokt och genom att ha en god vårdhygien. Vårdhygien är en viktig pusselbit eftersom god hygien dels minskar smittspridningen av redan resistenta bakterier, dels minskar vårdrelaterade infektioner och därmed behovet av antibiotika.

Välj rätt antibiotika

Klok användning av antibiotika innebär att vi bara ger antibiotika när vi bedömer att det kan rädda liv, minska komplikationer eller minska symtom, inte annars. Vi bör också så gott det går välja medel som har effekt mot de bakterier som är relevanta för patientens sjukdom utan att påverka bakterier



Anna-Lena Fastén

i mikrobiotan onödigt mycket. Detta låter kanske självklart, men antibiotikaanvändning "för säkerhets skull" eller för att "patienten starkt önskar det" förekommer fortfarande. I själva verket är antibiotika "för säkerhets skull" ofta ganska osäkert, eftersom patienten då riskerar biverkningar och störd mikrobiota samt löper en ökad risk att bli bärare av resistenta bakterier helt i onödan. I vissa lägen är det alltså sämre för patienten att få antibiotika än att inte få det.

Antibiotikaförskrivningen i Sverige har minskat kraftigt de senaste 30 åren, särskilt till små barn. I början av 1990-talet delade 1 000 barn i åldern 0–4 år på nästan 1 300 antibiotikarecept årligen.

Nu är siffran nere på cirka 250. För personer 65 år och äldre ligger förskrivningen mer stabilt och det är nu denna åldersgrupp som får flest antibiotikarecept per person (se figur). Det är nog sannolikt rimligt att äldre personer får mest antibiotika – de har en högre sjuklighet och ofta mindre marginaler att själva läka ut sin infektion. Samtidigt är äldre och sköra människor också mest utsatta för antibiotikans nackdelar, exempelvis svår diarré, så en noggrann avvägning av för- och nackdelar med behandlingen måste alltid göras.

Stockholms län låg länge högst i landet vad gäller antalet uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare och år, trots att vi har en relativt ung och frisk befolkning. Glädjande nog har Stockholm arbetat sig neråt på listan de senaste åren, och ligger nu till och med under riksgenomsnittet. 2022 landade Stockholms län på 248 recept per 1 000 invånare, jämfört med 251 för Sverige som helhet. Under pandemin sågs en kraftig nedgång i antalet recept, men nu ökar det igen, i mars 2023 till 261. Förhoppningsvis kan vi ändå stanna på nivån omkring 250, som är det nationella patient-säkerhetsmålet.

MRSA, meticillinresistenta *Staphylococcus aureus*, är gula stafylokocker som är resistenta mot betalaktamantibiotika. MRSA är i sig inte "farligare" eller mer aggressiv än andra *S. aureus*, men kan inte behandlas med våra förstahandsantibiotika om en infektion uppstår. Bakterien överförs via direkt eller indirekt kontakt. God vårdhygien är effektivt för att förhindra smittspridning i sjukvården.

ESBL står för Extended Spectrum Betalactamase och är inte en enda sorts bakterie utan ett enzym som kan bildas av gramnegativa tarmbakterier, allra vanligast hos *E. coli*. ESBL-bildande bakterier är resistenta mot cefalosporiner och ofta korsresistenta mot andra antibiotikaklasser. Vid en okomplicerad akut cystit brukar ändå pivmecillinam eller nitrofurantoin fungera. Den vanligaste smittvägen är fekal-oral. Utlandsresor utgör en ökad risk för bärarskap och samma åtgärder som gäller för att minska risken för turistdiarré – god handhygien, skala frukt, äta ordentligt upphettat mat – minskar även risken för ESBL. Vid svår sjukdom kan ESBL-bildande bakterier som regel behandlas med våra breda sistahandsmedel, karbapenemerna.

ESBLcarba är ESBL-bildande bakterier som dessutom är resistenta mot karbapenemer. Ofta är bakterierna resistenta även mot andra antibiotikasorter. Vid infektioner med ESBLcarba kan det vara svårt att hitta en fungerande behandling.

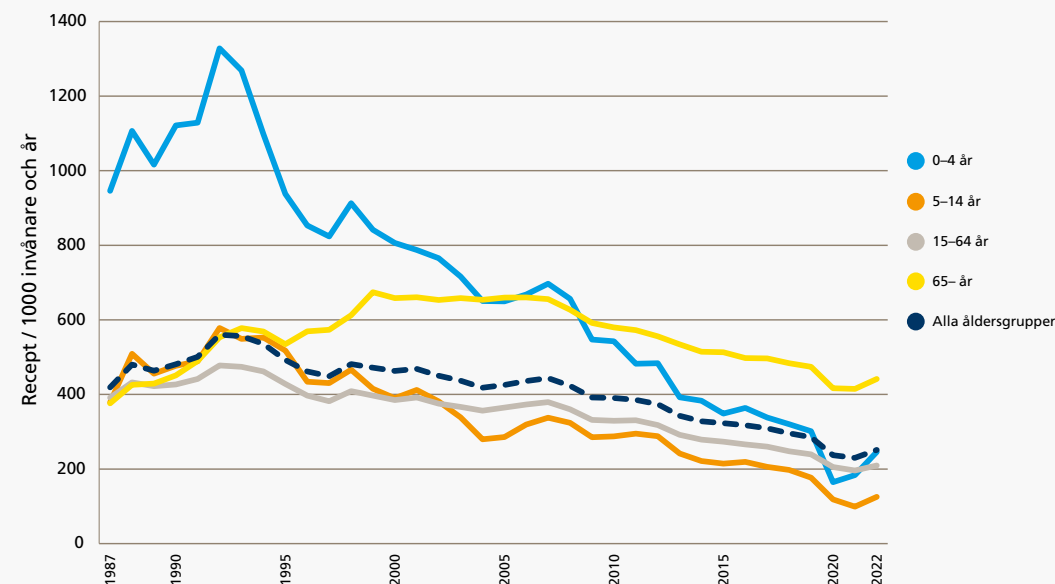
Läs gärna mer på smittskyddstockholm.se.

Resistenta bakterier ökar

När det gäller de anmälningspliktiga resistenta bakterierna ser läget inte lika ljus ut. Efter en tillfällig nedgång under pandemin, sannolikt till följd av minskat resande, ses nu en ökning av antalet anmälda fall. ESBL är vanligast med över 2 700 anmälda fall i Stockholm 2022, medan MRSA kommer på andra plats med drygt 900 fall. ESBLcarba är fortfarande relativt ovanlig men ökar oroväckande från 75 fall 2019, till 110 år 2022. Vid infektioner med ESBLcarba kan det vara svårt eller omöjligt att hitta en fungerande behandling.

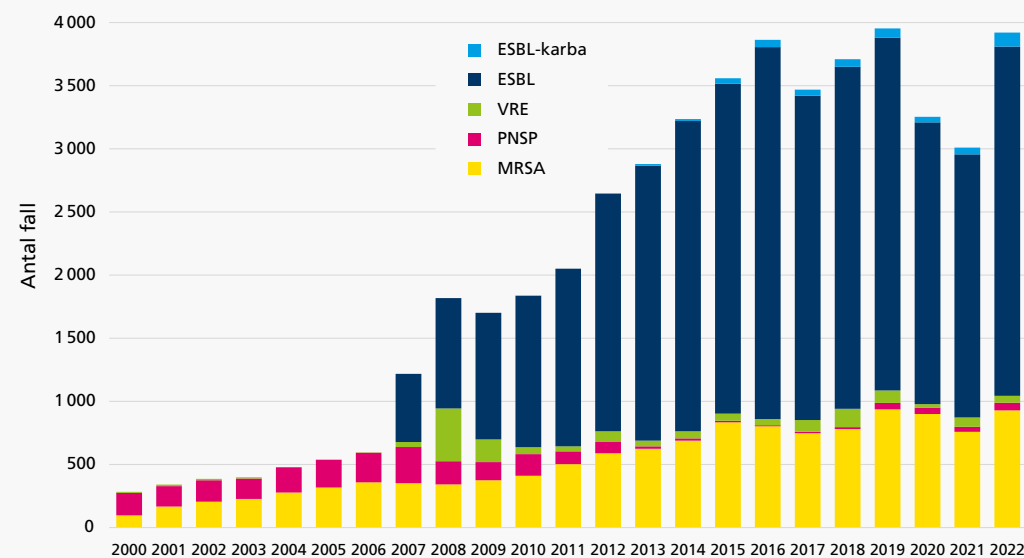
Bärarskap av resistenta bakterier, till exempel MRSA på huden eller ESBL-bildande *E. coli* i tarmen, är inget man märker av och det ska som regel inte behandlas. Först när en bakterie orsakar en infektion uppstår problemet med hur man ska kunna behandla patienten. Tack vare att vi i Sverige länge har använt antibiotika ganska klokt och också har en bra vårdhygien går det oftast att hitta en lösning. Vi behöver fortsätta arbeta medvetet med frågan för att kunna använda antibiotika även i framtiden.

Uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare och år för olika åldersgrupper i Sverige 1987–2022



Källa: Apoteket AB och eHälsomyndigheten

Anmälningspliktig antibiotikaresistens i Region Stockholm 2000–2022



Källa: Folkhälsomyndigheten



Målet är samsyn mellan läkare och patient

I *patientcentrerade samtal* får patienten först fritt berätta om sina besvär, medan läkaren bekräftar. I slutet av konsultationen enas man om hur man ska gå vidare – som till exempel att det i patientens fall är bra att börja träna eller att undvika antibiotika.

Antibiotikaresistens har kallats ”den tysta pandemin” och när Sverige nu under det första halvåret 2023 är ordförande i EU:s ministerråd har ett uttalat mål varit att uppmärksamma detta problem.

– Jag skulle säga att förekomsten av patienter som kräver antibiotika i fel sammanhang har minskat över tid, i takt med att media nått ut med informationen att antibiotika inte alltid är bra. Men det underlättar med ett samtal där man i samsyn kan enas om vilken behandling som är lämplig i det enskilda fallet, säger Helene Bodegård som är allmänläkare vid Gustavsbergs Vårdcentral och forskare vid Karolinska institutet.

Hennes forskningsområde är ”patientcenterade samtal”, en metod där man tar avstamp i patientens egen berättelse, oro och förväntningar.

– Den fungerar i de allra flesta situationer, särskilt där det kärvar till sig och läkare och patient kan ha olika uppfattningar, som när man har olika idéer om vilken utredning eller behandling som är aktuell, säger hon och fortsätter:

– Vi vet också att följsamheten vid livsstilsförändringar, som ökad fysisk aktivitet eller minskat alkoholintag, normalt bara är tio procent. Med en patientcenterad approach där patienten involveras i hur livsstilsförändringarna ska gå till får man bättre genomslag.

Gemensam utgångspunkt

Genom att läkaren lyssnar på och bekräftar patienten ökar förutsättningarna för att landa i en gemensam bild av det medicinska problemet och vilken behandling som ska väljas i det enskilda fallet.

– Det kan handla om att någon varit sjuk i flera omgångar, eller att en resa eller ett bröllop hägrar, och att patienten undrar om inte antibiotika ändå kan vara en väg framåt. Och det finns patienter som är övertygade om att antibiotika behövs när vi i vården inte tycker det, säger Helene Bodegård.

Hon beskriver att i samtalet bör läkaren inte direkt säga ja eller nej, utan visa att man förstår patientens sits och att undersökningen görs med



” Det räcker att läkaren tror att patienten önskar sig antibiotika för att förskrivningen ska öka tiofalt



För Helen Bodegårds del var valet att bli allmänspecialist givet.

– Jag trivdes på alla placeringar, från kirurgi via psykiatri till internmedicin, och inom allmänmedicin får man hela den bredden. Plus att man hela tiden har nya patientmöten som jag tycker är både roligt och givande, säger hon.

.....▶ ett öppet sinne. Först när läkaren har fått hela bilden klar för sig utifrån de frågor patienten har, är det dags att förklara varför antibiotika är mindre lämpligt.

– Här är en del att visa på att behandlingen har biverkningar, som att den påverkar magtarmfloran på lång sikt, säger hon.

Men det går inte att kräva att den enskilda patienten ska ta ett globalt ansvar:

– Den som har feber och mår dåligt är mer benägen att lyssna på information om varför antibiotika är dåligt för den egna hälsan, än att minskad förskrivning minskar risken för antibiotikaresistens. Jag har sällan varit med om att någon opponerat sig och krävt antibiotika, även om man inledningsvis velat det.

Oro ger information

Helene Bodegård kom själv i kontakt med patientcentrerade samtal på en kurs på Kalymnos i Grekland för snart 15 år sedan, och fick då frågan om att själv bli lärare:

– Den chansen kunde jag inte tacka nej till eftersom jag tyckte metoden gjorde så stor skillnad.

Hon beskriver hur hon då randutbildade sig på akuten på Södersjukhuset:

– Jag bestämde mig för att fråga alla patienter om deras oro – bingo! I vissa fall gav oron viktig information som jag hade nytta av i bedömningen, exempelvis då man hade ovanliga ärftliga tillstånd i familjen. I andra fall kunde jag förklara varför det man oroade sig för var mer osannolikt, men samtidigt få en bättre förståelse för varför patienten sökt akut vård och slippa den frustration som ofta kan uppstå vid ”onödiga” besök.

Grunden till metoden utvecklades av två engelska forskare redan år 1976, när de analyserade 2 500 bandinspelade konsultationer. De visade att läkare och patient i nio fall av tio pratade förbi varandra. Men i tio procent av fallen uppstod en fungerande dialog – dessa samtal beskrevs av forskarna som ”patientcentrerade”. Under 1980-talet utvecklades en struktur för patientcentrerad konsultation. Metoden används i dag i Nederländerna,

Lär dig mer om patientcentrerade samtal

- Undervisning i patientcentrerade samtal ingår i läkarprogrammet vid Karolinska Institutet sedan många år. Studenterna börjar träna på termin ett och har återkommande seminarier och aktiviteter under de flesta terminerna i samband med primärvårdsdagar och kliniska placeringar på vårdcentraler. På sista terminen examineras studenterna i patientcentrerad.

- Sedan 2013 ingår undervisning i patientcentrerade samtal vid bedömning av infektioner i luftvägarna. Under en halvdag får studenter på termin fem som i förväg läst in sig på bihålorna, halsont och hosta lära sig om antibiotika och i rollspel agera både läkare och patient.

- För att bli specialist i allmänmedicin ingår det att gå en kurs i patientcentrerad konsultationsmetodik. För ST-läkare i Region Stockholm går det en kurs minst ett par gånger per år med undervisning i metoden. Under fem dagar utgår man då från deras egna, kniviga fall. De får spela sin patient och lär sig då hur metoden fungerar.

- Det går att hitta mer information via Sfams nätverk för konsultation: www.sfam.se.

Storbritannien, Kanada samt i Danmark, Norge och Sverige.

Läkarstudenter utbildas

År 2013 blev Helene Bodegård adjunkt vid läkarprogrammet vid Karolinska institutet och hade då med sig erfarenheten av att diskutera användningen av antibiotika med sina kollegor ute på vårdcentralen. Hon beskriver att befintliga studier visar att det är mer sannolikt att antibiotika förskrivs om patienten förväntar sig det.

– Det räcker att läkaren tror att patienten önskar sig antibiotika för att förskrivningen ska öka tiofalt, säger hon.

Däremot är patientnöjdheten inte nödvändigtvis relaterad till att få recept på antibiotika. Många patienter önskar sig i stället information, smärtlindring eller lugnande besked.

– Det betyder att om läkaren skriver ut antibiotika för att värna patientrelationen hade patienten ofta varit lika nöjd om läkaren tagit sig tid till att lyssna, säger hon.

I samarbete med Strama Stockholm utbildas sedan 2013 studenterna på läkarprogrammets femte termin i patientcentrerat samtal i samband med just antibiotikaföreskrivning. Genom rollspel får studenterna öva på att genomföra hela konsultationen. Många tycker att det är mest lärorikt att spela patient.

– De får efter övningen frågan om det var något som deras ”doktor” gjort bra. Många tycker att ”jag kände mig lyssnad på och då tar jag lättare till mig vad läkaren säger”.

Egen forskning

Sedan år 2015 är Helene Bodegård doktorand vid Institutionen för Lärande, informatik, management och etik, LIME. I en studie jämfördes patienters och läkares uppfattningar om samtalet utifrån sex aspekter. Här analyserade forskarna enkäter från 223 patienter och 188 läkare som täckte 251 konsultationer. Ett fynd var att i 4,6 procent av fallen hade patienten och läkaren helt olika uppfattningar om besökets orsaker. Något som också stack ut var att patienter inte upplevde sig blivit lyssnade på om de hade mer än en anledning till besöket, något som inte syntes hos läkarna.

– Läkarna har lärt sig att fokusera på en sak eftersom det är så systemet är uppbyggt, medan patienten vill få fler svar och då upplever sig bli avbruten, säger hon.

Läs mer:

Helen Bodegårds publicerade artiklar:

Challenges to patient centredness – a comparison of patient and doctor experiences from primary care (2019)

Shared decision-making in patient–doctor consultations – How does it relate to other patient-centred aspects and satisfaction? (2021)

” Ju större grad av patientcentrering samtalet hade, desto mer upplevde patienten sig involverad i beslutet

Studien publicerades 2019 i tidskriften BMC Family Practice. I en annan studie, publicerad i Clinical Ethics 2021, utgick man från samma patientenkäter men för att se om patienterna upplevde att man kom fram till ett gemensamt beslut. Detta visade sig vara den aspekt som var svårast att uppnå.

– Ju större grad av patientcentrering samtalet hade, desto mer upplevde patienten sig involverad i beslutet. Det tyder på att hela processen är viktig, redan från det att patienten kliver in i mottagningsrummet, säger Helene Bodegård.

Nästa forskningssteg är en kvalitativ intervju-studie med allmänläkare om hur de uppfattar att de involverar patienter i behandlingsbeslutet. Intervjuer görs under 2023, och resultaten kommer att publiceras nästa år.

– Utifrån vad vi får fram där vill vi även etiskt analysera patientcentrerade samtal. Exempelvis om målet att involvera patienten krockar med andra av vårdens mål, som att den som har störst behov ska prioriteras, säger Helene Bodegård.

Lotta Fredholm

Trestegsmodell för det patientcentrerade samtalet

Konsultationen delas kronologiskt upp i tre delar – patientens del, läkarens del och gemensam del. Läkaren gör klart en del innan hen går vidare till nästa.

I patientens del guidar läkaren utan att avbryta patienten att berätta om sin besöksorsak och ge sin spontana beskrivning av sina problem, samt underlättar genom att bekräfta patientens känslor och upplevelser. Särskilt uppmärksammas patientens frågor och funderingar samt de önskemål patienten uttrycker. Slutligen summerar läkaren patientens berättelse.

I läkarens del gör läkaren en fokuserad medicinsk intervju, fysisk undersökning och involverar patienten i vad frågorna och undersökningarna syftar till om det inte är uppenbart.

Den gemensamma delen, som också kallas ”paketet”, utgår ifrån vad patienten tar med sig från besöket. Här är minnesregeln **DU – JAG – VI – VAD**.

DU (Patienten): Läkaren bemöter de frågor och funderingar som framkom i patientens del – tanke, oro, önskan och andra initiala frågor.

JAG (Läkaren): Läkaren informerar om sin bedömning och förklarar vad den är baserad på.

VI (Patienten och läkaren): Läkaren besvarar i dialog med patienten nytillkomna frågor för att klargöra och nå samsyn om vad som är orsak till patientens besvär. Läkaren berättar om möjliga åtgärder, utredningar och behandlingar och tar hänsyn till patientens önskemål och värderingar. Läkaren och patienten är båda involverade i planering för fortsatt vård och uppföljning.

VAD: Patienten får summera vad den tar med sig från besöket.

Exempel på återkoppling enligt DU – JAG – VI – VAD

”Du har ju funderat över om det kan vara lunginflammation som du har eller om det annars är en ovanligt jobbig förkylning. Du undrar också om det inte vore hjälpsamt med en antibiotikakur i det här läget. Nu har jag undersökt dig och ser att du har en lugn andningsfrekvens, det låter helt rent på lungorna när du andas, du syresätter dig fint på 98 procent, du har inte längre någon feber och har inte haft någon smärta i bröstkorgen. Så jag känner mig helt trygg med att det inte är någon lunginflammation du har. Det är det positiva beskedet. Jag tänker som du att det

istället är en förkylning – och precis som du har nu så är det vanligt att man då har snuva, halsont och hosta. Det negativa beskedet är att det inte finns någon behandling som botar, skulle vi sätta in antibiotika till exempel, så är det större risk att du får biverkningar än att du har nytta av behandlingen. Däremot kan du lindra besvären genom att...”.



FOTO: JOHNÉR

Fortsatt stora problem med restsituationer

Restnoterade läkemedel är ett ökande problem som orsakar frustration i vården. Trots flera insatser för att hjälpa upp situationen lär det dröja innan läget förbättras.

Annika Hahlin, leg. apotekare, Strama Stockholm

Att restsituationer för registrerade läkemedel ökat de senaste åren har nog inte undgått någon som är verksam i sjukvården. Förutom att patienterna inte kan erbjudas den mest lämpade behandlingen orsakar problemet mycket extraarbete. Många aktörer på nationell, europeisk och global nivå arbetar nu för att motverka restsituationer, men någon snabb och enkel lösning finns inte.

Flera orsaker till brist

De vanligaste orsakerna till restsituationer är tillverkningsrelaterade, som framför allt rör produktionskapacitet, eller marknadsrelaterade, som till exempel oväntat stor efterfrågan på en viss produkt. Den senaste tidens ökning av restanmälda läkemedel beror troligen

på ökad oro i världen, hög inflation, högre energipriser, ökade fraktpriser och för Sveriges del en lägre växelkurs, vilket gjort att företag kan ha prioriterat andra marknader. För antibiotika spelar troligen den snabba efterfrågeökningen efter pandemin stor roll. När länder öppnat upp efter pandemin har antalet infektioner i omlopp ökat kraftigt.

Enligt statistik från Läkemedelsverket var vid senaste årsskiftet 3,8 procent av alla läkemedelsförpackningar restnoterade och under 2022 var antalet förpackningar som restanmäldes 54 procent högre än under 2021. Detta är alltså ett ökande problem. För att undvika en restsituation i Sverige kan ett företag ansöka om dispens hos Läkemedelsverket för att få sälja en utländsk förpackning under en

Läkemedelsverket publicerar dagligen en uppdaterad fil över restanmälda läkemedel på sin hemsida. I filen kan man enkelt filtrera fram en viss produkt för att se hur länge restsituationen förväntas pågå och om det finns några förslag på alternativa förpackningar. Titta gärna där i första hand. I april 2023 omfattade filen nästan 800 restanmälda produkter.

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/forskrivning/restsituationer>

begränsad tid. Ett annat sätt att få tillgång till läkemedel kan vara licensförskrivning. Som regel krävs enskild licens för att apoteket ska få expediera recept på icke godkända läkemedel. Genom ett särskilt tillstånd



Annika Hahlin

kan Läkemedelsverket möjliggöra för apoteken att expediera recept när generell licens finns. Läkare kan då underlätta för apoteken genom att ange referensnummer eller diarienummer för vårdenhetens generella licens på receptet.

När en restsituation uppstår eller förväntas uppstå ligger ansvaret för att informera sjukvård och apotek hos det berörda läkemedelsföretaget, som enligt läkemedelslagen också har en skyldighet att göra en restanmälan till Läkemedelsverket. Anmälan ska göras så snart som möjligt, senast två månader innan restsituationen förväntas uppstå. Alla restsituationer som förväntas pågå i minst tre veckor ska anmälas. Restsituationer kortare än tre veckor ska anmälas om de kan medföra patientsäkerhetsrisker. Parallellimportörer av läkemedel omfattas inte av anmälningsplikten, vilket kan göra det svårare att få en total överblick av tillgängligheten.

I början av 2023 förde regeringen fram ett förslag på böter på som lägst 25 000 kr och som högst 100 miljoner kr för läkemedelsföretag som inte i god tid talar om att läkemedel kan komma att restnoteras. Frågan lär diskuteras mer framöver.

Nationell lägesbild dröjer

Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten har, inom ramen för ett regeringsuppdrag, tagit fram

Enskild/generell licens

För att en patient ska kunna hämta ut recept på ett icke godkänt läkemedel på apotek krävs som regel en enskild licens. Om det uppstår brist på ett läkemedel som berör en stor grupp patienter skulle en stor mängd ansökningar om enskild licens under en kort period innebära en stor påfrestning på vård och apotek. Patienter skulle kunna utsättas för onödigt lidande eller risk om de inte kan få sitt läkemedel i tid. Därför kan Läkemedelsverket genom ett särskilt tillstånd möjliggöra för apotek att expediera recept när generell licens finns. Ett öppenvårdsapotek ska då ha en generell licens för läkemedlet och läkemedlet ska vara förskrivet av en läkare som är verksam vid en vårdenhet som omfattas av den generella licensen. Receptet ska avse det specifika läkemedel den generella licensen beviljats för. Läs mer om licenstyper på lakemedelsverket.se.

ett förslag på vad som krävs för att Läkemedelsverket ska kunna sammanställa en nationell lägesbild över tillgång, plats och förbrukning av läkemedel. Man vill då samla in uppgifter om lager från partihandlare, apotek och vårdgivare, men det kommer att dröja ytterligare innan ett sådant system verkligen är på plats.

Rekommendationer på gång

När det gäller restnoterade antibiotika har den Nationella arbetsgruppen (NAG) Strama fått ett uppdrag av Socialdepartementet att ta fram uppdaterade behandlingsrekommendationer för antibiotikabehandling när det uppkommer restsituationer. Bland annat har nu NAG Strama regelbundna avstämningsmöten med Läkemedelsverket när det gäller restsituationer för antibiotika. Förslag på alternativa rekommendationer publiceras i Stramas nationella app samt för Region Stockholms del också på Janusinfo. Släng gärna ett öga där vid restsituation.

Lyckat svenskt arbete mot antibiotikaresistens på export

I samband med det svenska ordförandeskapet för EU lanserar Strama, Folkhälsomyndigheten, Antibiotikasmart Sverige och React på uppdrag av regeringen en webb-utbildning på engelska om hur det svenska arbetet mot antibiotikaresistens har utvecklats och blivit framgångsrikt.

Syftet med den cirka 1,5 timmar långa e-learningutbildningen är att inspirera till liknande arbete internationellt. Två inledande mer övergripande avsnitt om Stramas uppkomst och utveckling, framtagna främst för politiker och beslutsfattare, följs av fyra mer detaljerade avsnitt främst riktade till sjukvårdspersonal.

1 Strama en svensk modell

Strama, Samverkan mot antibiotikaresistens, bildades i samband med spridningen av pneumokocker med minskad känslighet för penicillin bland barn i södra Sverige i början av 1990-talet. Läkare, apotekare och andra insåg att det behövdes en organisation för att för att få till stånd en mer rationell användning av antibiotika. Det som började som ett frivilligt nätverk i mitten av 1990-talet är nu en etablerad rikstäckande organisation med en nationell samordnande Stramagrupp och minst en Stramagrupp i var och en av de 21 regionerna.

2 Nationella Strama

Strama fokuserade redan tidigt på primärvården eftersom cirka 80 procent av all antibiotikaförskrivning sker inom öppenvården. Centralt för arbetet har varit att ta fram nationella behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner till exempel otit, tonsillit och sinuit (RTI), urinvägsin-

fektioner (UTI) och hud- och mjukdelsinfektioner (SSTI). Dessa rekommendationer har sammanfattats i den så kallade "Regnbågsbroschyren". Sedan 2017 finns behandlingsriktlinjerna införlivade i Strama-appen.

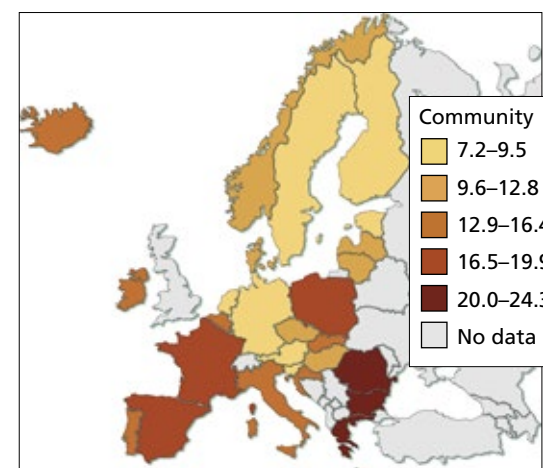
3 Regionala Strama

En regional Stramagrupp har oftast representanter från primärvård, infektionssjukdomar, klinisk mikrobiologi och smittskydd. Ibland även barnläkare och öron-näsa-halsspecialister. På regional nivå finansieras Stramagruppen vanligen via sin region, i några fall via det regionala smittskyddet eller ett större sjukhus.

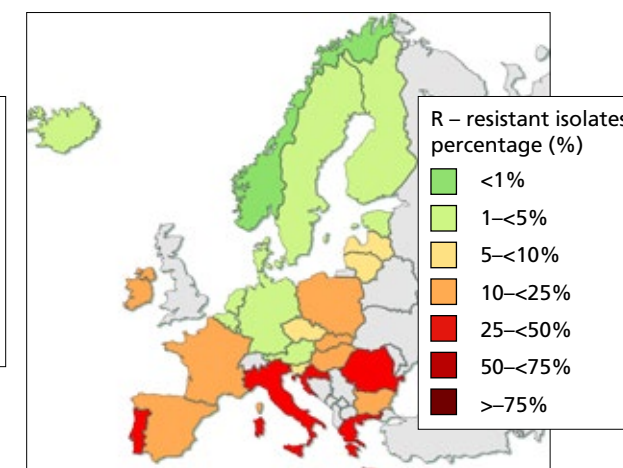
Till de viktigaste aktiviteterna hör uppsökande verksamhet på vårdcentraler, med feedback på data om antibiotikaförskrivning. Stramas representanter återkopplar data om indikatorer baserade på nationella behandlingsriktlinjer. Viktigt i dessa möten är att föra öppna och konstruktiva diskussioner kollegor emellan. Målet är ofta att uppnå konsensus bland förskrivarna om handläggningen av infektionspatienter.

4 Antibiotikadata

E-hälsomyndigheten samlar in läkemedelsförsäljningsstatistik som obligatoriskt levereras av alla registrerade apotek i databasen InSiGHT.



Antibiotikaförsäljning för systemiskt bruk (ATC-grupp J01), EU/EES-länderna 2021 (uttryckt som definierad daglig dos per 1 000 invånare och dag). Källa: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).



Förekomst av MRSA bland alla Staphylococcus aureus i blodisolat i europeiska länder. Källa: ECDC.

Det innefattar recept som expedieras från apotek och sjukhusrekvisitioner. Digital insamling av diagnoskopplade receptdata i primärvården sker via Primärvårdskvalitet (PVQ). Data hämtas automatiskt från patientjournaler och kan visas tillsammans med nationella riktlinjer. I PVQ finns kvalitetsindikatorer för ett flertal infektioner.

5 Antibiotikaresistens

Sverige har 25 kliniska mikrobiologiska laboratorier och ett nationellt institut, Folkhälsomyndigheten (FHM), som koordinerar ett nätverk av laboratorier. Nationell övervakning av antibiotikaresistens sker via Svebar som är ett frivilligt nationellt IT-system. Det genererar automatiskt statistiska rapporter och varningar, för både nationell och lokal övervakning. Resultat från alla utförda odlingar överförs automatiskt dagligen från alla mikrobiologiska laboratorier

till ett system som förvaltas av FHM. Globalt uppskattas mer än en miljon människor dö varje år till följd av antibiotikaresistens.

6 Kommunikation

Media är en viktig kanal för att nå ut till invånarna med budskap om antibiotika och resistensutveckling. Strama producerar också faktablad om vanliga infektioner i samhället och sprider information om klok användning av antibiotika via kampanjer i kollektivtrafik, på skärmar i väntrum och i sociala medier. Principen för Stramas kommunikation är att den inte ska vara skrämmande. I stället ligger tonvikten i budskapen på antibiotika som en livräddande resurs som vi alla måste hjälpa till att skydda. Strama kommunicerar också med beslutsfattare på olika nivåer och för att öka deras medvetenhet om antibiotikaresistensens effekter i samhället.

Christer Norman

Följ hela kursen på:

<https://e-utbildningar.folkhalsomyndigheten.se/ng/core-ng/#/mycourses/elearning/33/3876>

(bank-ID eller skapa konto krävs i nuläget)

Fler luftvägsinfektioner efter pandemin

Luftvägsinfektioner som minskade i antal när covid-19 dominerade ökar nu kraftigt i antal, i vissa fall med allvarigare sjukdomsbild än vi sett på flera år. Läkare bör hålla sig uppdaterade om det epidemiologiska läget för att lättare kunna fatta beslut om korrekt behandling.

Jaran Eriksen, Owe Källman, Anna Granath, Mårten Lundén, Joachim Luthander och Malin Ryd Rinder
Ledamöter i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för infektionssjukdomar

Sedan covid-19-pandemins början vårvintern 2020 har panoramat av luftvägsinfektioner inte sett ut som vi är vana vid. Under det första året med covid-19 såg vi mycket litet av andra agens än just SARS-CoV-2. Detta ändrade sig plötsligt sensommaren 2021 då en ovanligt hög och tidig RSV-våg, högre än den senaste kraftiga epidemin 2018/2019, drabbade oss, följt av en den största vågen av influensa A sedan 2018/2019. Båda dessa virus har sedan återkommit med stora och ovanligt tidiga vågor under säsongen 2022/23.

Nu under våren 2023 ser vi dessutom ovanligt många fall av svår influensa B, varav ett flertal med bakteriell pålagring. Inom barnsjukvården har också ett flertal fall av myosit noterats. Även infektioner med betahemolyserande streptokocker grupp A, med fler fall av komplicerade öron-näsahalsinfektioner, pneumonier med empyem och svår, invasiv sjukdom, rapporteras. Influensa har en sedan länge välkänd korrelation till bakteriekomplikationer, framför allt pneumokocker och grupp A streptokocker. Det är inte säkert att covid-19 haft denna koppling, så fler bakteriekomplikationer kan bero på att influensa dominerar nu.

Vi vet inte säkert varför luftvägspanoramats ändrade sig så snabbt i början av covid-19-pandemin. En tänkbar förklaring är beteendeförändringar till följd av rekommendationer och restriktioner, med färre fysiska kontakter, ökat avstånd och bättre handhygien. En annan möjlig förklaring är att Sars-CoV-2 kan ha haft en undanträngningseffekt på andra virus (viral interferens).

Har vi en immunitetsskuld?

Nu när Sars-CoV-2 inte dominerar helt, verkar våra ”vanliga” luftvägsagens dock komma tillbaka, många av dem i större utsträckning och i vissa fall med svårare sjukdomsbild än vi har sett de senaste åren. Man har diskuterat att vi skulle ha en immunitetsskuld där befolkningen har förlorat en del immunitet och därmed är mer mottaglig för dessa, tidigare vanliga, infektioner. En till två årskullar av barn har exponerats senare för dessa infektioner än tidigare år. Samtidigt har dessa sjukdomar även tidigare kommit i olika stora vågor i cykliska mönster.

Antalet fall av Mykoplasma pneumoniae har minskat drastiskt och är nu mycket sällsynt.



FOTO: JOHNER

Endast ett fåtal fall av detta agens har hittats i prover som skickats till mikrobiologiska laboratorier i Stockholm sedan våren 2020. Kikhosta (orsakad av Bordetella pertussis) har också minskat markant i hela Sverige sedan 2020. I Stockholm har antal rapporterade fall gått från tidigare mellan 150 och 250 fall per år, till två fall 2021, fem fall 2022 och ett fall hittills under 2023. Dessa agens cirkulerar alltså i mycket låg utsträckning i Stockholm för närvarande.

Även om bakterieinfektioner som mykoplasma och kikhosta inte ses i samhället nu, kan vi anta att, liksom för influensa och RSV, även dessa agens kommer att komma tillbaka. Den epidemiologiska statistiken baseras på prover från patienter som har så mycket besvär av sin infektion att de utreds med provtagning i primärvård eller på sjukhus. Avsaknad av ett agens i statistiken är alltså ingen garanti för att det inte finns några fall av sjukdom med detta agens i samhället.

Uppdaterad kunskap om läget förenklar beslut om behandling

Det är bra att hålla sig uppdaterad om hur det epidemiologiska läget för luftvägsinfektioner ser ut. Till exempel har expertgruppen för infektionssjukdomar haft flera fortbildningstillfällen med uppdateringar kring detta. Känner man till vilka agens som just nu cirkulerar, kan det göra det lättare att bestämma hur man behandlar en patient, till exempel att låta bli att ge antibiotikabehandling som täcker mykoplasma. Observera att okomplicerad bronkit orsakad av mykoplasma i de allra flesta fall läker ut av sig själv och varken provtagning eller antibiotikabehandling behövs. Har man klinisk misstanke på kikhosta ska provtas, eftersom sjukdomen är anmälningspliktig och smittspåringspliktig. Särskilt viktigt är att ställa diagnosen hos spädbarn, som kan bli allvarligt sjuka i kikhosta.

Nytt om vaccination mot pneumokocker

I december 2022 infördes ett nytt nationellt program för pneumokockvaccination till 75-åringar och medicinska riskgrupper. Region Stockholms erbjudande om kostnadsfri vaccination till personer som fyllt 65 år gäller nu året om. Två nya pneumokockvaccin har tagits i bruk och revaccination med Pneumovax rekommenderas.

Helena Hervius Askling, docent och överläkare infektionssjukdomar Akademiskt Specialistcentrum, ordförande Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer

Katarina Widgren, PhD och Bitr. Smittskyddsläkare Smittskydd Stockholm, ledamot Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer

Pneumokocker är bakterier som innefattar nästan 100 kända serotyper. Små barn är koloniserade med pneumokocker i nasofarynx och hos de allra flesta orsakar bakterierna inte sjukdom. Några barn drabbas dock av otit, sinuit eller pneumoni. Invasiv pneumokocksjukdom, IPD, i form av sepsis och meningit är ovanligt men livshotande och kan även leda till kvarstående komplikationer som hjärnskador och dövhet. Pneumokocksjukdom orsakade cirka 300 000 dödsfall globalt hos barn under fem år 2015. IPD är en anmälningspliktig sjukdom enligt Smittskyddslagen och i Sverige drabbades 75–100 barn under 5 år årligen före 2007. Konjugerat polysackaridvaccin mot pneumokocker erbjuds till alla barn i Stockholms län sedan 2007 och sedan 2009 inom det allmänna vaccinationsprogrammet i hela Sverige. Detta har resulterat i mer än en halvering av antalet fall.

Hos vuxna ökar risken för invasiv pneumokocksjukdom med stigande ålder och oavsett ålder om personen är kraftigt immunosupprimerad där särskilt splenektomerade individer har utmärkande förhöjd risk att drabbas. Personer med till exempel



Helena Hervius Askling



Katarina Widgren

FOTO: ANNA MÖLANDER

underliggande hjärt-lungsjukdom, lever- eller njursvikt har också ökad risk för att bli svårare sjuka av pneumokockinfektion. I takt med att de flesta barn i Sverige har vaccinerats mot pneumokocker* har incidensen av IPD orsakat av de vaccinspecifika serotyperna minskat även i den äldre befolkningen. Dock kvarstår en relativt hög incidens i hela befolkningen, 12–14/100 000 personår med undantag för en tydlig minskning under åren 2020–2021 till följd av smittskyddsåtgärder och restriktioner på grund av pandemin. De flesta fallen av IPD har serotyper som inte täcks av något av vaccinerna.

* År 2021 var vaccinationstäckningen bland 2-åringar 97,4 procent.

Vaccinrekommendationer för vuxna

Folkhälsomyndigheten rekommenderar sedan många år vaccin mot pneumokocker till alla individer över 65 år och oavsett ålder till andra särskilda riskgrupper för invasiv pneumokocksjukdom. Regionerna har själva beslutat om de ska följa rekommendationen och huruvida vaccinationen ska vara kostnadsfri eller subventioneras. Det saknas ett nationellt vaccinationsregister för vacciner som inte ingår i nationella vaccinationsprogram och det finns därför ingen säker uppgift om hur många äldre eller i riskgrupper som har vaccinerats mot pneumokocker i Sverige. I Stockholm har minst 39 procent av alla över 65 år någon gång fått en vaccination mot pneumokocker.

Nationellt vaccinationsprogram för 75-åringar startade december 2022

I december 2022 startade det första nationella vaccinationsprogrammet som gäller vuxna: pneumokockvaccination till 75-åringar. Att det är ett nationellt vaccinationsprogram innebär att staten tillför pengar till regionerna som då också måste genomföra detta och erbjuda vaccinet kostnadsfritt. Eftersom rekommendationen från 65 år finns sedan tidigare och Region Stockholm fortsatt erbjuder kostnadsfri vaccination till gruppen kommer det nationella vaccinationsprogrammet inte bli en så stor praktisk skillnad på individnivå. En förändring är dock att kostnadsfriheten nu gäller året om.

Personer med ökad risk för pneumokocksjukdom

En rad kroniska sjukdomar innebär en ökad risk för svår sjukdom med pneumokocker, varför personer med dessa tillstånd rekommenderas vaccination även om de är under 65 år. Detta gäller vid kronisk hjärt- eller lungsjukdom, lever- eller njursvikt, diabetes mellitus och tillstånd som leder till nedsatt lungfunktion och hostkraft.

Aktuella vacciner i Sverige

23-valent polysackaridvaccin (Pneumovax) innehåller 23 serotyper. Vaccinet har funnits sedan 1980-talet och inducerar ett t-cellsberoende immunsvår som inte är effektivt för barn under 2 år. Vaccinet kan ges till barn över 2 år och vuxna med underliggande sjukdomar som behöver optimalt skydd mot invasiv pneumokocksjukdom.

Fyra olika konjugerade polysackaridvaccin

10-valent (Synflorix, GSK) innehåller 10 serotyper och är godkänt för barn upp till 5 års ålder och ingår för närvarande i barnvaccinationsprogrammet vid tre tillfällen: 3, 5 och 12 månaders ålder.

13-valent (Prevenar 13, Pfizer) innehåller 13 serotyper och är godkänt för barn och vuxna och rekommenderas till äldre barn med underliggande riskfaktorer som inte tidigare fått konjugerat vaccin inom ramen för barnvaccinationsprogrammet.

15-valent (Vaxneuvance, MSD) innehåller 15 serotyper och är godkänt för både barn och vuxna.

20-valent (Apexxnar, Pfizer) innehåller 20 serotyper (Prevenar 13+ ytterligare 7 serotyper) och är godkänt för vuxna.

Personer med mycket hög risk för pneumokocksjukdom

Det finns också några medicinska tillstånd som innebär mycket hög risk att drabbas av invasiv pneumokocksjukdom, till vilka Folkhälsomyndigheten räknar: Splenektomi, grav immunosuppression på grund av sjukdom eller behandling (till exempel organtransplanterade patienter eller patienter med annan immunosupprimerande behandling), likvorläckage, cochleaimplantat, nefrotiskt syndrom och cystisk fibros.

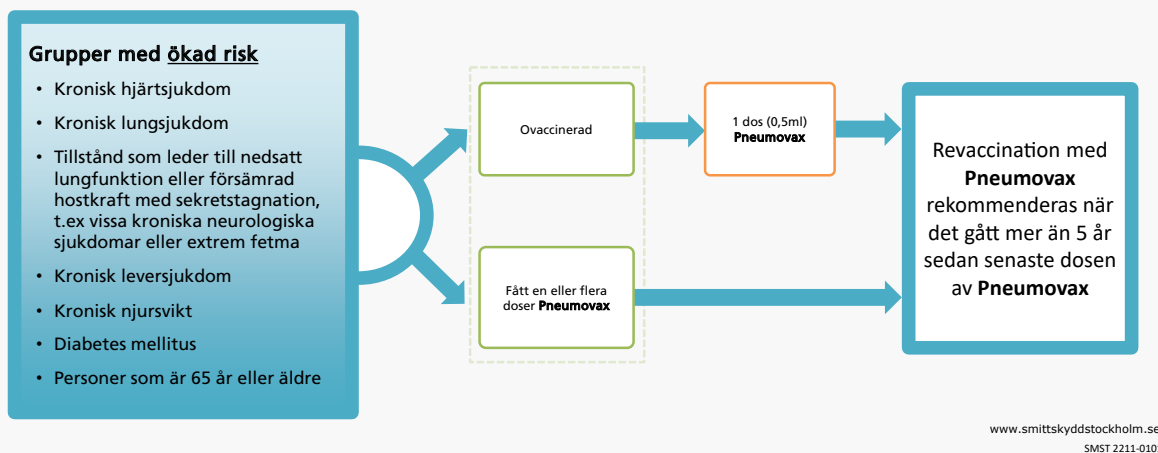
Vuxna – vilket vaccin gäller och när?

- Det allra flesta, alla individer som är 65 år och äldre samt de med ökad risk för sjukdom rekommenderas det 23-valenta polysackaridvaccinet (Pneumovax). Vaccinet kan ges oavsett tid på året.
- Patienter med mycket hög risk för pneumokocksjukdom rekommenderas 20-valent konjugerat pneumokockvaccin. För de splenektomerade, de med grav immunsuppression och likvorläckage rekommenderas även, för att få en optimal serotypstäckning, det 23-valenta polysackaridvaccinet minst åtta veckor senare. Vaccinerna kan ges oavsett tid på året.

Behövs det en påfyllnadsdos?

- I nuläget rekommenderas påfyllnadsdos av det 23-valenta polysackaridvaccinet, Pneumovax, när det har gått minst fem år sedan tidigare dos av samma vaccin.

Medicinska riskgrupper med **ökad risk** för pneumokockinfektion. Barn från 2 års ålder och vuxna.



Läs mer

vargdivarguiden.se/kunskapsstod/smittskydd/utbildningar/pneumokockvaccination/

Nya behandlingsrekommendationer för astma och KOL

I slutet av mars publicerade Läkemedelsverket nya behandlingsrekommendationer för astma respektive KOL. Inhalationssteroider kommer nu in tidigare i behandlingstrappan för astma. För KOL presenteras en ny behandlingstrappa med långverkande luftrörsvidgare som första läkemedel.

Eva Wikström Jonsson, docent, överläkare, ME Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, ledamot Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för lung- och allergisjukdomar

Vid rökning är rökstopp centralt såväl vid astma som KOL. Då effekten av den sjukdomsspecifika behandlingen utvärderas bör också följsamhet till behandling samt inhalationsteknik bedömas.

Inhalationssteroider redan på steg 1 i behandlingstrappan vid astma hos vuxna

Vid astmasymtom högst två gånger per månad hos vuxna rekommenderas behandling med inhalationssteroid (ICS) samt snabbverkande luftrörsvidgare (FABA, fast acting beta-2-agonist, salbutamol, terbutalin och formoterol) vid behov (steg 1, se figur sid 33). Fast kombination av FABA och inhalationssteroid vid behov säkerställer att inflammationen behandlas, så snart symtom föreligger. I dagsläget innebär det fasta kombinationer med inhalationssteroid och formoterol, vilket överensstämmer med rekommendationen

i Kloka listan 2023. På steg 2 rekommenderar Läkemedelsverket daglig underhållsbehandling med inhalationssteroid.

För att säkerställa att inhalationssteroid ges även om följsamheten till den dagliga underhållsbehandlingen skulle brista, rekommenderas även här fast kombination av FABA och inhalationssteroid som symtomlindrande läkemedel vid behov. Från steg 3 rekommenderas underhållsbehandling med inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare.

Om den fasta kombinationen innehåller formoterol, så kan den användas även för att lindra akuta symtom. Andra långverkande beta-2-stimulerare har för långsamt insättande effekt för att kunna användas vid behov. Vid underhållsbehandling



Eva Wikström Jonsson

” Från 12 års ålder är behandlingsrekommendationen mycket lik den för vuxna.

”

med någon av dem i kombination med inhalationssteroid används kortverkande beta-2-receptoragonist (salbutamol eller terbutalin) vid behov. Vid otillräcklig astmakontroll kan doserna av inhalationssteroid ökas eller antileukotrienen montelukast läggas till. På steg 4 kan inhalede långverkande antikolinergika läggas till. Om inte montelukast prövats tidigare kan det vara ett alternativ. Innan patienten remitteras till specialiserad vårdnivå bör även effekten av högdos inhalationssteroid ha utvärderats. Steg 5 är huvudsakligen avsett för specialiserad vård. Där återfinns olika tilläggsbehandlingar, såsom biologiska läkemedel, makrolidantibiotika och perorala glukokortikoider.

Inhalationssteroider bör erbjudas till alla barn med astma

För de yngsta barnen, till och med 5 års ålder, rekommenderas högdos inhalationssteroid periodiskt på steg 1, jämför rekommendationen för episodisk astma i Kloka listan 2023. Inhalationssteroid finns sedan med som underhållsbehandling på samtliga behandlingssteg. För barn från 6 års ålder rekom-

menderas, precis som för vuxna, fast kombination av inhalationssteroid och FABA vid behov redan på steg 1, vilket är en skillnad jämfört med Kloka listan 2023 som här har salbutamol vid behov. Steg 2 avviker från trappan för vuxna genom att underhållsbehandling med montelukast kan utgöra ett alternativ till inhalationssteroid. Från 12 års ålder är behandlingsrekommendationen mycket lik den för vuxna.

Ny behandlingstrappa vid KOL

Läkemedelsvalet vid KOL baseras på symtom och exacerbationsrisk enligt det koncept som utvecklats av GOLD och som också används i Kloka listan, men kombination av LAMA och LABA kommer in tidigare i den nya behandlingsrekommendationen från Läkemedelsverket.

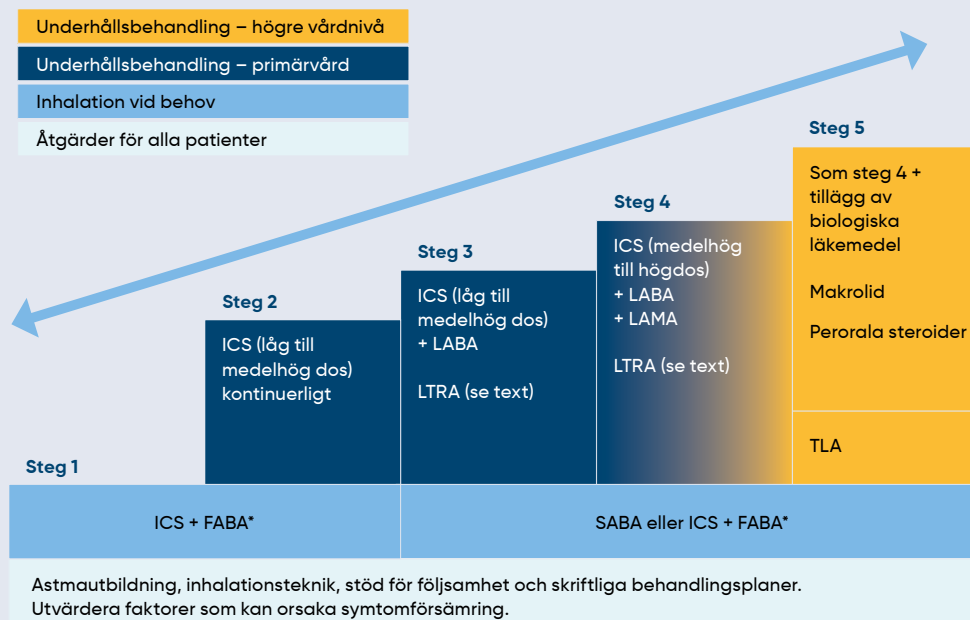
För patienter i kategori A, med lite symtom och låg exacerbationsrisk, rekommenderas steg 1–2. Steg 1 innebär icke-farmakologiska åtgärder. På steg 2 rekommenderas inhalede långverkande luftrörsvidgare, antingen antikolinergika (LAMA) eller beta-2-receptoragonister (LABA). På steg 3 för patienter i kategori B, med låg exacerbationsrisk, men mer symtom, rekommenderas LAMA och LABA. Nytt i behandlingsrekommendationen, liksom i GOLD 2023, är att de båda kategorierna med ökad exacerbationsrisk, C och D, sammansmälts till E och rekommenderas behandling på steg 4. LAMA och LABA rekommenderas där fortfarande, men vid upprepade exacerbationer kan dessutom tillägg övervägas. Roflumilast kan vara aktuellt vid FEV₁ < 50 procent av förväntat samt kronisk bronkit. Inhalationssteroid bör användas exempelvis vid tidigare astma.



Läs mer:

Ladda ner rapporterna på Läkemedelsverket, lakemedelsverket.se.

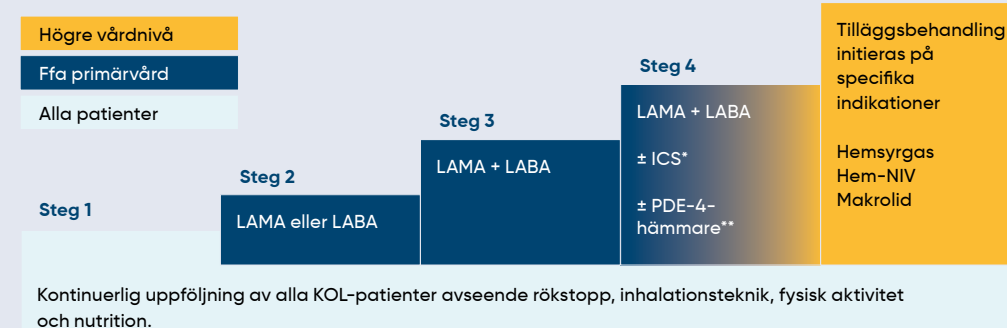
Figur 2. Behandlingstrappa för behandling av astma hos vuxna.



* FABA (Fast acting beta-2-receptor agonist) = Beta-2-receptoragonist med snabbt insättande effekt, med kort eller lång verkningsstid. I skrivande stund är de enda tillgängliga kombinationerna av FABA + ICS, formoterol med beklometason, formoterol med budesonid och formoterol med flutikason. Vid behovsbehandling med dessa kombinationer utan underhållsbehandling är i nuläget utanför godkänd indikation. För övriga förkortningar se Tabell I.

Behandlingsrekommendation: Astma hos barn och vuxna. Uppsala, Läkemedelsverket, mars 2023.

Figur 4. Behandlingstrappan KOL.



* ICS bör sättas in vid upprepade exacerbationer, se Tabell III.

** PDE-4-hämmare (roflumilast) kan prövas hos individer med FEV₁ < 50 % av förväntat värde och kronisk bronkit och upprepade exacerbationer trots behandling med LAMA + LABA.

Behandlingsrekommendation: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Uppsala, Läkemedelsverket, mars 2023.



Hur ska jag tänka vid insättning av allopurinol?

Flera av mina patienter med gikt är samtidigt multisjuka och har nedsatt njurfunktion. Hur ska jag tänka vid insättning av allopurinol och när ska jag sätta ut det? Eller ska jag avstå och välja ett annat preparat? Hur ska jag följa upp behandlingen?



Marika Kvarnström,
Med dr, överläkare,
Centrum för
reumatologi, Akademiskt
specialistcentrum, SLSO.
Ledamot i Region
Stockholms
läkemedelskommittés
expertgrupp för smärta och
reumatiska sjukdomar

Det går inte att vara exakt när det gäller multisjuka, ofta äldre, med nedsatt njurfunktion. Här kommer läkekonsten in tillsammans med din kunskap om just den här individen.

Allopurinol till multisjuka äldre med njurproblem ska användas med försiktighet. När eGFR ligger under 20 ml/min rekommenderar jag endast 100 mg per dag. I FASS står det 100 mg till 200 mg men använd 100 mg till denna känsliga patientgrupp. Jag tror att i de svåra fallen måste man konsultera reumatologen eller njurmedicin för att diskutera det enskilda fallet.

Hur jag tänker om profylaxbehandling mot giktattack vid insättande av uratsänkande behandling beror på samsjukligheten:

- Ej NSAID för patient med sänkt njurfunktion
- Om diabetes, ej prednisolon. Annars går det bra
- Om demens, ej kolkicin. Annars långtidsbehandling med kolkicin 0,5 mg dagligen.

Uppföljningen då? Det beror på hur sjuk patienten är men som riktmärke månadsvis tills inställningen fungerar. Kanske går det inte att uppnå anfallsfrihet på grund av att dosen allopurinol ej kan höjas till önskad nivå för att sänka uratvärdet.

Vad kan då mer göras?

- Välj vid hypertoni losartan till maxdos eftersom det sänker urat
- Undvik tiaziddiuretika
- Remiss till dietist



Gå över på NOAK i stället för LMH?

Jag satte in en patient med tromboflebit nära i ljumsken, nära djupa vensystemet, på LMH. Efter cirka två veckor och nytt ultraljud var trombosen fortfarande kvar. Jag ordinerade fortsatt behandling med LMH.

Efter tre veckor besökte patienten mig och ville absolut inte fortsätta med injektioner, tänkte sluta. Jag undrar om det är okej att gå över på NOAK i stället för LMH?



Eli Westerlund,
med dr, överläkare,
VO internmedicin
& Infektion/
Hemostascentrum,
Danderyds sjukhus.
Ledamot i Region
Stockholms
läkemedelskommittés
expertgrupp för
koagulationssjukdomar
och plasmaprodukter

Vid tromboflebit som sträcker sig <5 cm från inmyrning i djupa vensystemet rekommenderas fulldos lågmolekylärt heparin i 1–2 veckor. Sedan ges antingen lågmolekylärt heparin eller perorala antikoagulantia i halverad dos i ytterligare 4–6 veckor.

Jag vill här understryka att av de direktverkande orala antikoagulantia är det endast rivaroxaban 10 mg x1 som har utvärderats i en klinisk randomiserad studie.

Tromboflebit är en klinisk diagnos och vid den kliniska kontrollen efter 1–2 veckor är det endast kvarvarande rodnad, värmeökning och palpationsömheter över kärlsträngen som innebär att patienten inte har svarat på antikoagulantibehandlingen. Vad gäller ultraljudsfyndet med kvarvarande trombrester efter två veckor, så är detta ett förväntat fynd och inte ett tecken på behandlingssvikt. Ny ultraljudsundersökning under behandlingstiden med antikoagulantia rekommenderas endast om patienten får tilltagande symtom och statusfynd i benet. Då måste även blödning uteslutas.

Rent generellt gäller att om man fortfarande kan palpera en hård sträng över kärlet är det snarare ett resttillstånd som inte behöver vidare antikoagulantibehandling.

Miss a aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Region Stockholm

Patientsäkerhetsdagen

6 MARS 2024



Hur stärker vi patientsäkerheten?

Presentera förbättringsarbeten som ökat kvalitén
i vården, förebygger vårdskador och utvecklar
patientsamverkan. Tävla samtidigt om
Patientsäkerhetspriset.

LÄS MER OCH SKICKA IN ERT BIDRAG

patientsakerhetsdagen.se

Kontakt: patientsakerhetsdagen.hsf@regionstockholm.se

 **Region Stockholm**