

evidens

tema CANCER

Många behandlas utan effekt

Fler har behov av rehab efter cancer

Elinor Nemlander, distriktsläkare
och Kathrin Wode, överläkare onkologi:

”Även vanligaste cancerformerna ovanliga på vårdcentralen”

Ny podd om läkemedel

evidens #2.19
MEDICIN & LÄKEMEDEL

tema cancer



Tidig
upptäckt
av cancer
sker oftast
i primär-
vården

4

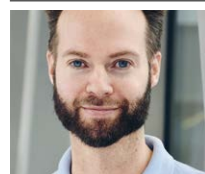
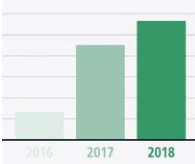
CaPrim tydliggör
primärvårdens
ansvar

12



Vissa
väntetider
har kortats

14



Stora framgångar
men många
behandlas
utan effekt

16

Fler har
behov av
rehab efter
cancer

20



Undvik alkohol
för att
undvika
cancer

22



Träning ska
vara en
del av
behandlingen

24



Tre
avancerade
val vid
Parkinson

26



Behandla
neuroborrelios
bara vid säker
diagnos

30



Uppmärksamma
flickorna
– de har sämre
astmakontroll

32



Priset på
ett liv
i ny podd
om läkemedel

36



Ansvarig utgivare: Gerd Lärfars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté
Redaktion: Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare
Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog
Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: janlarsson.se. E-post lakemedelskommitten@sll.se · www.janusinfo.se/evidens
Omslagsbild: Elinor Nemlander och Kathrin Wode. Foto Anna Molander. Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, maj 2019
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.

Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.

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



Medicinteknik och patient- samverkan i ny instruktion



FOTO ANNA MOLANDER

Region Stockholms nya politiska nämnd, Vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN), har nyligen beslutat att Region Stockholm från hösten 2019 ska arbeta i enlighet med en ny kunskapsstyrningsmodell. Arbetet med att ta fram denna modell har pågått i över ett och ett halvt år och skett tillsammans med många representanter ifrån nuvarande kunskapsorganisation. Beslutet innebär en stor omställning av vårt nuvarande arbetssätt med kunskapsfrågor, och att allt mer av praktiskt framtagande av vårdprogram och kunskapsstöd ska göras nationellt. Det nya arbetssättet ska successivt implementeras och utvecklas under kommande år. Den nya strukturen innebär att mer ansvar på implementering och förändringsarbete kommer att ligga nära vården och stödjas av våra tillkommande USV-enheter (Universitetsvårdsenheter). Förbättringsarbete ska i första hand faciliteras av Hälso- och sjukvårdsförvaltning. I stället för våra specialitetsråd kommer regionen att få ett antal regionala programområden och arbetsgrupper.

Att värdera medicinteknik är en utmaning

För läkemedelskommittén innebär detta att vi tillsammans med Region Gotlands läkemedelskommitté kommer att utgöra samverkansgrupp läkemedel och medicinteknik. Redan nu har vi ett bra samarbete med Gotland och detta kommer i och med förändringen att bli tydligare och utvecklas. Däremot innebär uppdraget med att arbeta med

medicinteknik ett stort och nytt steg för kommittén. Medicinteknik är ett enormt stort område och består av allt ifrån stora fasta installationer som kirurgirobotar till patientnära produkter som dagboksappar. Den första utmaningen blir att inventera området och tydliggöra vilken medicinteknik som kan tänkas omfattas av läkemedelskommitténs uppdrag. I en ny instruktion har uppdraget definierats som läkemedelsnära produkter, alltså medicinteknik som används istället för eller tillsammans med en läkemedelsbehandling.

Tillsammans blir det bättre

Ett annat uppdrag som har lyfts fram i den nya instruktionen är målsättningen att utveckla patient-samverkan. Läkemedelskommittén har sedan flera år ett brukarråd, med bred representation. Vi vill nu tillsammans med brukarrådet ta fram nya arbets-sätt för att mer involvera patienter i vårt arbete. Vi vet att vår målsättning med läkemedel "Rätt läkemedel i rätt dos till rätt patient och i rätt tid till rätt pris" bara kan bli effektivare, bättre och mer framgångsrik om vi gör det tillsammans med våra patienter.

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

Tidig upptäckt av cancer sker oftast i primärvården

En utredning om cancer startar i primärvården för sju av tio patienter som får en cancerdiagnos. Den stora utmaningen på vårdcentralen är att identifiera de fåtal patienter som har en potentiellt farlig sjukdom bland alla som söker för olika symtom.

Kathrin Wode

överläkare onkologi, RCC Stockholm Gotland och Karolinska universitetssjukhuset

Elinor Nemlander

distriktsläkare Gröndals vårdcentral och vårdutvecklingsledare CaPrim, Akademiskt primärvårdscentrum, medlem i SPESAM Cancersjukdomar, Viss, primärvårdsrepresentant Nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer

Gunnar Steineck

professor, Klinisk Cancerepidemiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Kathrin Wode och Elinor Nemlander

Ungefär hälften av patienter som senare visar sig ha en cancerdiagnos debuterar med alarmsymtom som till exempel knöl i ett bröst där man direkt fattar misstanke om en specifik cancer. Andra hälften söker med ospecifika symtom som trötthet eller viktnedgång. Både alarmsymtom och ospecifika symtom som skulle kunna bero på cancer är vanliga i befolkningen och därmed på en vårdcentral. Majoriteten av dessa personer har inte cancer.

Cancer är en växande folksjukdom både nationellt och internationellt. År 2016 fick över 60 000 människor i Sverige ett cancerbesked och cirka vart fjärde dödsfall har orsakats av cancer. Man räknar med att minst var tredje person kommer att få en cancerdiagnos under sin livstid.

Antalet människor som lever med cancer förväntas fördubblas till år 2030, framförallt på grund av en växande och åldrande befolkning, men även tack vare behandlingsframsteg.

Bröst- och prostatacancer är de vanligaste cancerformerna i Sverige och utgör 30 procent av kvinnlig respektive manlig cancer. Tjocktarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen hos män respektive kvinnor och lungcancer den sjätte vanligaste cancerformen hos män och den fjärde vanligaste hos kvinnor. Lungcancer är den cancerform som flest dör av i Sverige.

År 2009 utformade regeringen en nationell cancerstrategi och sex Regionala Cancer Centrum, RCC, grundades. Åren 2015–2018 genomfördes en nationell satsning på cancervården av regeringen och Sveriges kommuner och landsting, SKL.

Studier har visat att patienters sökfrequens ofta ökar månaderna före en cancerdiagnos

Antalet människor som lever med cancer förväntas fördubblas till år 2030.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) infördes för att förkorta och effektivisera utredning fram till start av behandling i syfte att utjämna regionala skillnader.

SVF innebär att patienter som uppvisar symtom som skulle kunna bero på cancer genomgår en standardiserad utredning med definierade steg och ledtider. Detta innebär ett delvis förändrat arbetssätt då dessa utredningar tidigare till stor del sköts inom primärvården. Nu ska en patient som uppfyller kriterier för välgrundad misstanke om cancer remitteras i ett standardiserat snabbspår till sekundärvården för vidare utredning. Vad som ska ingå i SVF bestäms i multiprofessionella nationella vårdprogramgrupper, och ges ut som nationella vårdprogram. Anpassad information för Region Stockholms primärvård publiceras på Viss.nu. Vid oklarheter kan man även som vårdpersonal alltid få vägledning av Cancerrådgivningen.

En distriktsläkare bör i genomsnitt varje år hitta:

1,54 nytt fall av prostatacancer
1,96 nytt fall av bröstcancer
1,47 nytt fall av kolorektalcancer
0,78 nytt fall av lungcancer

Även de vanligaste cancerformerna är ovanliga på vårdcentralen. För att ge en fingervisning om hur få nya cancerfall en distriktsläkare ser i genomsnitt på ett år visas nedan siffror från 2017 för de vanligaste cancerdiagnoserna i Stockholm-Gotland. Vi har räknat om incidensen till incidens per 2 000 individer per år motsvarande faktisk liststorlek för många distriktsläkare i Stockholm. Siffrorna förutsätter att distriktsläkaren arbetar heltid och att patientlistans sammansättning motsvarar ett genomsnitt av hela Stockholms befolkning.

Kunskapen om cancersymtom härstammar ofta från forskning i sekundärvården där patienterna är en selekterad grupp och där det oftast har gått längre tid sedan debut av symtomen. Patienter i primärvården behöver inte nödvändigtvis visa upp samma symtom. Studier har visat att patienters sökfrequens ofta ökar månaderna före en cancerdiagnos. För att fånga denna ökande besöksfrekvens är kontinuitet och kännedom om patienterna en viktig förutsättning för tidig upptäckt i primärvården.

Det finns ett SVF för utredning av patienter som söker för allvarliga ospecifika symtom som skulle kunna bero på cancer men där symtomen inte tyder på någon specifik cancer. Efter en fördjupad anamnes, grundlig kroppsun- dersökning och standardiserad laboratorieutredning remitteras då patienten till ett av Stockholms två diagnostiska centrum. De tar





även emot patienter med misstänkt cancermetastas där primärtumören inte är känd.

De årligen reviderade nationella vårdprogrammen listar kriterier för misstanke och välgrundad misstanke och syftar till att hjälpa distriktsläkaren att hitta de patienter som ska utredas enligt SVF. Det är bara patienter som uppfyller minst ett kriterium för välgrundad misstanke som ska remitteras i snabbspåret med en SVF-märkt remiss till förutbestämda mottagare inom sekundärvården.

Bröstcancer

För *välgrundad misstanke* om bröstcancer krävs minst ett statusfynd och ska då föranleda en SVF-märkt mammografiremiss till ett av Stockholms tre bröstcentra för vidare utredning.

Hormonreceptornegativ bröstcancer har högst risk för recidiv tidigt efter cancerbehandlingen, oftast inom tre år. Vid hormonreceptorpositiv bröstcancer är recidivriskerna lägre årligen men kvarstår under en mycket lång tid, 15–20 år. Bröstcancer som sprider sig utanför bröst- och axillregionen är inte botbar men tack vare nya behandlingar kan många patienter leva länge med metastaserad sjukdom. Vanliga metastaslokaler är skelett, lunga, lever, lymfkörtlar, hud och centrala nervsystemet. Distriktsläkare ska vara uppmärksamma på nyttillkommen smärta, långdragen hosta, dyspné, sjukdomskänsla, huvudvärk och vikttnedgång hos en patient med en tidigare bröstcancer.

Välgrundad misstanke om bröstcancer föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- Suspekt knöl i bröstet (det vill säga det finns en palpabel knöl och den är malignitetsmisstänkt)
- Suspekt knöl i armhålan hos kvinnor (det vill säga det finns en palpabel knöl och den är malignitetsmisstänkt)
- Ändrad kontur på bröstet
- Nyttillkommen indragen bröstvårta
- Rodnad eller svullnad på huden över bröstet utan annan förklaring
- Blodig sekretion från enstaka mjölkgång
- Ensidigt eksem på bröstvårtan
- Sårbildning på bröstvårtan eller i anslutning till bröstkörtlarna
- Nyttillkommen apelsinskalsliknande hud
- Återkallade för klinisk undersökning efter screening (som utfallit med kod 3, 4 eller 5)
- Fynd vid bilddiagnostik talande för bröstcancer

Prostatacancer

Prostatacancer ger oftast inga symtom förrän sent i sjukdomsförloppet, men kan ge miktions-svårigheter såsom vid benign prostataförstoring. Tumören växer ofta länge lokalt. Vanliga lokaler för metastaser är lymfkörtlar, skelett, lever och lunga. Undersökning görs med blodprovstagning av PSA (prostata-specifikt antigen) och palpation av prostatan. Förhöjt värde av PSA eller palpabel knöl föranleder SVF-utredning. Testosteron-5-alfa-reduktashämmare som ges mot benign prostataförstoring halverar normalt PSA-värdet. Om PSA inte halveras eller om värdet ökar efter insättning är cancerrisken stor och patienten bör remitteras

Välgrundad misstanke om prostatacancer föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- PSA över gränsvärdet, se Viss.nu
- Malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- Urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi

till urolog. Män som önskar ta sitt PSA utan att ha herediterat eller symtom bör få en grundlig skriftlig (Socialstyrelsens broschyr) och muntlig information om för- och nackdelarna med PSA-provet. Det är viktigt att förstå att även om ett fåtal män har nytta av att diagnostiseras tidigt för att kunna bota sjukdomen, så kommer det stora flertalet riskera att få diagnosen prostatacancer som inte förkortar deras livslängd, men som riskerar att ge biverkningar i form av psykisk ohälsa, påverkad sexualitet och ökade vattenkastningsbesvär. Region Stockholm diskuterar nu att erbjuda män ett program för *strukturerad prostatacancer testning*.

Efter en prostatacancerdiagnos och behandling följs patienterna först i sekundärvården och återremitteras till primärvården olika fort beroende på erhållen behandling och recidivrisk.

Alla patienter som fått kurativt syftande behandling ska därefter ha omätbara PSA-värden. Det är viktigt att distriktsläkaren reagerar vid ett stigande PSA och inte väntar på patologiska värden enligt referenslistor då patienten då inte längre går att bota.

Tjock- och ändtarmscancer

Förändring av tidigare stabila avföringsvanor mer än fyra veckor utan annan förklaring hos patienter över 50 år, blod i avföringen eller anemi utan

annan förklaring ska inge misstanke om tjock- och ändtarmscancer. Patienten ska då undersökas med rektalpalpation, prokto- eller rektoskopi samt genomgå anemiutredning på vårdcentralen.

Ändrade avföringsvanor i kombination med anemi eller blod i avföringen ger välgrundad misstanke om tjock- och ändtarmscancer och patienten ska skickas för koloskopi till endoskopimottagning i öppenvården enligt SVF.

Efter cancerbehandling återremitteras patienten så småningom till distriktsläkare för koloskopi-kontroller med datum för när nästa koloskopi bör ske. Som standard utförs kontrollkoloskopier vart femte år upp till 75–80 års ålder. Tjock- och ändtarmscancer kan både recidivera lokalt i tarmen och ge symtom som vid nysjuknande eller recidivera med metastaser vanligen till lever, peritoneum eller lunga. Viktigt är att även metastaserad tjock- och ändtarmscancer kan vara botbar och dessa patienter ska remitteras till sekundärvården.

Välgrundad misstanke om tjock- och ändtarmscancer föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- Synligt blod i avföringen där rektalpalpation och rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningskvarstår efter fyra veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla)
- Blödningsanemi utan annan uppenbar orsak
- Fynd vid rektoskopi/proktoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer
- Fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer

Lungcancer

Lungcancer ska misstänkas hos en patient med nytillkomna luftvägssymtom som till exempel hosta eller andnöd i mer än sex veckor hos rökare eller före detta rökare som är över 40 år. Det ska även misstänkas vid bröst- eller skulderrmärta utan annan förklaring eller vid blodig upphostning. Dessa patienter ska remitteras till en lungrentgen eller en datortomografi av bröstskogen med frågeställning lungcancer. Välgrundad misstanke som föranleder SVF-märkt remiss till Lungonkologiskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset föreligger vid upprepad blodig upphostning eller vid fynd på bilddiagnostik som ger misstanke om lungcancer.

Även om den totala dödligheten i lungcancer är hög, så är prognosen betydligt bättre om sjukdomen diagnosticeras i ett tidigt stadium. Efter diagnos följs patienterna vanligen på en lungmedicinsk specialistklinik.

Det är viktigt att komma ihåg att även om tobaksrökning är den viktigaste orsaken till lung-

Välgrundad misstanke om lungcancer föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- Fynd vid bilddiagnostik som ger misstanke om lungcancer
- Metastasfynd som ger misstanke om lungcancer
- Upprepad blodig hosta utan annan uppenbar orsak vid normal lungrentgen
- Obstruktion av vena cava superior (nyttillkommen svullnad hals eller ansikte)
- Recurrenspares (vanligen konstaterad av ÖNH-läkare vid utredning av heshet)

cancer så kan även icke-rökare och yngre drabbas av lungcancer. Detta uppmärksammades nyligen i en debattartikel i Svenska Dagbladet (10 februari 2019) och har föranlett att kunskapsteamet för cancer i primärvården (CaPrim) har ställt frågan till nationella vårdprogramgruppen om det finns evidens och skäl för att ändra kriterier för vad som ska föranleda misstanke om lungcancer.

Canceröverlevare, följsjukdomar och följd-tillstånd i primärvården

Kirurgi, strålbehandling och cancerläkemedel skadar normal vävnad och sätter igång patofysiologiska processer som ibland kan vara livslånga eller ge upphov till följd-tillstånd (ibland kallade seneffekter).

När en canceröverlevare söker primärvården kan det vara en utmaning att hitta fram till cancerbehandlingen i anamnesen. Utredningen syftar till att skilja ut återfall i cancersjukdom samt oberoende samsjuklighet från manifestationer av följsjukdomar och följd-tillstånd till cancerbehandlingen.

Sexuell hälsa

Hos män ses nedsatt styvhet och uthållighet vid erektion, utebliven orgasm, smärta vid orgasm samt ett stort urinläckage vid orgasm. Hos kvinnor ses nedsatt lubrication och nedsatt vaginal elasticitet liksom utebliven orgasm.

Lymfödem

Lymfödem i benen och olika smärttillstånd ses i ökad förekomst hos canceröverlevare.

Läs mer

Mer information om standardiserade vårdförlopp, vårdprogram och cancerrådgivning finns på www.cancercentrum.se/stockholm-gotland

Se www.viss.nu om cancersjukdomar

Information för egenvård finns på <https://eftercancer.se> som ges ut av Sahlgrenska universitetssjukhuset.



Gunnar Steineck

Tarmhälsa

I stort sett alla patienter som strålbehandlas för en tumör i lilla bäckenet har en förändrad tarmhälsa. Symtomen kan grupperas i ett läckagesyndrom, ett trängningssyndrom, en ökad slemproduktion, okontrollerad flatulens samt blödning analt. Viktigt att känna igen är även strålningsinducerad gallsaltsdiarré och bakteriell överväxt från tjocktarmen till tunntarmen. Överlevare efter rektalcancer har ett syndrom som kallas LARS, Lower Anterior Resection Syndrome.

Utredningen bör ske i samarbete med en specialintresserad gastroenterolog eller kirurg; oftast är en sigmoideoskopi eller koloskopi indicerad. Efter avslutad utredning kan symtomatisk behandling vara motiverad. Stabilisering av avföringens konsistens med exempelvis sterkulingummi kan ha god effekt. Läkemedel som är uppstoppande (t ex loperamid) eller motverkar flatulens (t ex dimetikon) kan vara aktuella liksom gallsaltsbindande läkemedel (kolestyramin eller kolestipol) eller antibiotika (vid misstanke om överväxt av bakterier från tjocktarm till tunntarm). Omläggning av kosten hjälper många.

CaPrim

tydliggör primärvårdens ansvar



Primärvårdsteamet CaPrim vann Region Stockholms Gyllene Äpple för att ha byggt en bro mellan vårdgivare genom kunskapsspridning. Grattis, Eliya Syed, distriktsläkare vid Helsa vårdcentral Sundbyberg och en del av CaPrim! Hur har ni jobbat?

– Vi har utbildat om cancer och de standardiserade vårdförloppen på drygt 150 vårdcentraler och på träffar med distriktsläkare och distriktsköterskor. Vi har uppdaterat information om vårdförloppen på Viss.nu och representerat primärvården i regionala och nationella vårdprogramgrupper. Vi har också tagit fram mallar för remisser i journal-systemet för kolorektalcancer och bröstcancer.

– Från början var uppdraget att informera primärvårdspersonal om SVF, men när vi ser och får höra om saker som inte fungerar så arbetar vi även med att lösa de problemen. Uppdraget i primärvården

gäller inte bara den initiala utredningen utan hela vårdkedjan, även rehabilitering.

Varför remisser just för kolorektal- och bröstcancer?

– Vi började med dem för att de är vanliga cancerdiagnoser. Remisserna kan underlätta arbetet med SVF och göra det tydligt vilka kriterier som är uppfyllda. Om ett av kriterierna är uppfyllt måste sekundärvården ta sig an patienten. När vårdprogrammet för kolorektalcancer ändrades

Har du sett något som inte funkar?

CaPrim arbetar ständigt med att förbättra förloppen för cancer. I teamet ingår läkare, distriktsköterskor, kurator/socionom och fysioterapeut/lymfterapeut. Om du som arbetar i primärvården har idéer på något som behöver utvecklas för att bli tydligare i ett SVF, mejla Eliya Syed, direkt. eliya.syed@sll.se

vid årsskiftet behövde vi ta bort förändrade avföringsvanor som ett kriterium ur remissen. För bröstcancer var det tidigare så att vissa läkare remitterade direkt till bröstcentrum medan andra remitterade till mammografi först. När vi tog fram SVF-remissen för bröstcancer var det en konsultationsremiss som gick direkt till ett bröstcentrum, men flödet gick oftast via mammografi. Det fanns en osäkerhet om hur man skulle hantera det, och vem som fick svaret. Därför har en ny SVF-remiss för mammografi tagits fram.

– Lungecancer är nästa cancerdiagnos där vi tror att en remiss kan hjälpa till att underlätta i flödet.

Vad är nästa steg i CaPrims arbete?

– Vi vill arbeta ännu mer med att förbättra samverkan mellan primär- och sekundärvård. Och det finns flera vårdförlopp som vi ser att vi kan anpassa och förbättra för att få en mer jämlik och bättre vård. Det gäller till exempel cancer i urinblåsa eller lunga, men även vid allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer.

– För mig som distriktsläkare är SVF en möjlighet att göra det tydligt vem som tar ansvar för nästa led. Äntligen vet vi hur vi ska göra för att de här patienterna med misstänkt allvarlig sjukdom ska tas om hand på bästa sätt.

Karin Nordin



Eliya Syed



CaPrim-teamet från vänster, bakre raden: Sarah Eklöf, Camilla Svensson, Marie Nilsson, Elinor Nemlander, Pia Klernäs, Eliya Syed. Främre raden: Nazmije Kelmendi, Åsa Gisel. Saknas på bilden gör Panos Papachristou.

Vissa väntetider har kortats

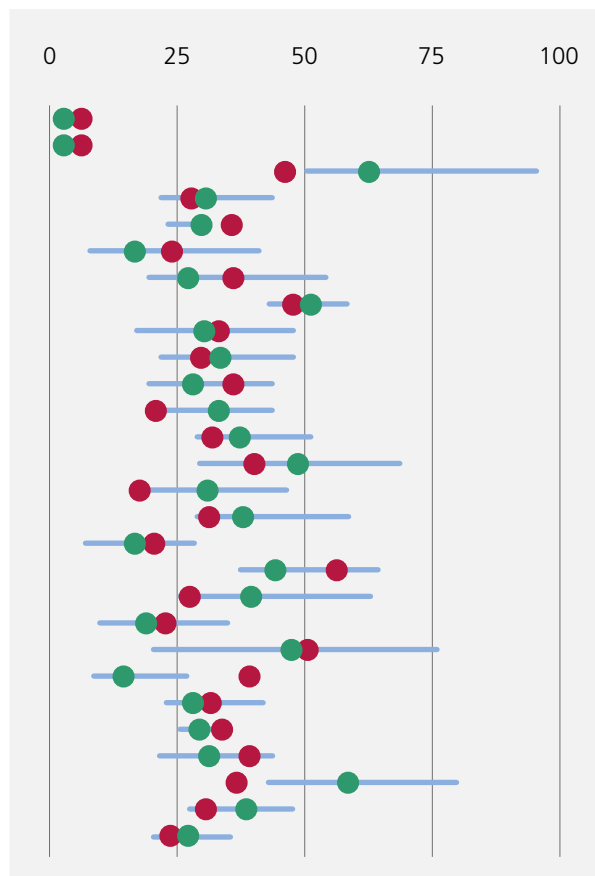
I RIKET HAR FLER ÄN 270 000 personer remitterats till standardiserade vårdförlopp under fyra år enligt en rapport från Socialstyrelsen.

Andelen förlopp som startat behandling inom den nationellt satta ledtiden för SVF varierar

mellan 92% (akut lymfatisk leukemi) och 12% (livmoderhalscancer) i Sverige. För flera cancerformer har väntetiderna kortats med hjälp av SVF. För några enstaka cancerformer har väntetiderna blivit längre.

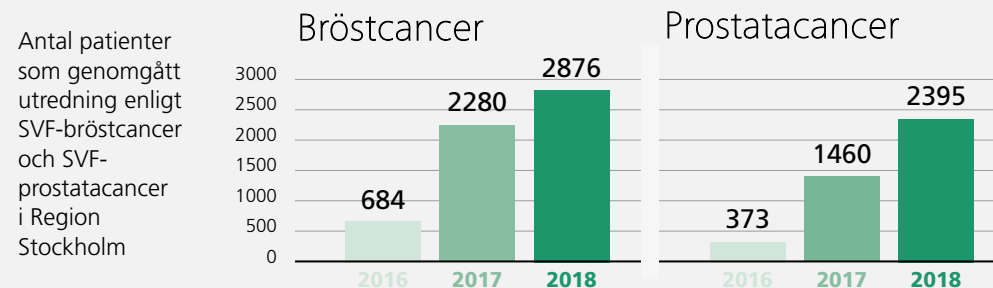
Ledtider SVF Andel patienter inom maximal ledtid

SVF	Max ledtid	Totalt antal	Andel inom max ledtid
ALL lm	6	13	85
AML lm	6	44	77
Anal strålb	46	32	9
Bröst kir	28	1238	45
Buosp.körtel kir/bas	36	59	78
CUP symtomlindr/bas	24	16	63
Galla kir/bas	36	23	65
Hjärna strålb/högmal	48	75	43
Hud kir	33	505	54
Huvud-hals kir	30	170	45
Lever kir/bas	36	41	71
Livmoderhals kir	21	46	22
Livmoderkropp kir	32	171	33
Lunga lm	40	346	38
Lymfom lm	18	168	21
Matstrupe-mage lm	31	80	29
Myelom lm	20	107	58
Neuroend baktumör kir	56	10	80
Njure kir/bas	27	114	27
Ospec.symt diagnos	22	61	56
Prostata lm	50	251	57
Skelett-mjukd.sarkom	39	73	93
Sköldkörtel kir	31	100	61
Testikel onk.besök	34	51	75
Tjock-ändtarm kir/bas	39	568	71
Urinblåsa lm	37	54	15
Vulva-kir	30	30	27
Aggstock kir	24	136	45

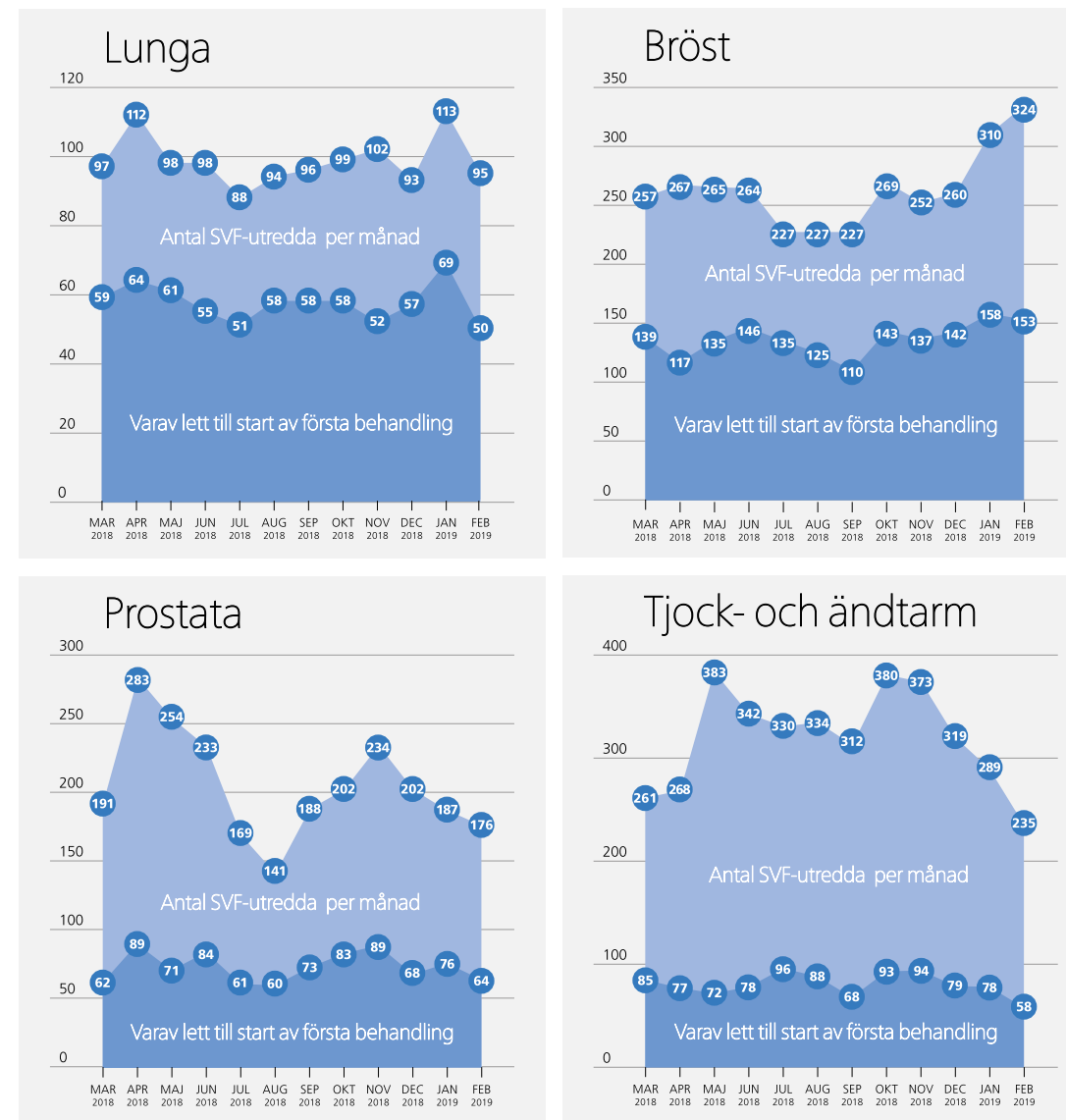


Helår 2018 – RCC Stockholm Gotland

— 20% – 80% ● Median ● Max ledtid



Antal SVF-utredda patienter per månad, samt andel som startat cancerbehandling. RCC Stockholm Gotland



Johan Falkenius

med dr, biträdande överläkare onkologi, PO Huvud Hals Lunga Hud, Karolinska universitetssjukhuset. Sedan årsskiftet ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för onkologiska och hematologiska sjukdomar.

Varför onkologi?

”Det är spännande. Jag tycker om det multidisciplinära samarbetet med andra specialiteter och den dynamiska utvecklingen inom terapiområdet. Som onkolog får man en speciell kontakt med patienterna och det handlar om existentiella frågor. Man får möjlighet att följa patienterna på en livsviktig resa, inte sällan till slutet, men glädjande nog allt oftare till ett behandlingsavslut tack vare en lyckad behandling.”

Vad sätter du fokus på som ny ordförande?

”Jämlig sjukvård och analys av hur vi använder läkemedel för att uppnå jämlig sjukvård.”

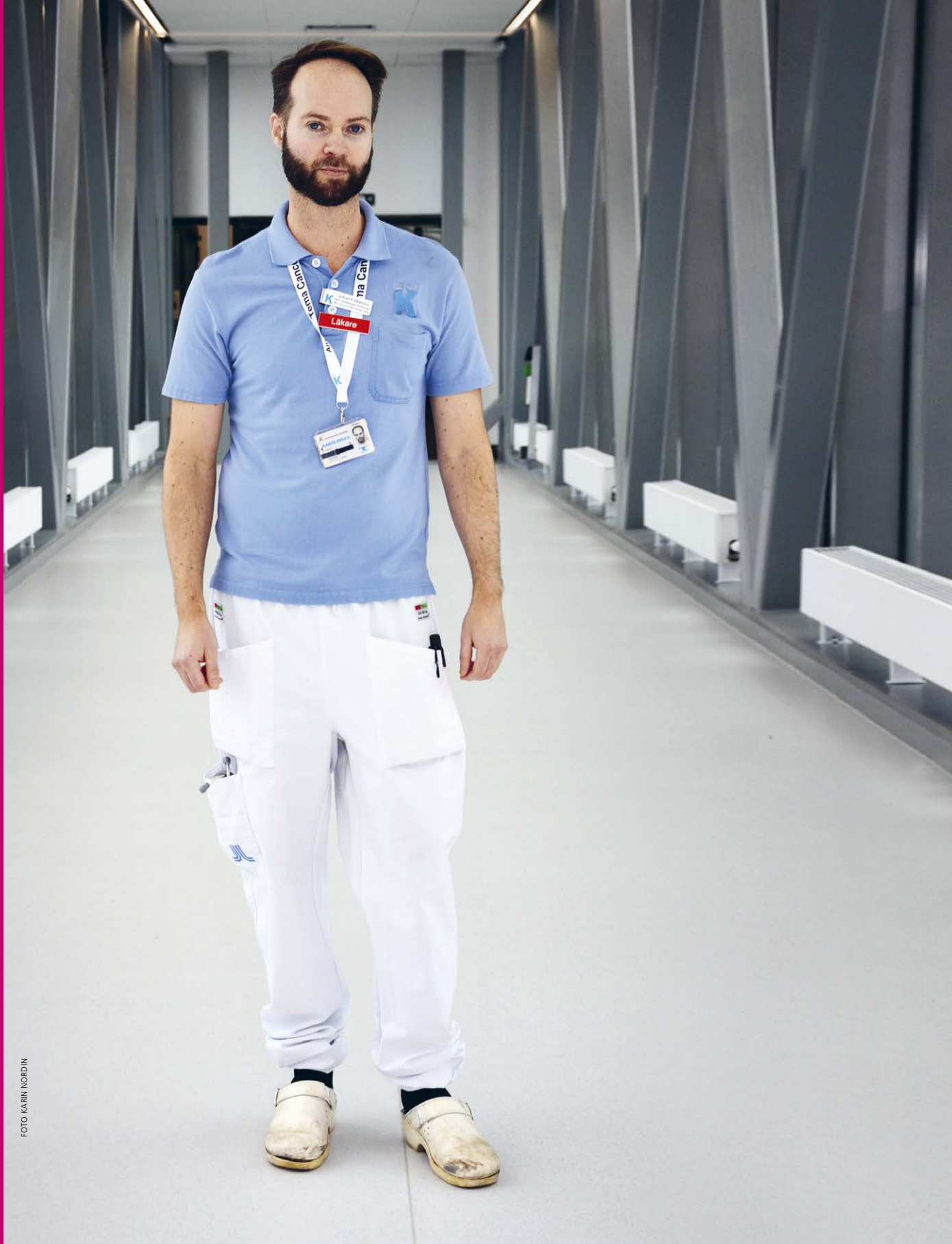


FOTO KARIN NORDIN

Stora framsteg men många behandlas utan effekt

Överlevnaden i cancer har ökat kraftigt och idag är nästan sju av tio som fått en cancerdiagnos vid liv tio år senare. Men ett stort antal av de som behandlas med cancerläkemedel får ingen positiv effekt. Bättre uppföljning i register ska skapa en mer jämlig cancervård och öka förutsättningarna för effektiv och individualiserad behandling, menar Johan Falkenius, nyutträd ordförande i expertrådet.

Nya läkemedel vid cancer har inneburit fantastiska framsteg. Idag pratar vi till exempel om femårsöverlevnad vid metastaserat malignt melanom, och det fanns ju knappt som begrepp tidigare. Men nu har 30 procent av dessa patienter en femårsöverlevnad. Jag är fortfarande försiktig med att tala om bot med mina patienter, men efter fem år släpper vi kontrollerna, säger Johan Falkenius, med dr, biträdande överläkare onkologi, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i läkemedelskommitténs expertråd för onkologiska och hematologiska sjukdomar.

Målsökande läkemedel som slår mot en viss mutation har funnits sedan millennieskiftet. De innebär till exempel att patienter med lungcancer och ett visst genuttryck kan leva i flera år med terapi. De nya immunterapierna som har kommit de senaste åren har helt förändrat behandlingen av framför allt malignt melanom men även andra typer av cancer. Upptäckten av mekanismen bakom de immunpåverkande checkpointhämmarna av typen PD1-, PD-L1- och CTLA-4-hämmare belönades med nobelpriset i medicin förra året.

Men skillnaderna i behandlingseffekter vid olika typer av cancer är fortsatt stora. Det är de också för olika individer med samma typ av cancer. I de studier som ligger till grund för godkännande av immunologiska checkpointhämmare har var femte patient med lungcancer effekt av de här läkemedlen och drygt hälften av patienterna med malignt melanom. Bilden stämmer väl överens med en sammanställning som Johan Falkenius gjort av användningen av dessa läkemedel från det stockholmsbaserade kvalitetsregistret för cancer.

– Hälften får effekt vid melanom, men det är ändå mycket jämfört med tidigare, säger han.

Svårt förutsäga nytta

Problemet är att det i stor utsträckning saknas effektiva markörer för att i förväg avgöra vilken patient som kommer att ha nytta av ett visst läkemedel. Därför måste ett stort antal patienter utsättas för ineffektiv behandling med samtidig risk för biverkningar. Läkemedlen är ofta högt

prissatta vilket innebär att samhället betalar dyrt även för läkemedel utan effekt. Johan Falkenius tycker att läkemedelsindustrin borde kunna ta fram fler markörer som kan underlätta en individualiserad behandling. Men även vården kan bidra.

– Det är jätteviktigt att vi i vården arbetar med uppföljning i register. Då får vi data om hur de här nya läkemedlen fungerar i rutinsjukvård och under lång tid. Det innebär att vi kommer att bli bättre på att förstå vilka patienter som har nytta av dem.

Nu görs en satsning på en nationell struktur för kvalitetsregister i cancervården. De regionala register som finns idag kommer att anpassas till den nya strukturen, så att uppföljningar kan göras med samma typ av information från hela landet.

– Vi strävar efter jämlik cancervård där de nya läkemedlen introduceras på samma sätt över hela landet. Med registren kan vi uppmärksamma regionala skillnader.

Inflammation kan vara biverkning

Fler än 700 personer har fått behandling med immunterapi mot cancer i Stockholm. PD-1-hämmare och PD-L1-hämmare är generellt väl tolererade i monoterapi. Men risken för allvarliga immunrelaterade biverkningar är betydligt större när dessa kombineras med CTLA-4-hämmare.

– Det har blivit vanligare med kombinationsbehandlingar och de här patienterna, som kanske behandlas under flera år med immunterapi, kan dyka upp på akutmottagningar eller i primärvården med symtom som kolit eller hög feber. Det kan då vara frågan om inflammation i något organ och det kan vara lätt att misstolka symtomen som till exempel en sepsis, säger Johan Falkenius.

Tidigare behandling

En trend inom onkologin är att godkända behandlingar används tidigare i behandlingslinjen, till exempel att de flyttas från andra linjens till första linjens terapi. Det har ibland visat sig ge större effekt av läkemedlen.

– Nästa steg i utvecklingen är större fokus på behandling i tidigare sjukdomsstadium för att

minska risken för recidiv efter kirurgi, så kallad adjuvant behandling. Vi har till exempel nyligen börjat med adjuvant terapi med immuncheckpointhämmare vid melanom. Utvecklingen går nu också mot systemisk behandling redan innan kirurgi. Det är något som idag är etablerat vid lokalt avancerad bröstcancer och som benämns neoadjuvant behandling.

Karin Nordin

CAR T

CAR T-cellsterapier medför ett nytt immunologiskt koncept för behandling av blodcancer av typen storcelligt B-cellslymfom och akut lymfatisk leukemi.

Behandlingarna innebär att immunceller tas ut ur patientens kropp, modifieras genetiskt och sedan återförs till patienten. De modifierade cellerna kallas CAR T-celler och känner igen proteinet CD19 som finns på ytan av B-celler och tumörceller. När CAR T-celler binder till CD19 leder det till att cellen som uttrycker CD19 dör.

Relativ 5- och 10-årsöverlevnad

Cancer	5-års- överlevnad män	5-års- överlevnad kvinnor	10-års- överlevnad män	10-års- överlevnad kvinnor
Akut leukemi	39	35	37	33
Myelom	54	48	26	25
Bröst	86	92	74	86
Bukspottkörtel	8	8	6	6
Hjärna, nervsystem	50	69	45	65
Malignt melanom	91	95	86	93
Livmoderhals		76		70
Lunga	17	24	11	17
Prostata	93		88	
Tjocktarm	64	68	58	63
Total	75	74	69	69

Statistik 2016. Källa: Socialstyrelsen, Cancerfonden: Cancer i siffror 2018. Den relativa överlevnaden beskriver hur stor andel av cancerpatienterna som fortfarande är i livet efter fem respektive tio år, jämfört med en jämförbar grupp människor avseende kön och ålder i befolkningen. Siffrorna gäller alla tumörstadium, det vill säga både icke-spridd och metastaserad sjukdom. Siffror i procent.

Fler har behov av **rehab** efter cancer

4 frågor till
Maria Hellbom
med dr, leg psykolog
och verksamhetschef
Centrum för cancer-
rehabilitering,
SLSO



Under förra året fördubblades antalet besök till Centrum för cancerrehabilitering, SLSO. Är behovet mättat nu?

– Nej, det tror jag inte. Det här är en ny typ av verksamhet och trots att vi har funnits i drygt två år är den fortfarande ganska okänd. Idag får vi 100–120 remisser i månaden och det är inte ett jättehøgt flöde med tanke på hur många cancerberörda det finns och vilka sena effekter och följsjukdomar de har. Det är i och för sig lika många som till motsvarande verksamhet i Köpenhamn och de borde ju statistiskt sett få många fler remisser än vi.

Vilka patienter vill ni träffa?

– Vi tar emot patienter som genomgår eller har avslutat cancerbehandling. Behovet av rehabilitering ska vara större än bara egenvårdsråd eller en önskan om att komma igång och röra på sig. Rehab för bäckenbottencancer med komplikationer som inkontinens och sexuella problem är ett exempel. Många av våra patienter behöver en kombination av åtgärder. Det kan bland annat handla om att arbeta med fatigue, stress, ångest, arbetsåtergång och möjligheten att hitta tillbaka till en fungerande vardag med bra levnadsvanor.

Varför specialiserad rehabilitering?

– Många har en föreställning om att det som är jobbigt med cancer är diagnos och behandling.

Så fort behandlingen är avslutad ska allt vara som vanligt igen, som innan cancer. För en del blir det istället som en ny kris efter behandlingen och det innebär att det blir särskilda förutsättningar för rehabiliteringen. Vi som jobbar här kan cancersjukdomar och de sena effekterna av behandling. Dessutom har vi samverkan med storsjukhusen i regionen och upparbetade kanaler, till exempel vid recidiv. Men det är viktigt att patienten hamnar rätt och vi hänvisar till exempel till generell stressrehabilitering eller smärtrehab om vi bedömer att det är bättre för en enskild patient. Patienter som haft bröstcancer och enbart behöver en lymfterapi behöver ju inte heller gå via oss. Vi har också goda kontakter med primärvårdsrehab och kan hänvisa dit om det inte har någon betydelse att besvären orsakats just av cancer.

Patienten kan själv kontakta er. Hur många gör det?

– Mellan 20 och 30 procent av patienterna. Men det absolut bästa är att komma hit via remiss eftersom vi då får bra information. Vi svarar på alla remisser. När vi tar emot patienter lägger vi upp en rehabiliteringsplan och efter avslutad rehabiliteringsperiod skickar vi ett kompletterande remissvar. Då har alla parter information om vilka åtgärder som satts in.

Karin Nordin

Centrum för cancerrehabilitering

En multiprofessionell verksamhet med tre team:

- Rehabilitering specialiserad på cancer
- Bäckencancerrehabiliteringsteam
- Uppföljningsmottagning för vuxna som har haft cancer i barndomen

Finns på telefon 08-123 676 00,
cancerrehabilitering.kontakt@sll.se
www.rehabcancer.se/for-vardgivare

Undvik alkohol för att undvika cancer



Kvinnor:

En flaska vin per vecka är associerad med en ökad absolut livstidsrisk för cancer jämförbar med den ökade risken av tio cigaretter per vecka.

Män:

En flaska vin per vecka är associerad med en ökad absolut livstidsrisk för cancer jämförbar med den ökade risken av fem cigaretter per vecka.

Källa: Hydes TJ et al. A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco: how many cigarettes are there in a bottle of wine? BMC Public Health. 2019 Mar 28;19(1):316.

Cancer är ett "teachable moment". Använd det för att hjälpa patienter och närstående att förändra sina alkoholvanor, menar Lena Sharp, med dr, specialistsjuksköterska.

Alkohol kan orsaka åtminstone sju olika typer av cancer: i munnen, matstrupen, strupen, levern, tarmen och bröstet. Mellan 5 och 12 procent av alla cancerfall är vållade av alkohol.

– Enligt rekommendationer från EU, WHO och de stora cancerorganisationerna ska man avstå helt från alkohol för att minska risken för cancer. Om det inte är möjligt med total avhållsamhet bör

konsumtionen av alkohol ändå vara så låg som möjligt, säger Lena Sharp som också är tillförordnad chef för RCC Stockholm Gotland.

När hon föreläste under Onkologidagarna som arrangeras av Svensk onkologisk förening och Föreningen sjuksköterskor i cancervård, förde hon fram bekymret med att det finns ett motstånd hos vårdpersonal att prata med patienter om alkoholvanor relaterat till cancer.

– Det liknar det motstånd som tidigare fanns för att prata om rökning och cancer. Både vårdpersonal och patienter skulle behöva öka kunskapen och medvetenheten om alkohol och cancer.

Även marknadsföring av framför allt vin liknar idag den som tidigare fanns för tobak. Lena Sharp exemplifierade med kändisar som själva haft cancer men som sedan lanserar ett eget vin. Och att marknadsföringen av roséviner ibland rider på framgångarna med rosa bandet-kampanjen med slagord som "Join the fight, drink pink".

Evidens för alkoholens effekter vid sekundärprevention är i dagsläget begränsat. När en person har fått cancer kan det ändå vara värt att använda tillfället som ett "teachable moment", menar Lena Sharp. I en sådan situation kan patient och närstående vara extra mottagliga för ökad kunskap som kan leda till förändrade alkoholvanor.

Karin Nordin

FOTO: JIM SHARP



Europeiska kodexen mot cancer

12 sätt att skydda sig mot cancer. Bakom råden står WHO och International agency for research on cancer, IARC.

<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/sv/>

Träning ska vara en del av behandlingen

Träning under pågående cancerbehandling är inte skadligt. Tvärtom leder det till bättre kondition, starkare skelett och bättre livskvalitet.

– Det är få som tränar enligt WHO:s rekommendationer för fysisk aktivitet och det gäller särskilt under cancerbehandling. Om man inte vidmakthåller träningen under behandlingen leder det till ökad symtombörda eftersom även behandlingen påverkar den fysiska kapaciteten, säger Yvonne Wengström, specialistsjuksköterska Tema Cancer, Karolinska universitetssjukhuset och professor i omvårdnad, Karolinska Institutet.

Hon pekar på att det nu finns 700 forskningsrapporter som talar för att träning är bra för cancerpatienter. Fysisk aktivitet minskar fatigue, illamående, muskelsmär, andfåddhet, oro och viktproblem. De flesta av dessa studier har haft fokus på konditionsträning, men under senare år har även styrketräning studerats. Kombinationsträning innehåller både konditions- och styrketräning. Idag är det fler som även vågar testa högintensiv träning.



Träna preventivt

Världshälsoorganisationen WHO rekommenderar konditionsträning med måttlig intensitet minst 150 minuter per vecka alternativt med hög intensitet minst 75 minuter per vecka. Stillasittande ökar risken för cancer.

– Risken för cancer är 20 procent högre för de som sitter mest jämfört med de som sitter minst. Det gäller alla typer av cancer, men för till exempel tjocktarmscancer är skillnaden 30 procent, säger Yvonne Wengström.

I den Stockholmsbaserade OptiTrain-studien deltog 240 patienter med bröstcancer. Syftet var att studera effekten på fatigue av kombinationsträning jämfört med enbart konditionsträning. Båda armarna hade en högintensiv del. En kontrollgrupp fick inga särskilda rekommendationer om träning.

– Färska data visar nu att de som inte tränade under cancerbehandlingen är besvärade av fatigue även två år efter avslutad behandling. Detta ser vi inte i de grupper som tränade och mest effektivt var kombinationsträning. Vi ser att det finns en positiv koppling mellan muskelstyrka och trötthet, säger Yvonne Wengström som ledde studien.

Ett år efter cancerbehandlingen var 15 procent av patienterna i kontrollgruppen sjukskrivna på grund av trötthet. I de grupper som tränat var motsvarande siffra under sju procent. Efter två år hade dessa siffror jämnats ut.

– Träning ska vara en del av cancerbehandlingen. Vi som arbetar i vården har ett ansvar att ligga på och fråga patienten hur det går med träningen.

Karin Nordin



Yvonne Wengström



” Det är också viktigt med icke-farmakologisk behandling ”



FOTO ANNA MÖGLANDER

Tre avancerade val vid Parkinson

När Parkinsons sjukdom fortskridit och ger svåra motoriska fluktuationer kan DBS, levodopa/karbidopa-pump eller apomorfinpump ge god lindring. Valet bygger till stor del på beprövad erfarenhet hos läkaren och patientens preferenser.

– Behandling vid Parkinsons sjukdom går ut på att påverka det dopaminerga systemet på olika sätt. Olika sorters dopaminmodifierande behandling kombineras ihop så att patienten får bästa nytta, med så lite biverkningar som möjligt. Det är också viktigt med icke-farmakologisk behandling som särskilt anpassad fysisk träning, utbildning och stöd, sa Anders Johansson, överläkare i neurologi vid Karolinska universitetssjukhuset och medlem i expertrådet för neurologiska sjukdomar. Han föreläste under Stockholms läns läkemedelskommittés kvällsseminarium om Parkinsons sjukdom.

– Det finns för- och nackdelar med alla behandlingsalternativ. Levodopa ger dyskinesier. Det är en effektiv, men kortverkande medicin som doseras ofta för att minska dosglapp då effekten av läkemedlet avtar och patienten hamnar i off-läge. Dopaminagonister har längre effektduration och kan ha positiv effekt på stämningsläget, men ger ofta hyperaktivitet och impuls kontrollstörning, som kan yttra sig som onormalt intresse för exempelvis sex, spel, mat eller shopping, sa Anders Johansson. Ungefär 1 procent av alla över 65 år i Sverige har Parkinsons sjukdom. Sjukdomen progredierar

Dopaminerga behandlingsalternativ vid Parkinsons sjukdom:

- Levodopa i kombination med dekarboxylashämmare (karbidopa eller benserazid). Levodopa omvandlas till dopamin i hjärnan, dekarboxylashämmaren förhindrar att levodopa bildar dopamin redan i blodbanan.
- Dopaminagonister (apomorfin, ropinirol, pramipexol och rotigotin). Binder till dopaminreceptorer i hjärnan och verkar stimulerande på dessa.
- COMT-hämmare (entakapon, tolkapon och ännu ej tillgängliga opikapon). Hämmar enzymet COMT i blodet och förhindrar nedbrytning av levodopa.
- MAO-B-hämmare (selegilin, rasagilin och safinamid). Hämmar enzymet MAO-B i hjärnan, vilket leder till minskad nedbrytning av dopamin.



” Ungefär 1 procent av alla över 65 år i Sverige har Parkinsons sjukdom. ”

hela tiden och förr eller senare kommer patienten in i komplikationsfas. Men sjukdomen förkortar normalt inte livet nämnvärt. Riskfaktorer för att snabbare utveckla motoriska komplikationer, dyskinesier och dosglapp, är hög levodopados, ung debutålder och kvinnligt kön. Därför är det viktigt att eftersträva behandling med lägsta effektiva dos levodopa som ger adekvat lindring av symtom.

God lindring av avancerad behandling

– När patienten, trots optimerad behandling, har en nedsatt livskvalitet på grund av långa off-perioder under dagen och svåra dyskinesier är det dags att överväga avancerad behandling. Den kan i vissa fall, beroende på patientens profil, ge mycket god lindring och avancerad behandling ges hög prioritet i nationella riktlinjer. Bedömning och val av behandling ska diskuteras på en behandlingskonferens för bästa möjliga individuella val. En utredning om var avancerad Parkinsonbehandling ska bedrivas pågår och ett troligt utfall är att det kommer att fortsätta finnas regionala centra för avancerad Parkinson, sa Anders Johansson.

Läs mer

Satsa på det friska vid parkinsons sjukdom. Evidens nr 3, 2016.

Patientbroschyr

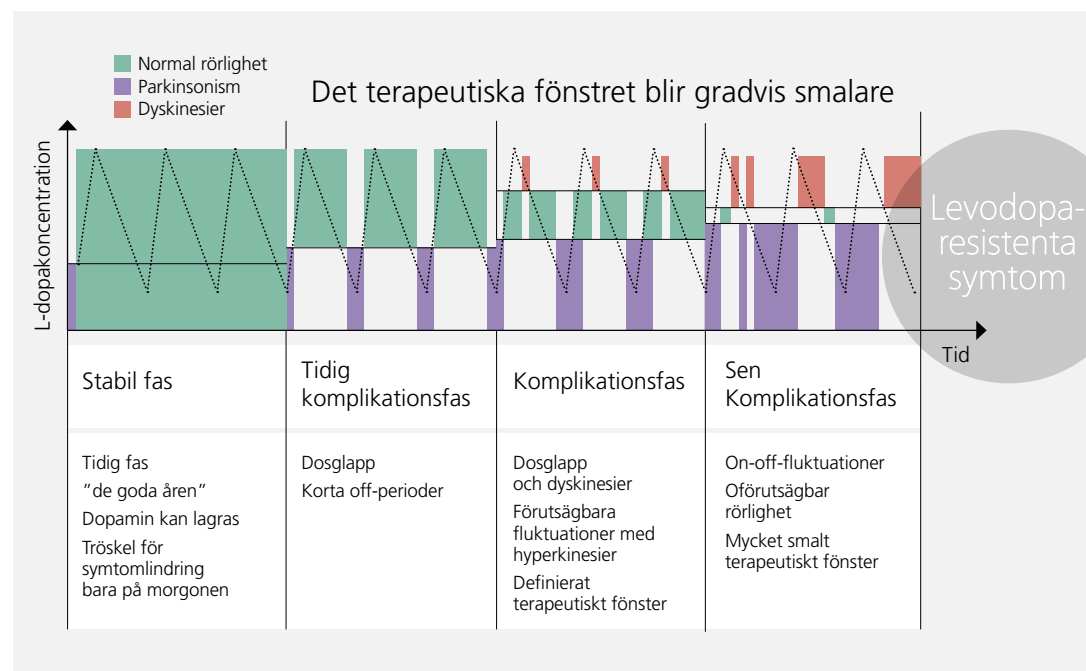
Terapimöjligheter för Parkinsons sjukdom i avancerad fas från Swedish Movement Disorder Society. Ladda ner på swemodis.se

DBS, DEEP BRAIN STIMULATION, har starkt vetenskapligt underlag. Mer än 100 000 patienter i världen har behandlingen. Patienten får en puls-generator inopererad under huden kopplad till elektroder inopererade i hjärnan. Behandlingen fungerar bra mot behandlingsresistent tremor och ger mindre off-tid och mer on-tid, utan att ge mer dyskinesier. Patienten kan ofta dra ner på läkemedelsbehandlingen med en tredjedel. Nackdelarna är att patienten kan få stimulationsrelaterade biverkningar som talpåverkan, balanssvårigheter, ögonmotorikstörning och parestesier men dessa kan oftast hanteras genom justeringar av stimuleringen. Dessutom finns risker förknippade med operationen och risk för infektioner.

LEVODOPA/KARBIDOPA-PUMP, Duodopa. En permanent sond anläggs via PEG med en intestinalsond som har sin mynning i duodenum eller övre jejunum och en pump styr tillförseln av läkemedel. Tillförseln blir då inte beroende av magsäckens tömning och dosering sker en gång per minut, vilket ger en mycket stabil dopamintillförsel. Några nackdelar är att patienten kan få smärta, infektion och irritation vid PEG:en, allvarliga gastrointestinala

Progression av Parkinsons sjukdom

Typiskt sjukdomsförlopp vid dopaminerg behandling



Modell: Dr Dag Nyholm, neurologkliniken, neurodivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

komplikationer och dopaminerga biverkningar. En ny pump, Lecigon, som förutom levodopa och karbidopa, även innehåller entakapon har nyligen registrerats och ingår i högkostnadsskyddet.

APOMORFINPUMP ges subkutant via en mjuk kanyl som kopplas till en pump. Den enkla metoden gör att apomorfinpumpen lätt kan testas och avslutas om den inte fungerar bra. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer från 2016 har detta alternativ lite lägre prioritet (4) än DBS (1) och Duodopa (3) delvis på grund av att det har saknats bra studier. Nyligen kom dock en randomiserad dubbelblind placebokontrollerad studie som bekräftade att

off-perioderna minskar och on-perioderna blir längre, utan att ge dyskinesier. Patienten måste premedicineras mot illamående. Biverkningarna är ofta yrsel, somnolens, viktuppgång och neuropsykiatriska problem.

– Det finns för- och nackdelar med alla tre metoderna. Det går ofta att få hjälp med dyskinesier och motorisk funktion, men vissa symtom kan vara svårare att behandla och sjukdomen progredierar alltid. Jag kan rekommendera en patientbroschyr Terapimöjligheter för Parkinsons sjukdom i avancerad fas som finns tillgänglig via swemodis.se, sa Anders Johansson.

Elin Jerremalm

Behandla neuroborrelios bara vid säker diagnos



Elisabeth Aurelius

FOTO: KARI KOHVAKKA

Seroprevalensen för borrelia är närmare 25 procent i delar av länet. Därför är det bara meningsfullt att testa serum-antikroppar om det finns en rimlig klinisk misstanke. För att verifiera neuroborrelios krävs lumbalpunktion. Informera patienten om kvardröjande symtom i ett läkningskede. Upprepad antibiotikabehandling snabbar inte på läkningen.

– Anamnesen är det viktigaste vid diagnostisering. Har patienten exponerats för fästingar? Neuroborrelios kan ge en rad olika symtom, men alla symtom kan inte vara neuroborrelios, säger Elisabeth Aurelius, med dr, överläkare, PF Akuta infektioner, Karolinska universitetssjukhuset.

Huvudkategorier av symtom vid tidig neuroborrelios

meningit

- subakut – skiljer sig från klassisk meningit
- intermittent huvudvärk, nacksmärtor
- trötthet
- viktngång
- illamående, matleda
- subfebrilitet
- ibland neurokognitiv påverkan

sensorisk radikuloneurit

- värk och smärta
- startar vanligen på platsen för bittet, sprider sig sedan
- ofta uttalad, särskilt under natten
- neuralgisk – svarar dåligt på analgetika
- ofta migrerande
- ibland parestesier och hyperestesi

motorisk radikuloneurit

- kranialnervspares: facialspares, hörselnedsättning, vestibularispåverkan, ögonmuskel-förlamning, någon gång optikusneurit
- spinalnervspares: segmentell muskelsvaghet, sfinkterpares

Seroprevalensen för borrelia är uppåt 25 procent i utsatta områden som till exempel Stockholms skärgård. Därför är det inte meningsfullt att testa serum-antikroppar utan rimlig klinisk misstanke. Vid klar klinisk misstanke och positivt IgG ska patienten remitteras för bedömning och eventuell lumbalpunktion som kan verifiera diagnosen.

Neuroborrelios behandlas med en kur doxycyklin-tabletter alternativt ceftriaxon intravenöst. Antikroppar kan kvarstå efter behandling och det är vanligen inte meningsfullt att upprepa antikroppsanalys i serum efter behandling.

– Ofta sker en snabb förbättring av radikulit-smärtor och allmäntillstånd. Andra symtom förbättras successivt och försvinner normalt inom tre till sex månader. Det är viktigt att informera patienten om att återhämtningen kan vara långsam och fluktuerande, säger Elisabeth Aurelius.

Elin Jerremalm



FOTO: ISTOCK

Uppmärksamma flickorna – de har sämre astmakontroll

Flickor i tonåren hämtar inte ut sina astmaläkemedel i samma utsträckning som pojkar och det får konsekvenser för sjukdomskontrollen.



Dahlén, Elin. (2019). *Drug utilization in children with asthma - methodological approaches and practical implications*.

Institutionen för medicin, Karolinska Institutet.
<https://kib.ki.se>

Elin Dahlén, med dr, apotekare vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, du har precis disputerat på en avhandling om hur barn i Stockholm använder astmaläkemedel. Vad har du visat?

– Bara fyra av tio flickor med astma är välbehandlade jämfört med 75 procent av pojkarna. Det såg vi i enkäter där vi undersökte astmakontroll enligt Gina-guidelines. Det handlar till exempel om att inte behöva använda kortverkande beta-2-stimulerande läkemedel, att inte behöva vakna på natten på grund av astma eller att påverkas av sjukdomen i skolan. Med hjälp av utköpsdata från apotek kunde vi även se att flickorna inte hämtar ut sina astmaläkemedel i samma utsträckning som pojkarna.

Vad beror det här på?

– Det finns troligen flera förklaringar. En spekulation som funnits sedan tidigare är att pojkar är mer fysiskt aktiva än flickor och därför får mer symtom och därmed mer behandling. En annan anledning skulle kunna vara att flickorna i större utsträckning skäms för sin sjukdom och sina inhalatorer och därför undviker medicinering offentligt. Jag tror att vården behöver uppmärksamma tjejer med astma mer och fråga varje flicka vad som behövs för att just hon ska använda sina astmaläkemedel.

Vad visar avhandlingen mer?

– I enkäter rapporterar föräldrar en högre användning av barns astmaläkemedel än den mängd som de faktiskt hämtar ut på apotek. Prevalensen för

astma hos barn blir 11 procent om man frågar föräldrarna jämfört med 8 procent om man tittar på uthämtade läkemedel. En del av förklaringen kan finnas i att syskon använder varandras läkemedel, vilket är resultatet från en annan av studierna i avhandlingen.

Hur ofta delar syskon på samma läkemedel?

– Var tionde barn använder någon annans medicin. Jag utvecklade en modell som bygger på flera olika datakällor och data från ett tidsintervall på 18 månader och kom fram till att just syskon delade läkemedel med varandra.

Hur ska vården använda resultaten?

– Alla barn behöver ha en individuell behandlingsplan och alla barn behöver veta hur man inhalerar med den inhalator som just det barnet ska använda. Om barnen har samma inhalatortyp och läkemedel är det antagligen bättre att de delar en inhalator än att de inte använder någon alls. Men särskilt viktigt är det att inte blanda ihop inhalationsteknikerna om ett barn har en pulverinhalator och syskonet ska använda en sprayinhalator. Ofta är ju även behoven av dosering olika.

Karin Nordin

Filmer om inhalationsteknik

Elin Dahlén arbetar på Läkemedelsenheten i Region Stockholm och är även apotekare i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar. Se Elin Dahlén demonstrera olika inhalatorer i expertrådets instruktionsfilmer på: www.janusinfo.se/inhalatorer



Klokt råd:

Lär patienten att inhalera rätt!

Beställ rätt analys av NOAK-koncentration



I **STOCKHOLM** görs plasmakoncentrationsbestämningar av nya orala antikoagulantia, NOAK, på Karolinska universitetslaboratoriet med två olika metoder: indirekt och direkt mätning.

I **MINDRE AKUTA** situationer, till exempel vid bedömning av underhållsdos, beställs analysen ”P-Apixaban”, ”P-Rivaroxaban”,

”P-Dabigatran” eller ”P-Edoxaban”.

Vid behov av akut koncentrationsbestämning inom tre timmar beställs analysen med namnen ”P-Apixaban, akut”, ”P-Rivaroxaban, akut”, eller ”P-Dabigatran, akut”. Indikationen kan vara blödning, akut trombos, invasivt ingrepp eller intoxikation.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar samt för plasma och vissa antitrombotiska läkemedel
Hela expertrådsdokumentet: www.janusinfo.se/expertradsutlatanden

Escitalopram eller sertralin första läkemedelsval vid depression

STUDIER GER INGET entydigt svar på om något enskilt antidepressivt läkemedel är att föredra framför andra. Men när effekt, biverkningar, interaktionspotential, prisbild, risk för miljöpåverkan och längden på erfarenhet av preparaten vägs samman rekommenderas escitalopram eller sertralin som förstahandsval vid insättande av läkemedel mot lätt till medelsvår depression.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för psykiatriska sjukdomar
Hela expertrådsdokumentet: www.janusinfo.se/expertradsutlatanden



FOTO: KARIN NORDIN

Mats Ek

Zopiklon vanligast vid död av förgiftning

ZOPIKLON VAR den enskilt vanligaste substansen vid dödsfall orsakade av förgiftningar av läkemedel och narkotika, under åren 2012–2017. Zopiklon nämns på dödsorsaksintyget i ungefär 100 av 900 dödsfall per år enligt Socialstyrelsens rapport *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar*.

– **SOCIALSTYRELSENS** data stärker oss i ambitionen att minska behandling med lugnande- och sömnläkemedel som stående eller långvariga vidbehovsordinationer. Medicinskt är icke-farmakologisk behandling att föredra, säger Mats Ek, med dr, överläkare, Psykiatri Södra Stockholm, SLSO och ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

Behandling vid vanliga infektioner

DEN SÅ KALLADE regnbågsbroschyren med behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård har utkommit i en ny version.

I **BROSCHYREN** finns nya avsnitt om urinvägsinfektioner, sexuellt överförbara infektioner och KOL. Dessutom har informationen om tecken på allvarig infektion utökats till att omfatta även vuxna, och inte enbart barn som tidigare.



Ladda ner broschyren på www.janusinfo.se/informationsmaterial

Var återhållsam med antibiotika vid bensår

BENSÅR ÄR BARA ett symtom och ingen diagnos. Såren är ytliga och vanligtvis med inslag av gula fibrin-nekroser i sårbottnarna, vilket inte sällan tolkas som tecken på infektion och föranleder odling. Såren är praktiskt taget alltid koloniserade av *Staphylococcus aureus*. Detta odlingssvar leder ofta till att det ordinerar antibiotika. Åtgärden är emellertid meningslös och har ingen eller ringa påverkan på det fortsatta läkningsförloppet.

INDIKATION för antibiotikabehandling är odlingsverifierad växt av betahemolytiska streptokocker i såret samt vid signifikanta infektionstecken exempelvis hastigt insättande feber med sjukdomskänsla, progredierande palpationsöm rodnad i omkringliggande hud (cellulit) med inslag av ödem, sårsmärta och plötsligt påtagligt ökande sårvätskning.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hud- och könssjukdomar
Hela expertrådsdokumentet: www.janusinfo.se/expertradsutlatanden

3
datum
i maj

MÅNDAG
20
MAJ

QTc-tid

20 maj 18:00–19:30
World Trade Center
Klarabergsviadukten 70
Målgrupp:
Läkare, Sjuksköterskor

TORSDAG
23
MAJ

Akut urologi för
primärvården

23 maj 18:00–20:00
Svenska Läkaresällskapet
Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare

MÅNDAG
27
MAJ

Pascal

27 maj 18:00–19:30
World Trade Center
Klarabergsviadukten 70
Målgrupp:
Läkare, Sjuksköterskor

Se www.janusinfo.se/fortbildning
för mer information
om kommande fortbildnings-
aktiviteter och föranmälan.

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Region Stockholm

Priset på ett liv i ny podd om läkemedel

Prioriteringar i vården ställer de livsavgörande frågorna på sin spets. Vad blir priset på ett liv när de resurser vi har ska fördelas på ett rättvist och jämlikt sätt? Frågan diskuteras i den nya podden Rådet från NT-rådet.



FOTO KARIN NORDIN

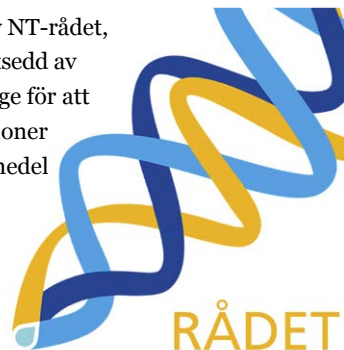
Sofie Alverlind, Freddi Lewin och Mats Linderholm medverkar i avsnittet *Nya läkemedel: Bot, lindring eller hopp*.

DET KOMMER NU ett stort antal nya läkemedel, särskilt för cancersjukdomar och för sällsynta sjukdomar där det tidigare inte funnits så många alternativ för behandling. Samtidigt blir det tydligare att resurserna inte matchar behoven som de tidigare gjorde. Prioriteringar görs varje dag inom hälso- och sjukvården och kommer att behöva göras ännu mer i framtiden. Hur görs dessa prioriteringar? Vilka etiska värderingar styr dem och hur transparent sker det? Vad säger patienterna och sjukvårdspersonalen om de val som görs?

I PODDEN BERÄTTAR patienter och närstående om hur det är att vänta på ett nytt läkemedel som man vet är på gång. Läkare, ekonomer och personer med andra professioner delar med sig av sina perspektiv på hur nya läkemedel ska användas och till vilken kostnad.

RÅDET ÄR EN PODD i sex delar som handlar om nya, dyra läkemedel och hur samhället värderar bot, lindring eller hopp av dem. Lyssna även på Rådet för att få veta mer om nya läkemedel mot sällsynta sjukdomar, konflikten mellan etik och vinstintresse, samverkan med patienter och hur framtidens läkemedelsmarknad ser ut.

RÅDET GES UT av NT-rådet, en expertgrupp utsedd av regionerna i Sverige för att ge rekommendationer om hur nya läkemedel ska användas. Målet är rättvis och jämlik tillgång till nya läkemedel.



Rådet från NT-rådet finns på www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande och där poddar finns.