

# Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

TEMA

## Jämlik vård

Män och kvinnor får inte  
samma behandling



HPV-vaccinering  
i Stockholm tidigast  
till sommaren

■ AKTUELLT · SID 2

När blir vårdskillnader  
till orättvisor?

■ TEMA: JÄMLIK VÅRD · SID 4-7

Viktigt att prata om  
alkohol med patienten

■ NYA RIKTLINJER · SID 8-9

Hårdare tag mot jäv

■ AKTUELLA BESLUT · SID 10

Varning för nya  
diagnoser i DSM-V

■ INTERNATIONELLT · SID 12

Betablockerare och  
KBT ger bättre  
migränbehandling

■ NYA STUDIER · SID 13

Stor skillnad på  
statinbehandling  
vid typ 2-diabetes

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR · SID 14

”Nyttan med HRT över-  
väger riskerna i fem år”

■ FRÅGOR OCH SVAR OM HRT · SID 15



## Allmän HPV-vaccinering i SLL tidigast till sommaren

■ ■ ■ Läkemedelsföretagen kämpar om vilket HPV-vaccin som ska användas i det allmänna vaccinationsprogrammet. Under tiden faller flickor för åldersstrecket och trillar ur systemet – och kan bli utan ett rabatterat skydd.

Upphandlingen om vilket HPV-vaccin som ska användas i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige vanns av Glaxosmithkline (som har Cervarix). Men Sanofi Pasteur MSD (Gardasil) överklagade och den 29 oktober beviljade Kammarrätten i Stockholm prövningstillstånd i målet om landstingens upphandling av HPV-vaccin.

– Vi valde att överklaga eftersom upphandlingen på flera punkter inte har följt Lagen om offentlig upphandling, säger Therése Lange, kommunikationschef på Sanofi Pasteur MSD.

Enligt Kammarrätten kan ett beslut komma tidigast i januari eller februari. Beroende på beslut blir det vaccination med ett av preparaten till sen våren eller sommaren, eller en ny upphandling som ytterligare försenar starten.

### Alla flickor i åldersgruppen

Till en början var det bara aktuellt att vaccinera flickor i elva-tolv års ålder – i klass fem och sex. Men eftersom prisförhandlingen i upphandlingen gick bra, med en prisrabatt på hela 82 procent, räcker landstingens pengar till att även vaccinera flickor till och med 17 års ålder, så kallad ikappvaccinering.

Detta rekommenderas också av SKL, och stöds av alla landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer i Sverige, enligt en skrivelse från SKL den 18 juni.

– Vår avsikt inom SLL är att vaccinera alla flickor i åldern 11–17 år så fort det är möjligt efter domen, säger

Henrik Almkvist, chef-läkare vid Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning inom SLL.

Det kommer troligen att ske som ett generellt erbjudande till alla flickor i de aktuella åldersgrupperna, och inte i någon speciell åldersordning.

### Prisfråga i slutändan

En viktig faktor bakom valet av Cervarix var det lägre priset. Att vaccinera en årskull flickor i Sverige kommer att kosta cirka 31 miljoner kronor med Cervarix, jämfört med cirka 47 miljoner kronor med Gardasil.

Det dyrare Gardasil skyddar även mot kondylom, något som RFSU påtalat.

– Cancerskyddet var viktigast eftersom det är en mycket mer allvarlig sjukdom, så det blev en prisfråga i slutändan. Sanofi Pasteurs bud var inte tillräckligt bra för att vi skulle vilja betala för det extra kondylomskyddet, säger Henrik Almkvist.

Företrädare för primärvården inom SLL har uttryckt oro över kostnadsansvaret för vaccinationerna, i synnerhet de som inte når bonus på grund av för höga läkemedelskostnader.

– HPV-vaccinet kommer vara gratis för vårdgivarna för de aktuella åldersgrupperna, lugnar Henrik Almkvist.

### Några faller ur systemet

Under tiden som upphandlingen drar ut på tiden faller ett antal flickor för åldersstrecket och blir utan vaccination i det allmänna programmet. Därigenom kan flickorna äldre än 17 år inte heller få vaccinationen subventionerat utan får själva betala hela vaccinkostnaden om 2 670 eller 3 340 kr beroende på preparat. En kostnad som kan vara svår att hantera för många familjer.

– Min rekommendation till föräldrar som vill ha det här snabbt är att vaccinera på egen hand med recept. Eftersom båda vaccinen ingår i läkemedelsförmånen blir kostnaden för flickor 13–17 år max 1 800 kr.

I Stockholms läns landsting är det knappt 39 procent av flickorna födda 1993 (17 år) som redan har vaccinerat sig på egen bekostnad. Bland flickor födda 1994 (16 år) är det 34 procent.

– Det viktigaste för skyddseffekten är att vaccinationen görs innan den sexuella debuten. Därför gör det mest nytta i de yngre åldersgrupperna, säger Henrik Almkvist.

Även om en vaccination minskar risken för kvinnor att drabbas av livmoderhalscancer, måste de likväl gå på sina vanliga kontroller inklusive cellprovtagning. Alla kvinnor mellan 23 och 50 år bjuds in vart tredje år till en gynekologisk cellprovskontroll. Sedan glesas kontrollerna ut till vart femte år, och upphör när man fyllt 60.



## Stora skillnader i förskrivning

■ ■ ■ Mellan Stockholm och andra län samt inom länet finns stora skillnader i försäljningen av läkemedel mot osteoporos, bröstcancer, kronisk obstruktiv sjukdom, multipel skleros, reumatoid artrit och Alzheimers sjukdom.

Det visar en rapport som tagits fram av konsultföretaget IMS Health på uppdrag av Läkemedelsindustriföreningen, Lif.

– Det är en intressant rapport att ta del av, finansierad av Lif. Bara några selektiva, utvalda områden belyses. Några terapiområden med högt medicinskt värde kan man sakna, som hjärtakärl och diabetes mellitus, kommenterar Eva Andersén Karlsson, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté.

### Praxis och styrning

Skillnaderna förklaras med hänvisning till variationer i klinisk praxis, att landsting fördelar resurser på olika sätt samt att implementering och uppföljning varierar.

Den minsta skillnaden mellan landstingen, 62 procent, finns i behandling av KOL, den största vid Alzheimers sjukdom; 160 procent mellan lägsta och högsta landsting och 616 procent skillnad mellan olika stockholmskommuner.

– Såväl under- som överbehandling finns inom flera områden och en förmodad optimal nivå beror av så mycket, som hur vi värderar evidens, den enskilde läkarens tillgång till obundet beslutsstöd och källor, olika sjukdomsförekomst, hur vi diagnosticerar, tillgång till vård och möjligheter till uppföljning, omprövning eller utsättning av läkemedel, säger Eva Andersén Karlsson.

DAVID FINER

■ **Ladda ner rapporten:** <http://korta.nu/fc50w>

### Skriv i Evidens!

Redaktionen tar tacksamt emot insänt material, men förbehåller sig rätten att förkorta och redigera.

**Under hösten har** rapporter publicerats som visar på skillnader i läkemedelsförsäljning både mellan landets län och regionalt i Stockholms län. Dessa variationer kan ha många förklaringar som sjukdomsförekomst, vårdstruktur, förskrivares tillgång till obundet förskrivarstöd samt närhet till industrins marknadsföring. Årets medicinska riksstämma har som genomgående tema "jämlig vård" vilket också belyses i detta nummer av Evidens.



**Förskrivares olika kopplingar** och samarbete i vissa fall med läkemedelsindustrin kan avspeglas i läkemedelsförskrivningen i en del regioner. De läkemedel som marknadsförs mest är inte alltid det bäst evidensbaserade och detta är inte alltid klart för den vanlige förskrivaren. Därför behövs tydliga regler för hur intressekonflikter deklarerar och hanteras i organisationer. EMA, den europeiska läkemedelsmyndigheten, skärper nu reglerna om intressekonflikter, och nya strängare jävsregler väntas träda i kraft under andra kvartalet 2011. De nya reglerna är skapade för att hantera intressekonflikter hos de vetenskapliga experter som ingår i olika myndigheters expertgrupper eller som anlitas externt i olika sammanhang. Detta är välkommet och eftersträvansvärt inte bara för myndigheter utan alla verksamhetsområden som är offentligt finansierade.

**Till sist ett stort tack** till alla hengivna medarbetare och läsare. Jag önskar er alla nu en God Jul och Gott Nytt År!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté,  
docent, överläkare, Södersjukhuset

**EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 6, 2010** Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef Medicinskt Kunskapscentrum  
Redaktion: Fredrik Hed, leg. apotekare, frilansjournalist · Eva Andersén Karlsson, docent, överläkare, Södersjukhuset, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté · Marie-Louise Ovesjö, med. dr., överläkare · Marianne Jägestedt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Jan Hasselström, allmänläkare · Sten Ronge, leg. apotekare · Emma Svensson, leg. apotekare · David Finer, medicinjournalist · Ulrika Nörby, leg. apotekare · Kristina Aggefors, leg. apotekare · Jenny Stenbacka, medicinjournalist. E-post [evidens@sl.se](mailto:evidens@sl.se) · [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) · Tryck Intellecta, Stockholm 2010  
Grafisk form: Soya Kommunikation · Omslagsfoto: Istockphoto · Postadress: Medicinskt Kunskapscentrum, Box 17533, 118 91 Stockholm.  
Besöksadress: Magnus Ladulåsgatan 63 A. För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: [evidens@sl.se](mailto:evidens@sl.se)





# När blir vårdskillnader till orättvisor?

**Jämlig vård är temat för årets medicinska riksstämma i Göteborg. Ännu är det en bit kvar innan hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om "vård på lika villkor" är förverkligad. Det finns bland annat betydande könsskillnader i läkemedelsanvändningen enligt ny statistik framtagen vid Medicinskt Kunskapscentrum. Tecken på ojämlikhet eller inte är frågan.**

Av David Finer

I en internationell jämförelse mår svenskarna enligt uppgift mycket bra. Men folkhälsorapporterna från Socialstyrelsen och rapporter från Sveriges Kommuner och Landsting har tydligt visat att hälsan också hos oss är ojämlikt spridd i befolkningen. Det finns ännu betydande skillnader eller ojämlikheter relaterade till såväl sociala faktorer som exempelvis utbildning och inkomst samt till etnicitet och kön.

År 2009 visade kunskapsöversikten "Vård på (o)lika villkor" från Sveriges Kommuner och Landsting bland annat hur social ställning bidrar till att förbättra eller försämra människors hälsa.

Det handlar både om att låginkomsttagare inte söker vård fast de borde, och att höginkomsttagares vård får kosta mer. Lågutbildade grupper deltar inte lika ofta i cancerscreening och genomgår revaskularisering mindre ofta än högre utbildade. Det kan uppstå särskilda kommunikationssvårigheter mellan sjukvården och utrikesfödda personer. En typ av ojämlikhet är köns- och genusrelaterad.

## Från kvinnohälsa till genusmedicin

Inom medicinen har området kvinnors hälsa traditionellt uppfattats som synonymt med reproduktiv hälsa. Nu är dock området genusmedicin etablerat med stora forskningscentra i bland annat USA och Europa.

Många sjukdomar kan innebära en större belastning för kvinnor än för män, och i viss mån tvärtom. Det kanske mest kända exemplet rör hjärt-kärlsjukvård. Först sedan forskare och specialister som Karin

Schenk-Gustafsson, professor och överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset, visat hur hjärtinfarkt bedömts utifrån en manlig norm och att det krävs könsspecifik behandling, har hjärtsjukvården för kvinnor förbättrats. Könssolika sjukdomsmanifestationer och förekomst finns också för många cancerformer, reumatiska sjukdomar som reumatoid artrit och lupus och många smärttillstånd, liksom för depression och osteoporos.

## Högre utbildning – nyare medicin

SKL-rapporten från år 2009 pekade på flera ojämlikheter på läkemedelsområdet, relaterade till utbildning och etnicitet. Lågutbildade äldre är mer sjuka än högutbildade (och skulle därför behöva mer läkemedel) men använder mer sällan nya läkemedel. Ju högre utbildningsnivå, desto större var sannolikheten att åldringen ordinerades en nyare medicin.

Av svenska lågutbildade använder 62 procent blodfettssänkande medel mot 71 procent av dem med högre utbildning, trots att lågutbildade i allmänhet har högre halter av blodfetter. En förklaring kan vara att högutbildade vet mer om vilka läkemedel som finns och efterfrågar dem.

Utrikesfödda som drabbats av hjärtinfarkt konsumerade rekommenderade läkemedel i mindre utsträckning än svenskfödda.

Vid hjärtsvikt finns en högre sannolikhet för lågutbildade än för högutbildade att behandlas med



urindrivande medel och ACE-hämmare. Högutbildade behandlades däremot oftare än lågutbildade med de nyare läkemedlen angiotensinreceptorblockerare, ARB.

### Läkemedel och kön

Läkemedelsanvändningen är olika för kvinnor och män. Kostnaderna för läkemedel är totalt sett högre för kvinnor än för män, men mäns kostnader per recept är högre. Skillnaden har flera orsaker och en fördjupad analys visar att män oftare får nyare och därmed dyrare läkemedel än kvinnor. Men det betyder inte nödvändigtvis att det är högre kvalitet i männens läkemedelsbehandling.

Kvinnor förskrivs och konsumerar mer läkemedel och har fler och andra typer av biverkningar än män. Orsakerna kan vara könsskillnader i farmakokinetik eller farmakodynamik, att kvinnor använder fler läkemedel än män, eller att kvinnor får högre doser i förhållande till kroppsvikt.

Mellan kvinnor och män finns skillnader i bland annat ämnesomsättning, hormoner, kroppsvikt, de inre organens storlek samt fördelningen mellan fett- och muskelmassa. Alla dessa skillnader kan påverka effekten av läkemedel. Ändå är det ovanligt att dosrekommendationer tar hänsyn till kön. Trots att kvinnor svarar för två tredjedelar av alla vårdbesök är de underrepresenterade i många kliniska prövningar, särskilt inom hjärt-kärlområdet, och många

behandlingsriktlinjer utgår från män. Fortfarande redovisar inte alla publikationer könsuppdelad statistik.

### Kvinnors ökade sårbarhet för läkemedel

Några exempel på kvinnors ökade sårbarhet för läkemedel är:

- Användning av rosiglitazon (Avandia), som nyligen drogs in på ökad risk för hjärtkärlbiverkningar, var också förenad med fler frakturer hos kvinnor än män. Detta upptäcktes först när statistiken analyserades könsvis.
- Torsade de pointe-takykardi, en farlig hjärtrytmrubbning, som mest drabbar kvinnor, kan orsakas av vissa hjärtläkemedel.
- Skyddseffekter av acetylsalicylsyra (ASA) hos friska är mindre tydliga för kvinnor än för män. Womens Health Study visade att ASA skyddar mot stroke men inte mot hjärtinfarkt hos kvinnor över 65 år men mest mot hjärtinfarkt hos män.
- Kristina Johnell och medarbetare rapporterade 2009 i en studie av 600 000 äldre inom äldreomsorg att många fler kvinnor än män erhöll för många läkemedel, läkemedel på felaktig indikation och med fel dosering. Framförallt gällde det sömnmedel, lugnande medel och antikolinergika. Siffrorna var åldersjusterade.

### Studie av könsskillnader i användningen

Apotekarna Desirée Loikas och Björn Wettermark, Medicinskt Kunskapscentrum i SLL, har gjort en systematisk analys av könsskillnader i läkemedelsanvändningen i Sverige inom ramen för ett SKL-finansierat projekt. Studien bygger på individdata från Socialstyrelsens läkemedelsregister omfattande alla utköp av receptförskrivna läkeme-

del under år 2007 och 2009. Dessa data ska samköras med data från andra svenska register.

– Flera studier har påvisat könsskillnader i läkemedelsanvändning inom olika sjukdomsområden, exempelvis att kvinnor får mer antidepressiva läkemedel och mer läkemedel mot smärta, men det är oklart om skillnaderna är motiverade och vad de beror på. En helhetsbild saknas och därför gjorde vi den här studien, säger Desirée Loikas, som planerar att doktorera med fokus på kön/genus och läkemedel.

Den läkemedelsgrupp som användes av flest individer var antibiotika (ATC-kod J01). Bland kvinnor fick drygt 25 procent och bland män knappt 20 procent minst en antibiotikakur under år 2009. För Stockholms läns landsting framgår tio-i-topplistan över läkemedelsgrupper med högre total användning hos kvinnor respektive män av figurerna 1 och 2 på sid 7.

– I alla läkemedelsgrupper som vi analyserat användes mer än tre fjärdedelar oftare av kvinnor, både vad gäller prevalens och incidens. Nu ska vi studera om dessa skillnader är berättigade. Ibland ska ju användningen vara högre hos män eller kvinnor, ibland inte. Jag vill studera frågan mer ingående och koppla användningen till diagnoser, säger Desirée Loikas.

### Kommentarer till de funna könsskillnaderna

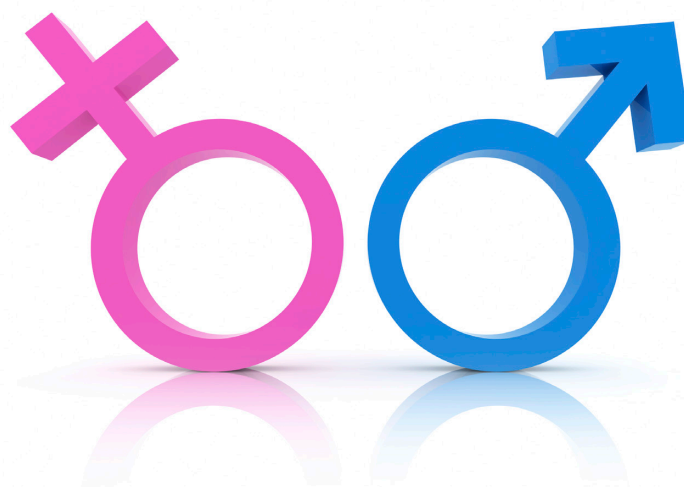
Könsskillnaderna som hittades i undersökningarna av Sverige och Stockholm kommenterar Desirée Loikas så här:

– Den största könsskillnaden hittades för antibiotika, som också var den mest använda läkemedelsgruppen hos både män och kvinnor. Skillnaden förklaras till stor del av den högre antibiotikaanvändningen hos kvinnor vid urinvägsinfektioner. Om man bara ser till antibiotika för luftvägsinfektioner, är den totala användningen högre bland kvinnor, men bland små barn och äldre över 75 år är användningen högre hos män.

– Användningen av olika smärtstillande och NSAID-preparat är vanligare bland kvinnor. De lider mer av kroniska smärttillstånd som reumatoid artrit, artros och fibromyalgi. Men siffrorna kan också delvis spegla att kvinnor oftare söker vård. Kvinnors högre användning av antidepressiva har förklarats av en högre prevalens av depression hos kvinnor. Men det har spekulerats att män oftare använder alkohol istället. Och att depression hos män kan vara underdiagnosticerad. Det är också viktigt att komma ihåg att antidepressiva även används vid andra tillstånd än depression.

### Sömnpblem vanligare hos kvinnor

Desirée Loikas kom fram till att den högre användningen



av tyreoidapreparat var adekvat, eftersom tyreoidesjukdomar i huvudsak drabbar kvinnor. Vidare var användningen av sedativa nästan dubbelt så hög för kvinnorna som för männen, både i riket och i Stockholm.

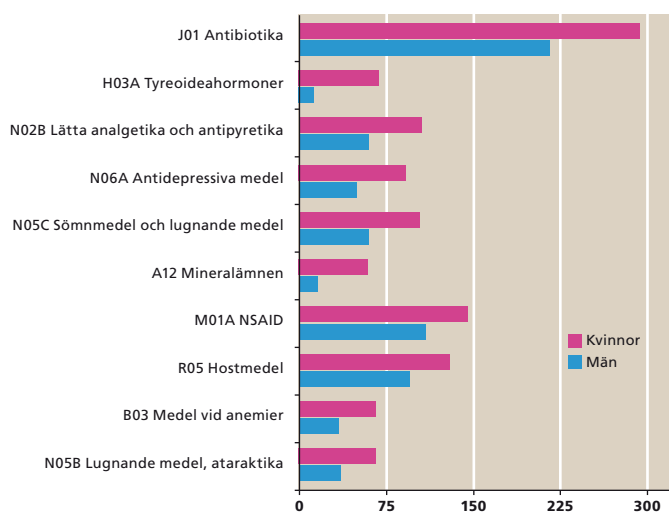
– ULF-undersökningar (SCB:s årliga undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden) har visat att omkring 30 procent av kvinnor och 20 procent av män rapporterar sömnproblem. Men användningen av sedativa är nästan dubbelt så hög bland kvinnor som bland män.

– Den högre användningen av vitaminer och mineraler hos kvinnor kan delvis förklaras av exempelvis kalcium och D-vitaminpreparat vid osteoporos, som är vanligare hos kvinnor. Däremot kan vi inte förklara den högre användningen av multivitaminpreparat bland kvinnor. Diuretika var vanligare bland kvinnor, vilket är känt sedan tidigare. Här finns en förbättringspotential i förskrivning, eftersom ACE-hämmare är förstahandsval för båda könen vid hypertoni och hjärtsvikt. Skillnaden i förskrivning kan vara orsakad av en föreställning att kvinnor är mer svullna än män, på grund av hormonella faktorer. Användningen av medel mot anemi var vanligare bland kvinnor, mest på grund av B12-läkemedel samt av folsyra och järn, som förknippas med graviditet, avslutar Desirée Loikas.

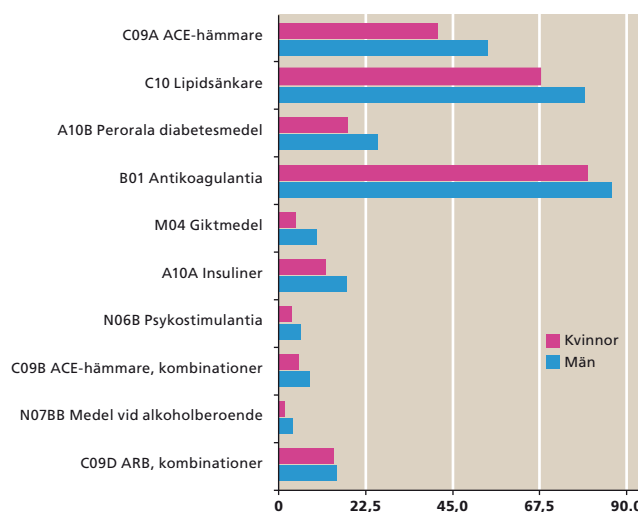
### Skeptiker tvivlar om könsskillnader

Det finns dock skeptiker till pratet om könsskillnader i vården. Per Wändell, professor och distriktsläkare vid Hallunda vårdcentral och forskningsledare vid Centrum för Allmänmedicin, refererar till en egen studie (tillsammans med Catharina Gåfvells) av förändringar i läkemedelsanvändningen hos män och kvinnor med typ-2-diabetes inom SLL 1995 och 2001. Användningen av lipidsänkare ökade likformigt för båda könen, och skillnaderna i läkemedelsanvändning var inte korrelerade med de förbättrade kliniska resultaten som sågs.

– Det är inte så lätt att tolka siffror för läkemedelsanvändning. Min uppfattning är att om man börjar justera för andra faktorer som ålder och andra sjukdomar är det svårt



**Figur 1:** Läkemedelsgrupper med högre total användning hos kvinnor i SLL; topplista baserad på skillnader i prevalens, absoluta tal.



**Figur 2:** Läkemedelsgrupper med högre total användning hos män i SLL, topplista, baserad på skillnader i prevalens, absoluta tal.

att hitta ojämlikheter. Det finns troligen andra faktorer som styr skillnaderna. Kvinnor får sjukdomar som diabetes och högt blodtryck i högre ålder än män. Behandlingen ska ske efter riskprofil exempelvis för hjärt-kärlsjukdom, inte bara manifest sjukdom, och då kan skillnaderna vara motiverade. Det får man analysera. Män har ju högre hjärt-kärlrisk. Likaså kanske män är underbehandlade vid depression. Och det är inget konstigt att kvinnor använder mer antibiotika heller med tanke på högre förekomst av exempelvis urinvägsinfektioner. Så man ska vara rätt försiktig med att tolka siffrorna, anser Per Wändell.

#### Mer information:

■ Johnell K, Weitof GR, Fastbom J. Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based Study of Over 600,000 Older People. *Ann Pharmacother.* 2009 Jul;43(7):1233-8. <http://korta.nu/9mbof>

■ Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, Hennekens CH, Buring JE.

A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med.* 2005 Mar 31;352(13):1293-304. Epub 2005 Mar 7. <http://korta.nu/g54v9>

■ SKL. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. 2009. <http://korta.nu/s9hwe>

■ Wändell PE, Gåfvels C. Drug prescription in men and women with type-2 diabetes in Stockholm in 1995 and 2001: change over time. *Eur J Clin Pharmacol.* 2002 Nov;58(8):547-53. Epub 2002 Sep 27. <http://korta.nu/2hwoc>



#### SAMMANFATTNING

- Trots att svenskarna mår jämförelsevis bra, visar rapporter ännu betydande skillnader relaterade till utbildning, inkomst, etnicitet och kön.
- En SKL-rapport från år 2009 har pekat på ojämlikheter på läkemedelsområdet, relaterade till bland annat utbildning och etnicitet.
- Trots att kvinnor använder mer läkemedel och får fler biverkningar än män, tar inte dosrekommendationer hänsyn till kön, och många behandlingsriktlinjer utgår från män.
- Kvinnor har en ökad sårbarhet för läkemedel, som kan maskeras om man inte analyserar biverknings- och annan statistik könsvis.
- År 2009 var den totala användningen av bland annat antibiotika, analgetika/febernedsättande och antidepressiva högre hos kvinnor än män men för ACE-hämmare, lipidsänkare och antikoagulantia var användningen tvärtom högre hos män.
- Det kan enligt kritiker finnas andra och viktigare orsaker än vårdens innehåll till könsskillnaderna i läkemedelsanvändning.

# Viktigt att frågan om alkohol berörs i patientmötet

**Hur mycket öl, vin eller starksprit drack du förra veckan? Det kan i många fall vara en bra öppnande fråga för att börja prata om alkohol med patienten. Först gäller dock att ha patientens förtroende och ett OK att prata om frågan.**

Av Fredrik Hed

Ett sextiototal symptom och sjukdomstillstånd kan vara alkoholrelaterade. Några exempel är leversjukdomar, sömnsvårigheter, ångest och depression, högt blodtryck, värtillstånd och magsjukdomar.

Enligt beräkningar från Folkhälsoinstitutet är cirka fyra procent av Sveriges vuxna befolkning beroende av alkohol. Uppgifter från PART-studien i Stockholms län talar för att drygt 90 000 personer har alkoholberoende eller missbruk. Antalet personer med ett riskbruk av alkohol beräknas vara betydligt större.

– Baserat på Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkäter ser vi att 15–20 procent av männen och 5–10 procent av kvinnorna har en riskabelt hög alkoholkonsumtion, säger Sven Andréasson, docent och överläkare vid Beroendecentrum Stockholm.

Med riskbruk menas i Sverige en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas vin per vecka för män och

nio standardglas för kvinnor, alternativt att man dricker mer än fyra respektive tre standardglas vid ett och samma tillfälle.

## Nytt alkoholprogram efter årsskiftet

Avsikten med olika typer av interventioner är att tidigt upptäcka och behandla personer med hög alkoholkonsumtion för att förhindra att det utvecklas till ett beroende och efterhand till skador på kroppens olika organ.

– Erfarenheten visar att det faktiskt är lättare att dra ner på sin alkoholkonsumtion än på sin tobakskonsumtion, säger Sven Andréasson.

Han arbetar just nu med att färdigställa ett material som ska rullas ut efter årsskiftet.

– Då drar vi igång en ny stödjande verksamhet, där vi ska förmedla program och kunskap kring alkoholvård till primärvården och företagshälsovården inom länet.

Där kommer det att förespråkas en åtgärdsstrappa i fyra steg:

1. Screening och kort rådgivning med syfte att uppmärksamma problemet och komma ner under riskgränserna.
2. Om detta inte lyckas i steg ett tar man lab-prover och använder frågeformulär för att få en bättre bild av problemet. Vid ett återbesök ges feedback.
3. Vid utebliven förbättring erbjuds tre ytterligare korta samtal med motivationshöjande inriktning.
4. Farmakologisk behandling: naltrexon, akamprosat, disulfiram.

## Kan spela roll för hälsan

Motiverande samtal är en metod som utgår ifrån patientens egna drivkrafter och som förespråkas vid olika typer av beteendeförändring, inte bara alkohol. Utbildning i motiverande samtal erbjuds bland annat inom beroendevården i SLL och en grundkurs tar två–fyra dagar.

– Det finns flera studier som visar att bara genom att lyfta frågan, är det runt tio procent som ändrar sina vanor, säger Astri Brandell Eklund, specialist i allmänmedicin och medlem i MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers).

Motiverande samtal ska just motivera patienten att ändra sina vanor. Därför ska samtalet vara patientcentrerat och



### FAKTA

#### Kloka Listan om alkoholsjukdomar Klokt Råd

Öka användningen av akamprosat och naltrexon vid alkoholberoende och följ upp behandlingen. (<http://korta.nu/c9lhu>)

#### Återfallspreventiv behandling

Akamprosat och naltrexon kan användas generellt inom hälso- och sjukvården, i kombination med uppföljning som innefattar medicinska råd och stöd.

Se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation från 2007: <http://korta.nu/ypv1j>



man använder till stor del öppna frågor som börjar med ord som hur, vad, var och varför.

– Jag som läkare får inte ha ett myndighetsperspektiv där jag talar om vad patienten ska göra. Det fungerar sällan eftersom människor inte vill bli tillrättvisade. Istället ska man försöka hitta ett samarbete där patienten inser att det kan spela roll för hälsan.

### Blir bekvämt för båda parter

Förtroende, att patienten litar på sin läkare är en förutsättning för ett meningsfullt samtal om alkohol. Det är klokt att ”be om lov” att prata om frågan. ”Är det okej för dig att vi pratar om alkohol?”. Sedan kan man gemensamt kartlägga problemets omfattning och konsekvenser. Avslutningsvis kommer man överens om en plan om vad patienten vill förändra.

– Om det är ett uttalat beroende måste jag också beakta vilken ytterligare hjälp som behövs, som till exempel KBT, läkemedelsbehandling eller stöd från sociala myndigheter. Beroendecentrum i Stockholm har ett bra utbud av behandlingar, säger Astri Brandell Eklund.

Evidensen för motiverande samtal i relation till/om alkohol är god. En stor studie (Projekt match) har visat att när personer med god träning i motiverande samtal använder metoden har det lika god effekt som annan längre behandling exempelvis KBT.

– Men det viktigaste med att lära sig förhållningssättet är

att man som behandlande läkare kommer att kunna lyfta frågan så att det känns bekvämt för båda parter.

### Minskar begäret och lusten

Läkemedel kommer in först i ett senare skede i behandlingen, som ett stöd till andra åtgärder.

– De har en bra effekt och förbättrar prognosen hos motiverade patienter, genom att minska begäret och lusten. Effekten är ungefär 20 procent bättre än placebo, säger Sven Andréasson.

Till skillnad från disulfiram (Antabus) hindrar de andra (naltrexon och akamprosot) ingen från att dricka.

– Om man går på fest minskar det risken för att man dricker för mycket, trots att man kan dricka.

### Mer information:

- Vårdprogram viss.nu: <http://korta.nu/s118f>
- Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, SBU, 2001, <http://korta.nu/sbualk>
- Alkoholrådgivning i primärvården, SBU, 2009, <http://korta.nu/sbualkprim>
- Motiverande samtal, [www.somra.se](http://www.somra.se)
- Sjukskrivning: Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, <http://korta.nu/0dc4>



### FAKTA

#### En lämplig regim vid behandling med akamprosot eller naltrexon

- Inled med provtagning, främst för att utesluta allvarlig leverskada.
- Sätt upp mål: Kontrollerat drickande alternativ helnykterhet.
- Planera behandling för 6–12 månader. Under denna tid tar patienten läkemedel varje dag. Man tar prover (följer levervärden i första hand, men också för att få en objektiv markör för utvecklingen) en gång per månad, och har i anslutning till det ett kort samtal med en sjuksköterska eller kurator om hur det går med drickandet. Var tredje månad träffar patienten läkaren för uppföljning.
- Vid sex eller tolv månader tar man ställning till om man ska fortsätta eller sluta med medicinen. Dock med beredskap för att återgå till medicinering om problemen skulle återkomma.
- Naltrexon är kontraindicerat vid opiatberoende.

Källa: Sven Andréasson



## Hårdare tag mot jäv i EU

**Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA har skärpt till sina regler för vilka kopplingar till läkemedelsindustrin som anlidade experter får ha.**

Experter och medlemmar av de vetenskapliga kommittéerna har alltid varit tvungna att redovisa ekonomiska eller andra intressen som kan påverka deras opartiskhet. Men enligt Monika Benstetter, pressansvarig på EMA, kommer de årliga jävsdeklarationerna nu bli mer omfattande.

Experterna kommer hänföras till olika risknivåer utifrån vilka deras uppdrag sedan kan begränsas.

Kraven för medlemmar i beslutande organ, såsom CHMP, är högre än för i en rådgivande, mer tillfällig expertgrupp. Generellt gäller att pågående anställning hos ett läkemedelsföretag innebär nej till uppdrag hos EMA.

– Den största effekten av de nya reglerna väntas bli för medlemmar i kommittéer och arbetsgrupper som har pågående konsult- och rådgivningsroller, säger Monika Benstetter.

Förändringarna förväntas vara genomförda under det andra kvartalet år 2011.

JENNY STENBACKA

■ Läs EMA:s nya jävspolicy på: <http://korta.nu/policy>

## Subventionen för cox 2-hämmare begränsas

**Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har omprövat subventionen för smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel. Resultatet är att tio preparat helt eller delvis tappar högkostnads-skydd under början av nästa år.**

Cox-hämmare för utvärtes bruk, som geler och sprayer för lokala smärttillstånd av lätt till måttlig intensitet (som sportskador), kommer att uteslutas ur högkostnads-skyddet eftersom tillståndet bedöms vara av låg svårighetsgrad.

TLV anser också att prisvariationen i gruppen cox-hämmare har varit för stor för läkemedel med likartad effekt. Behandlingskostnaden per dag för dessa läkemedel behöver normalt vara maximalt 3 kronor vid normaldos, bedömer myndigheten. Ett antal företag har sänkt sina priser, övrigt förlorar subventionen för sina läkemedel.

– Granskningen har också visat att det finns behov av att begränsa användningen av läkemedlen Celebra och Arcoxia till patienter med hög risk för blödningar och för patienter med hög risk för magtarmbiverkningar, till exempel på

grund av hög ålder eller tidigare magsår. De är bara kostnadseffektiva för vissa patienter, kommenterar Magnus Köping-Höggård, medicinsk utredare på TLV, i ett pressuttalande.

Ur njur- och hjärtsviktssynpunkt är dock etoricoxib (Arcoxia) och celecoxib (Celebra) lika olämpliga som traditionella NSAID för äldre. Dessutom finns, liksom för vissa traditionella NSAID, den ökade risken för tromboembolisk sjukdom. Bland kontraindikationerna finns ischemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom, hjärtsvikt, otillräckligt kontrollerad hypertoni och cerebrovaskulär sjukdom.

Om den ökade blödningsrisken betingas av warfarinbehandling måste också interaktionsrisken med cox-hämmare beaktas – se interaktionsdatabasen Sfinx på Janusinfo.

Magsårsbiverkan av NSAID-medicinering med de fruktade blödnings- och/eller perforationskomplikationerna ökar med hög dos och långvarig medicinering och drabbar i första hand en högriskpopulation. Magsårsrisken får då vägas mot behandlingsfördelarna.

– Men risken kan också påtagligt minskas genom att hos riskindivider samtidigt ordinera ulcusprofylax i form av protonpumpshämmare i standarddosering. Detta är ett mycket säkrare sätt att minska risken för ulcus, och även billigare, än att överväga ett byte från en generell till en cox 2-specifik hämmare. För även med dessa föreligger en ulcusrisk även om den är mindre än för de generella cox-hämmarna, säger Daniel Schmidt, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté och ordförande i expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar.



### Förändringar i läkemedelsförmånen från den 1 februari 2011

#### Läkemedel som utesluts:

- Zon gel (ketoprofen)
- Orudis gel (ketoprofen)
- Ibumetin gel (ibuprofen)
- Xefo (lornoxikam)
- Ketoflex gel (ketoprofen)
- Siduro gel (ketoprofen)
- Eeze kutan spray (diklofenak)
- Xefo akut (lornoxikam)

#### Läkemedel som får begränsad subvention:

- Celebra (celecoxib)
- Arcoxia (etoricoxib)

JENNY STENBACKA

■ Ytterligare information och rekommendationer finns i Kloka Listans avsnitt om smärta och inflammation, se [www.janusinfo.se/klokalistan](http://www.janusinfo.se/klokalistan)

■ Mer om TLV:s beslut finns på <http://korta.nu/65c6>

## Nexium ut ur förmånen

**Det är inte rimligt att Nexium enterotabletter (esomeprazol) är kvar inom högkostnadsskyddet när det finns likvärdiga protonpumpshämmare som har en lägre kostnad. Det konstaterar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och tar nästa år bort preparatets subvention.**

– Med en anpassad dosering av billiga generiska omeprazoltabletter eller kapslar kan man uppnå exakt samma behandlingseffekt som med fortfarande avsevärt mycket dyrare 40 mg nexiumtabletter, eller för den delen 20 mg dito, säger Daniel Schmidt, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté och ordförande i expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar, och välkomnar beslutet.

Redan år 2006 konstaterade Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket att en generell användning av Nexium

inte var kostnadseffektiv. Men trots att begränsningar i subventionen då infördes är användningen av Nexium lika stor idag som för fyra år sedan. Samtidigt har priset på likvärdiga alternativ sjunkit med mer än 75 procent.

– Nexium är sex gånger dyrare än andra likvärdiga läkemedel men det är inte visat att det är bättre för patienterna, säger Anja Wikström, medicinsk utredare på TLV, i ett pressuttalande.

Beslutet att helt ta bort subventionen för Nexium enterotabletter gäller från och med den 15 januari 2011. Nexium enterogranulat och Nexium HP kommer dock fortfarande att ingå i högkostnadsskyddet.

I Stockholm behandlas per år ungefär 19 000 patienter med esomeprazol.

JENNY STENBACKA

■ **Läs mer på** <http://korta.nu/nexium>

## Expertrådet för psykiatriska sjukdomar

Till Stockholms läns läkemedelskommitté är 21 expertråd knutna. Dessa utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling inom olika terapiområden och kommenterar aktuella medicinska studier. Samtliga expertråd finns på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se).



**Johan Franck**, ordf  
professor, överläkare,  
Centrum för psykiatri-  
forskning



**Aleksander Mathé**  
professor, överläkare  
psykiatri sydväst,  
Karolinska  
universitetssjukhuset



**Karin Sparring Björkstén**  
med dr, överläkare  
psykiatri södra Stockholm



**Mats Ek**,  
ST-läkare  
psykiatri sydväst, SLSO



**Mussie Msghina**  
docent, ST-läkare  
psykiatri sydväst



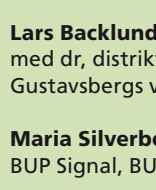
**Carl-Olav Stiller**  
docent, överläkare  
klinisk farmakologi,  
Karolinska  
universitetssjukhuset



**Tove Gunnarsson**  
med dr, överläkare  
psykiatri nordväst,  
Karolinska universitets-  
sjukhuset



**Marie Persson**  
farm lic, leg apotekare  
Medicinskt  
Kunskapscentrum



**Lars Backlund**  
med dr, distriktsläkare  
Gustavsbergs vårdcentral

**Maria Silverberg-Mörse** överläkare  
BUP Signal, BUP-divisionen

# Industrins PR-metoder i kritisk belysning

Här kan du läsa sammanfattningar av några av föredragen vid konferensen **Selling Sickness i Amsterdam 19–20 oktober 2010, anordnad av konsumentorganisationen Gezonde Sceptis (Sund Skepsis)**. Se också **Evidens nr 5. Mötets huvudsyfte var att kritiskt belysa läkemedelsindustrins metoder för att påverka olika samhällsaktörer.**

Av David Finer Foto: Peer van der Weeg

## En prövning för vetenskapen



Kliniska prövningar har blivit marknadsföringsinstrument, sa Trudy Dehue, professor i vetenskapsteori och vetenskapshistoria, universitetet i Groningen, Holland.

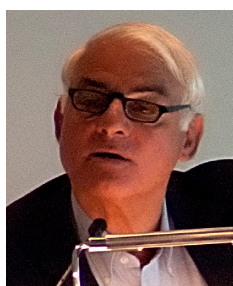
– När forskare drivs att tjäna företagets behov, då blir kliniska prövningar uppvisningar, forskning blir marknadsföring, publicerade artiklar blir annonser och

deras författare medicinska auktoriteter, sa Trudy Dehue.

– I läkemedelsföretagens informationsmaterial utlovas framgång redan innan nya produkter finns på marknaden. De medicinska tidskrifterna utnyttjas som marknadsförarnas förlängda arm.

■ Mer information: <http://korta.nu/c34a>

## Varning för nya diagnoser i DSM-V



– DSM-IV bidrog till falska epidemier av autism, bipolär sjukdom och ADHD. Och DSM-V är ännu slarvigare än vad vi var, berättade Allen Frances, psykiatriprofessor vid Duke University i USA. Frances ledde arbetet med att ta fram amerikanska "diagnosbibeln" DSM-IV, som kom 1994.

– Nya psykiatriska diagnoser och sänkta trösklar för existerande diagnoser i DSM-V kommer att sjukförklara tiotals miljoner människor på lösa grunder, bara i USA, varnade han.

Det rör sig om nya diagnoser som överdrivet sexuellt intresse, hetsätning, humörsvängningar hos barn, nya beroendetillstånd och psykosrisksyndrom. Ett eldorado för industrin men en katastrof för samhället, enligt Allen Frances.

■ Mer information: <http://korta.nu/3101>

## Ekonom vill anpassa patentsystemet



Systemet med patentskydd för läkemedel har stora osunda medicinska och ekonomiska biverkningar.

Finansiera forskning och utbildning med offentliga medel utan att offra läkemedelsindustrins berättigade vinstintressen. Det föreslog Dean Baker, en ledande författare och ekonom vid Center for Economic and Policy Research i Washington.

– De flesta läkemedel är billiga, men patentsystemet medför konstgjorda prishöjningar. Andra negativa effekter är för många snarlika läkemedel, resultatförfalskning, snedvriden marknadsföring, korruption av läkare och ointresse för generika och icke-patenterbara behandlingar, sa Dean Baker.

National Institutes of Health (NIH) betalar årligen 30 miljarder dollar till biomedicinsk forskning, mer än vad industrin säger sig satsa. Mycket av detta går till grundforskning, men det finns många exempel där läkemedel helt tagits fram genom NIH-stöd.

– Ett offentligt finansierat system skulle också innebära att medicinsk vidareutbildning sköttes av människor utan intressen i läkemedelsförsäljningen, sa Dean Baker.

■ Mer information: <http://korta.nu/4bcb>

## Sjukdomssajter dold reklam

Pfizers potenslinjen.nu och Novartis omnjurcancer.nu är exempel på webbplatser med sjukdomsinformation som del i en industristrategi att försöka kringgå förbudet mot direktreklam för receptbelagda läkemedel till allmänheten.

– WHO:s kriterier för etisk marknadsföring från 1988 är fortfarande utmärkta men lämnar en lucka som företagen utnyttjar, sa Teresa Alves, Health Action International, i en kritisk diskussion av detta internationella fenomen och som belyses i en aktuell kunskapsöversikt från Gezonde sceptis.

■ Mer information: <http://korta.nu/5cym0>



# Betablockerare och KBT ger bättre migränbehandling

**En amerikansk studie på två primärvårdsinrättningar i Ohio visar att tillägg av kombinationen förebyggande behandling med betablockerare och kognitiv beteendeterapi (KBT) till akut migränbehandling ytterligare förbättrar effekten.**

Av Fredrik Hed

Studien inkluderade 232 vuxna (medelålder 38 år, 79 procent kvinnor) med diagnosen migrän med eller utan aura, som drabbades av minst tre migränattacker med funktionshinder under en inledande 30-dagarsperiod med optimerad akut behandling.

Patienterna fick tillägg av en av fyra förebyggande behandlingar till en optimerad akutbehandling: antingen betablockerare, placebo, KBT plus placebo, eller KBT plus betablockerare.

Den primära effektparametern var förändring i antalet anfall under 30 dagar. Sekundära effektparametrar var förändring i antalet migrändagar under 30 dagar, samt livskvalitet. Studien löpte under 26 månader och omfattade en månads run-in, fyra månaders dosinställning och elva månaders uppföljning.

Resultaten visar att kombinationen betablockerare och KBT gav bäst effekt på antalet anfall per 30 dagar. Utifrån detta drar författarna slutsatsen att tillägget av betablock-



erare plus KBT, men inte tillägg av betablockerare ensamt eller KBT ensamt, kan förbättra resultat av en redan optimerad akut migränbehandling.

– Det finns tidigare studier, på betablockerare versus placebo, som ger gott stöd för betablockare som första val vid profylax. Det intressanta med denna studie är dock att tillägg av KBT verkar vässa effekten, säger Elisabet Waldenlind, överläkare och medlem av expertrådet för neurologiska sjukdomar.

Hon påpekar dock att ytterligare studier behövs och att ett problem med den nya studien kan vara att den utvärderar både effekten av optimerad akutbehandling och profylax.

■ Läs studien i BMJ: <http://korta.nu/n9211>

## ASA kopplas till minskad risk för kolorektalcancer

ASA taget under flera år i doser på minst 75 mg per dag minskade i en metaanalys den långsiktiga incidensen och dödligheten till följd av kolorektalcancer. Metaanalysen består av fem studier, omfattande både primär- och sekundärprevention, bland annat den svenska Swedish Aspirin Low Dose Trial (SALT). I de inkluderade studierna fick patienterna ASA under 5–6 år. Genom analys av poolade enskilda patientdata kunde forskarna fastställa ASA:s effekt på risken för kolorektalcancer över 20 år. ASA minskade 20-årsrisken att drabbas av kolorektalcancer med 24 procent, och mortaliteten med 35 procent.

– Det här är ett intressant primärprofylaktiskt fynd hos population med primär- eller sekundärprofylaktisk behandling med minst 75 mg ASA mot debut av hjärtkärlhändelse eller av recidiv av hjärtinfarkt eller annan

arteriell kärlhändelse. Denna primära coloncancerprofylaktiska effekt är kliniskt av jämförbar vikt med den avsedda hjärtkärlprofylaktiska effekten även om NNT sannolikt är högre, säger Daniel Schmidt, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté och ordförande i expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar.

– Vid hjärtkärlprofylaxen är nytta-/riskavvägningen fullt acceptabel. Det vill säga att risken av att drabbas av en kliniskt signifikant ASA-gastropati med blödning och/eller perforation övervägs av vinsten av signifikant recidivprofylaktisk effekt mot ny hjärtkärlhändelse. Däremot är det långtifrån säkert att sådan positiv nytta-/riskbalans skulle föreligga vid eventuellt försök till utbredd primärprofylax mot coloncancer hos en population över 60–65 års ålder med den största risken för sådant insjuknande, säger Daniel Schmidt.

FREDRIK HED

■ Läs studien i the Lancet: <http://korta.nu/iz5he>

# Stora skillnader i förskrivning av statiner till patienter med typ 2-diabetes

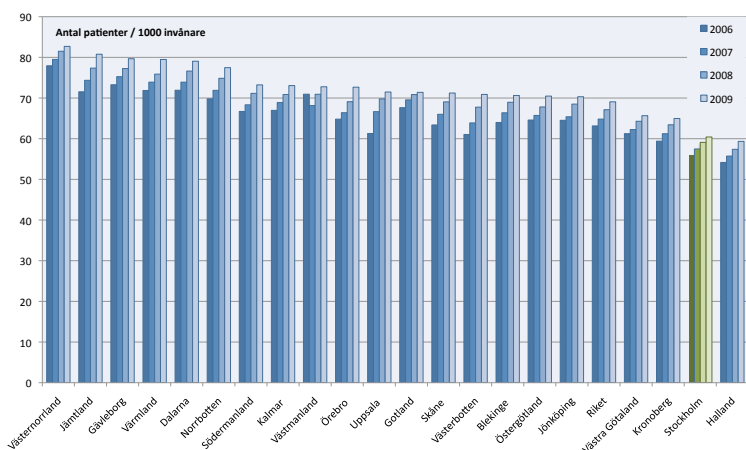
Den ökade rapporteringsgraden till Nationella Diabetesregistret, NDR, har förbättrat möjligheterna att övergripande följa vården av patienter med diabetes mellitus typ 2. Rapporteringen räcker dock ännu inte för att i detalj klarlägga skillnader i till exempel diabetesprevalens. Antalet patienter med något blodsockersänkande läkemedel, kan då tjäna som surrogatmått (Figur 1).

Jämfört med övriga län hade Stockholm näst minst behandling av diabetes. Detta kan delvis förklaras av något lägre genomsnittsalder jämfört med riket.

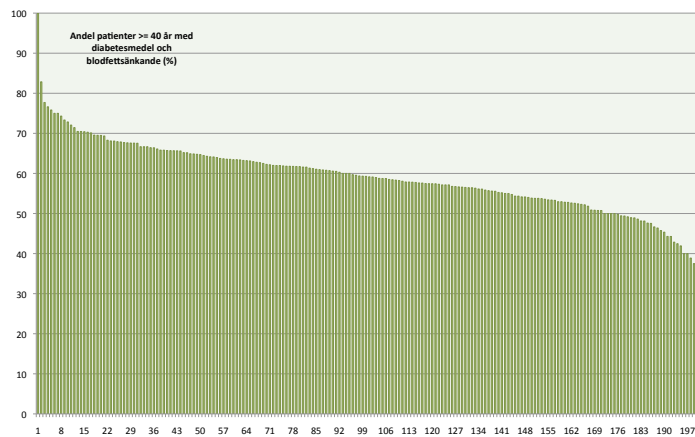
## Högre i norr än i söder

Sedan den 1 juli i år får Stockholms läns landsting tillgång till uppgifterna om länsinvånarnas receptköp, per vårdgivare. Andelen statinbehandlade patienter med läkemedel mot diabetes på länets vårdcentraler kan därmed överblickas (Figur 2). Andelen var år 2009 i genomsnitt 59 procent (29–100 procent). Medelvärde av antalet patienter per vårdcentral med något läkemedel mot diabetes var 216 (3–708). Cirka en fjärdedel av diabetespatienterna i Sverige får enligt NDR enbart kostbehandling och dessa ingår inte i jämförelsen.

Andelen statinbehandlade diabetespatienter var genomsnittligt högre på vårdcentraler i norra jämfört med södra



**Figur 1:** Antal unika patienter 40 år eller äldre per 1000 invånare med något blodglukossänkande medel per län 2006–2009, ej åldersstandardiserat. Stockholm: grönt.  
Källa: Socialstyrelsens Läkemedelsregister.



**Figur 2:** Relativ andel av unika patienter 40 år eller äldre med blodsockersänkande behandling vilka erhållit statin, per vårdcentral / husläkarmottagning inom Vårdval i Stockholms län juli 2009 – juni 2010, ej åldersstandardiserat och utan hänsyn till variationer i antal patienter per mottagning. Källa: Socialstyrelsens Läkemedelsregister.

Storstockholm. Bland vårdcentraler med högre andel statinbehandlade än 70 procent var fler belägna i norra Stockholm (Danderyd, Sollentuna). Omvänt var vårdcentraler med lägre andel än 50 procent i högre grad belägna i södra Stockholm (Skarpnäck, Farsta, Nykvarn). Låg andel statinbehandlade tenderade att korrelera med lågt antal behandlade patienter.

## Förklarande faktorer

Skillnaderna mellan vårdcentralerna kan förklaras av faktorer som skillnader i lokala terapitraditioner, socioekonomi och befolkningsstruktur inom länet, såsom andelen utlandsfödda. Det är inte helt klarlagt vilken andel statinbehandling som är den optimala för diabetespatienterna på en vårdcentral.

Vårdgivare inom SLL planeras inom några år kunna nå en webbrapport med individbaserad läkemedelsstatistik. Detta tillsammans med ytterligare förbättrad rapportering till NDR lägger grund till fortsatt kvalitetshöjning i vården av patienter med typ 2-diabetes.

STEN RONGE

## Läs mer

SoS nationella riktlinjer för diabetesvården: <http://korta.nu/29d6>

SoS öppna jämförelser: <http://korta.nu/753pk>

SoS statistik för läkemedel: <http://korta.nu/stat>

## ”Nyttan med HRT överväger riskerna i fem år”

**Snittåldern för menopaus bland svenska kvinnor är 51 år. Många upplever besvär i klimakteriet och ungefär 40 procent kan vara aktuella för behandling med hormonsättningsterapi (HRT). Under fem års tid är nyttan med behandlingen större än riskerna, menar Angelica Lindén Hirschberg, ordförande i expertrådet för obstetrik och gynekologi.**

Av Fredrik Hed

HRT används för att lindra klimakteriesymtom som svettningar, vallningar och sömnstörningar, men även andra östrogenbristsymtom som torra slemhinnor i underlivet.

### *Vilken typ av HRT ska ges?*

– Behandlingen ska individanpassas. Om livmodern är kvar ska patienten normalt ha östrogen plus gestagen. Den senare skyddar livmodern för endometrie-cancer. Men om livmodern är borttagen ges bara östrogen. Beroende på var i klimakteriet patienten befinner sig ges antingen behandlingen cykiskt (tidigt i klimakteriet) eller kontinuerligt (senare). Om patienten har besvär av gestagen kan man ge det i 14 dagar var tredje månad. Alternativt lokalt via hormonspiral. Det viktigaste är att använda lägsta effektiva dos, motsvarande 1 mg östradiol under kortast möjliga tid.

### *Hur länge ska patienten behandlas?*

– Rekommendationen är att behandla i upp till fem år, vilket är den genomsnittliga tiden för klimakteriesymtom. Då överväger nyttan riskerna med behandlingen. Patienten ska kontrolleras med ett till två års intervall.

### *Vilka patienter ska inte ha HRT?*

– De med östrogenberoende bröstcancer, outhärdad underlivsblödning, DVT, lungemboli, pågående svår hjärtkärlsjukdom som hjärtinfarkt, angina pectoris, stroke, samt allvarlig leversjukdom.

### *Några viktiga interaktioner?*

– Eftersom både östradiol och gestagen bryts ner via CYP450-systemet i levern kan det uppstå interaktion med antiepileptika och vissa infektionsmedel, där nedbrytningen av oralt intagen gestagen och östradiol försämras med ökade halter som resultat. Även johannesört kan interagera och ge lägre effekt av HRT i oral form.

### *Och biverkningar?*

– Vid start av behandlingen kan patienten uppleva bröstspänningar, huvudvärk och illamående, men dessa är vanligtvis övergående.

*HRT har förknippats med ökad risk för cancer och hjärtkärlsjukdom?*

– Det finns en durationsberoende ökad risk för bröstcancer med kombinationsbehandling; en signifikant ökad risk på ungefär 30 procent för kvinnor som är i 50–59 års ålder när de börjar med behandling, jämfört med patienter utan behandling. Hos patienter som får enbart östrogenbehandling ser vi ingen ökad risk för bröstcancer jämfört med placebo. I absoluta tal är riskökningen liten, men den ska beaktas.

– Vad gäller ökad risk för hjärtkärlsjukdom gäller det inte den yngre patientgruppen om 50–59 år. Däremot har det setts en ökning bland dem som påbörjar sin behandling när de är över 60 år gamla. Därför är rekommendationen att inte påbörja HRT-behandling bland dem över 60.

*Skjuter man inte bara fram symptomen i fem år när man ger HRT?*

– Det finns inget som talar för det, men vi kan inte bevisa det. Under menopaus går hormonproduktionen i äggstockarna ner dramatiskt, med stora svängningar, vilket ger symptomen. Efter cirka fem år stabiliseras systemet och kroppen anpassar sig till de lägre nivåerna.

*Hur höga blir hormonnivåerna av HRT jämfört med endogena nivåer före menopaus?*

– Östradiol varierar naturligt och kraftfullt under menscykeln. HRT-behandling ger betydligt lägre genomsnittliga nivåer än den naturliga.

*Hur ska behandlingen sättas ut?*

– Antingen direkt eller trappas ut, till exempel att det tas varannan dag under en tid. De flesta gynekologer och patienter föredrar att trappa ut det, det upplevs som mer fördelaktigt.



Angelica Lindén Hirschberg

FOTO: STEFAN ZIMMERMAN

■ Mer info om HRT finns i expertrådets dokument på Janusinfo: <http://korta.nu/hrt>

# Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



**Kom ihåg** att flera fortbildningar kräver föranmälan. Se [www.janusinfo.se/fortbildning](http://www.janusinfo.se/fortbildning) för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.

## JANUARI

**13** torsdag, kl 09.30 – 16.15

### Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Plats: Citykonferensen Malmskillnadsgatan 46

Målgrupp: Politiker, verksamhetschefer och tjänstemän samt berörda professioner i Stockholms läns landsting och Gotlands kommun

**18** tisdag, kl 08.00 – 16.40

### Kloka Listan Forum 2011

Plats: Norra Latin, City Conferens Centre, Drottninggatan 71 B

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor med intresse för läkemedelsfrågor, politiker, tjänstemän och apotekare som är verksamma inom hälsa, vård och omsorg.

**19** onsdag, kl 18.00 – 19.30

### Onsdagsseminarium

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län

**20** torsdag, kl 18.00 – 20.00

### Torsdagsseminarium

Plats: Rolf Lufts Auditorium

Karolinska Universitetssjukhuset i Solna  
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län

**26** onsdag, kl 09.00 – 16.30

### Hur bör primärvården handlägga vanliga infektioner – i telefonrådgivningen och patientmötet?

Plats: Spårvagnshallarna konferens,

Birger Jarlsgatan 57A

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län

**31** måndag, kl 17.15 – 18.00

### Måndagsseminarium

Plats: Stora Blå, entré via Hjalmar Cederströms gata 20, Södersjukhusets personalmatsal

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län

## FEBRUARI

**9** onsdag, kl 13.00 – 16.00

### Mot en bättre vård för demenssjuka!

Plats: Hörsalen, Capio S:t Görans sjukhus, hiss C plan 2.

Målgrupp: Sjuksköterskor

**10** torsdag, kl 14.00 – 16.00

### KOL – en sjukdom som inte går att bota!

Plats: Rehabgatan, kursrum, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge

Målgrupp: Sjuksköterskor

**16** onsdag, kl 13.30 – 16.30

### Update Geriatrik

Munhälsa – mat och näring – obstipations problematiken hos äldre!

Plats: Näringslivets hus, Storgatan 19, lokal Uranus.

T-bana Östermalmstorg

Målgrupp: Sjuksköterskor inom geriatrik verksamma inom Stockholms län och kommuner

**24** torsdag, kl 18.00 – 20.00

### Torsdagsseminarium

Plats: Rolf Lufts Auditorium

Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län

## MARS

**17** torsdag och 18 fredag

### 2-dagars kurs: Hypertoni, 24-timmars blodtrycksmätning och kardiovaskulär prevention

Plats: Lejonaldals slott, Bro

Målgrupp: Läkare