



Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ



TEMA

Läkemedel och miljö

Välj från Kloka Listan för att
miljösäkra din förskrivning

Uppdaterat

Hjärtsjukvården bättre
i Stockholm

■ SID 2

Tema: Läkemedel och miljö

Expertråden tar hänsyn
till miljödata

■ SID 4-7

Antitrombotiska läkemedel

Strukturerat införande krävs

■ SID 8-9

Nya studier

Rökstopp på krogen bra
för barns astma

■ SID 10

Internationellt

Ohelig allians brännmärktes
i Amsterdam

■ SID 11

Aktuella beslut

Oklart om sambandet mellan
Pandemrix och narkolepsi

■ SID 12

Förskrivning i siffror

Bättre blodtrycks kontroll på 24
vårdcentraler

■ SID 14-15



Hjärtsjukvården har blivit bättre i Stockholm

■ ■ ■ Enligt Hjärtrapporten 2010, som sammanställs årligen av Hjärt-Lungfonden, blir hjärtvården bara bättre inom SLL. 85 procent av sjukhusen i Sverige har förbättrat vården sedan 2007 och bäst i Sverige ligger Capio S:t Görans sjukhus.

Hjärtrapporten 2010 jämför 2009 med 2007. Under den tidsperioden är det 61 av 70 sjukhus i Sverige som har förbättrat sina resultat i jämförelsen. Fyra sjukhus noterar ett oförändrat index medan bara sju har försämrat sitt index.

I Stockholms län har samtliga sjukhus förbättrat sitt resultat från 2007 till 2009 (se tabell). Högst index av alla svenska sjukhus nådde Capio S:t Görans sjukhus med 8,5 poäng (av 9 möjliga) som därmed placerar sig i topp.

– Det är glädjande att se de goda resultaten för sjukhusen inom SLL. Jag tror att vårt målmedvetna kvalitetsarbete under flera år som strävar mot ständig förbättring och där olika kvalitetsregister används för att återkoppla resultaten spelar stor roll. Det gör också alla medarbetare delaktiga, säger Thomas Kahan, professor, överläkare vid hjärtkliniken på Danderyds Sjukhus.

En brist som rapporten pekar ut är att vården och uppföljningen efter hjärtinfarkt kan förbättras. I dag är det en stor andel patienter som inte når önskade mål när det gäller blodtrycks kontroll, lägre blodfetter, rökstopp och fysisk aktivitet. Bristerna gör att patienter riskerar att insjukna i nya hjärtinfarkter eller annan hjärt-kärlsjukdom.

– Det finns mycket kvar att göra. Blodtrycksdata ser bra ut men kunde vara ännu bättre. Kolesteroldata kanske hade sett bättre ut om man mätt hur många som hade en bra statinbehandling, enligt våra rekommendationer från expertrådet, i stället för hur många som nådde LDL-målet mindre än 2,5 mmol/liter. Vi behöver bli betydligt bättre i Stockholm vad avser rökstopp och motion, säger Paul Hjemdahl, ordförande i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar.

FREDRIK HED

■ **Ladda ner** rapporten på Hjärt-Lungfondens hemsida: <http://korta.nu/badc>



FAKTA

Sjukhusen i Stockholms län

Sjukhus	Poäng-skillnad	Placering 2009	Poäng 2009	Poäng 2007
Danderyds sjukhus	+5	2	8	3
Norrtälje sjukhus	+4,5	17	6,5	2
Capio S:t Görans Sjukhus	+4	1	8,5	4,5
Karolinska Universitets-sjukhuset Huddinge	+3,5	11	7	3,5
Södersjukhuset	+3,5	11	7	3,5
Karolinska Universitets-sjukhuset Solna	+2	37	5	3
Södertälje Sjukhus	+1,5	54	4	2,5

Nytt sätt att rapportera HbA1c

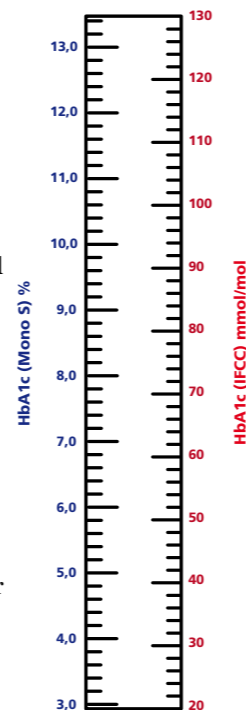
■ ■ ■ Sedan den 1 september gäller en ny internationell HbA1c-standard för att ange HbA1c. Nu är det mmol/mol som gäller istället för procent.

Den nya analysmetoden kalibreras till en referensmetod som är framtagen av IFCC, International Federation of Clinical Chemistry. Den mäter endast glykosylerat hemoglobin och ger ett mer "sant" värde. Alla länder i hela världen kommer nu att införa denna nya enhet och därmed blir det lätt och säkert att jämföra HbA1c-resultat mellan länder, metoder och tillfällen.

I Sverige infördes denna nya enhet för rapportering under september. Under en övergångsperiod fram till den 31 december 2010 kommer en dubbelrapportering att ske för att underlätta övergången. Från och med nästa år sker rapportering enbart i mmol/mol.

För den som har diabetes är den allmänna målsättningen fortfarande att HbA1c ska vara lägre än 52 mmol/mol (tidigare 6 %). Se linjalen ovan för enkel omräkning.

■ **Mer information:** På webbplatsen <http://www.hba1c.nu/> finns mer information. Där finns också en patientbroschyr att skriva ut.



FREDRIK HED

Senaste nytt hittar du alltid på www.janusinfo.se

Barn med okomplicerad otit behöver inte penicillin

■ ■ ■ Penicillin behövs inte vid okomplicerad öroninflammation hos barn mellan ett och tolv år. Det rekommenderar Läkemedelsverket i sina nya rekommendationer för läkemedelsbehandling av akut mediaotit (AOM).

Åldersgränsen för när antibiotika inte ska användas har flyttats ner från två till ett år. Bekräftad öroninflammation hos barn under ett år och över tolv år bör behandlas med penicillin. Förstahandsval är då penicillin V tre gånger dagligen i fem dagar. Vid terapivikt rekommenderas amoxicillin i tio dagar.

Dubbelsidig öroninflammation hos barn under två år ska också behandlas, liksom alla öroninflammationer där trumhinnan brustit.

– Förskrivningen av antibiotika till barn i allmänhet är väldigt hög i Stockholm. Jag tycker att rekommendationerna är bra eftersom det nu bör bli fler som slipper väsentligen onödigt antibiotikabehandling. Nytt i riktlinjer är också att barn med ensidig, okomplicerad öroninflammation inte behöver någon efterkontroll, säger Christer Norman, informationsläkare samt distriktsläkare vid Salems vårdcentral.

Rekommendationerna har tagits fram i samverkan med nationella experter och Strama.

FREDRIK HED

■ Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid AOM: <http://korta.nu/a8be>
SLL:s behandlingsrekommendation vid AOM: <http://korta.nu/7af4>

Skriv i Evidens!

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

Manusstopp

nr 6 utkommer mitten december, manusstopp 1 november
nr 1, 2011 utkommer mitten februari, manusstopp 1 december

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 5, 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@sll.se · www.janusinfo.se · Tryck Intellecta, Stockholm 2010
Grafisk form: Soya Kommunikation · Omslagsfoto: Istockphoto · Postadress: Medicinskt Kunskapscentrum, Box 17533, 118 91 Stockholm.
Besöksadress: Magnus Ladulåsgratan 63 A. För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sll.se

Stockholms läns läkemedelskommitté har fått i uppdrag att skapa riktlinjer för antikoagulantibehandling för Stockholms län. Hur nya antitrombotiska läkemedel introduceras på ett klokt sätt i Stockholms hälso- och sjukvård är nu föremål för diskussion i en expertgrupp under ledning av docent Gerd Lärffars. Nyttan och problem med antikoagulantibehandling beskrivs också i detta nummer av Evidens. Det är en stor patientgrupp och det rör ett komplicerat behandlingsområde, därför finns behov av övergripande råd.



Läkemedel medför inte alltid minskad sjuklighet och död. Efter tio år på marknaden har nyligen försäljningstillståndet för läkemedel som innehåller rosiglitazon (Avandia, Avandamet och Avaglim) dragits tillbaka i EU. Orsaken är att rosiglitazon kan ge ökad risk för hjärt- och kärlbiverkningar (läs mer på sidan 13). Fördelarna med rosiglitazon uppväger inte längre riskerna med substansen.

I nationella riktlinjer för diabetesvården har rosiglitazon och pioglitazon fått en mycket låg prioritering. Erfarenheterna av rosiglitazon kan appliceras på användningen av nya antidiabetika och det blir intressant att om tio år titta tillbaka på de nya perorala antidiabetika som nu introduceras.

Med önskan om en lärarik höst med deltagande i alla våra fortbildningar och kloka läkemedelsval önskar

EVA ANDERSÉN KARLSSON

Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset



Större miljökrav måste ställas

Läkemedelsfrågor ligger högt upp på miljöagendan inom SLL och har gjort så i flera år. Visionen är att inga miljöstörande läkemedelsrester ska tillföras naturen genom landstingets verksamhet.

Av Emma Svensson

Det kommer fler och fler rapporter att läkemedelsrester läcker ut i vår vattenmiljö. Resterna påverkar inte bara de djur och växter som lever i vattnet, utan riskerar även att leda till konsekvenser för människors hälsa via dricksvattnet. Läkemedelsrester når våra sjöar och vattendrag genom flera olika vägar:

- Vid tillverkning av läkemedel (sker ofta utanför Europa).
- Efter konsumtion, genom att läkemedel och dess nedbrytningsprodukter utsöndras med urin och avföring som förs vidare till avloppsreningsverken.
- Vid kassation av överblivna/oanvända läkemedel – om avfallet inte omhändertas korrekt.

Stora utsläpp vid tillverkning

År 2007 uppmärksammade svenska forskare att det från ett reningsverk i Hyderabad, Indien,

där ett 90-tal läkemedelsfabriker ligger samlade, dagligen släpptes ut enorma mängder läkemedel från tillverkningen. Varje dygn spolades till exempel 45 kg ciprofloxacin ut, i en halt högre än den terapeutiska plasmakoncentrationen hos en behandlad människa. Även höga halter av andra antibiotika, betablockerare och antidepressiva med mera noterades. Forskarna har senare hittat resistensgener mot flera typer av antibiotika i bakterier nedströms reningsverket. Dessa upptäckter har lett till en global diskussion om att större miljökrav måste ställas på läkemedelsproduktionen. Röster börjar höjas för att också andra aspekter än lägsta pris – såsom ekologiskt och socialt hållbar produktion – bör kunna ingå i kriterierna för TLV:s subventionsbeslut, utbytesregler etc.

Mycket kasseras

År 2009 samlade apoteken i Stockholms län in 235 ton kasserade läkemedel (1128 ton i hela Sverige)! Hur mycket som vid sidan av det spolades ut i toaletter och avlopp är okänt. En utmaning för vården är att minska ”onödiga” förskrivning som leder till kassation. En rationell förskrivning gynnar inte bara miljön, utan också patienten, som kanske slipper ta onödiga läkemedel med risk för biverkningar, och samhället, genom lägre kostnader.

■ **Läs mer:** Åke Wennmalm, Miljöpåverkan från läkemedel – Vad vi vet och vad vi kan göra. Stockholm: SLL Miljö; 2009. Per Snapruds artikel i FoF nr 6, 2010: <http://korta.nu/9bb2>



Ytterligare rening behövs

Svenska forskare har som de första i världen kunnat beräkna de teoretiska miljöeffekterna för 500 läkemedel. Ett femårsprojekt vid Stockholm Vatten visar att redan renat avloppsvatten med hjälp av kompletterande rening kan renas nästan helt från läkemedelsrester.

Av David Finer

Jerker Fick, apotekare vid institutionen för kemi, Umeå universitet, forskar inom ramen för MistraPharmas forskningsprojekt kring utsläpp av läkemedel i våra vattendrag. MistraPharma-programmet omfattar sex universitet och kostar 42 miljoner kronor över fyra år, finansierat av Stiftelsen för miljöstrategisk forskning.

– Jag forskar kring hur läkemedel uppträder, bryts ned och deras öde i miljön. Här ingår studier av fiskar som fick simma i renat utgående avloppsvatten från svenska reningsverk, där vi mätte läkemedel som finns i vattnet respektive i fisken, berättar Jerker Fick.

Miljöeffekter mäts på fisk

Jerker Fick kunde visa att halten levonorgestrel i plasma hos dessa fiskar var högre än vad man finner hos kvinnor som använder p-piller. Nyligen publicerades en tysk studie som visade att koncentrationerna var tillräckliga för att minska fiskarnas äggproduktion.

– Nivån av levonorgestrel i fiskarna var upp till 12 000 gånger högre än i omgivande vatten, alltså ett konkret exempel på att fiskar har förmåga att biokoncentrera ämnen, säger Jerker Fick.

Nyligen publicerade Jerker Ficks forskargrupp en matematisk modell som, bättre än dagens metoder, ska kunna förutsäga ett läkemedels miljöpåverkan. Modellen bygger in faktorer som försäljningsvolym, kemiska egenskaper och potens. För 120 läkemedel väntar närmare undersökningar, varav man hittills publicerat sig kring 24 läkemedel.

I en aktuell doktorsavhandling av Sara Brosché, institutionen för växt- och miljövetenskaper, vid Göteborgs universitet redovisas studier där bakterier i sötvattensmiljöer utsatts för en blandning av läkemedel och kosmetiska produkter i låga koncentrationer, som förekommer i avloppsvatten.

– Hela bakteriesamhället blev sammantaget mer tolerant



– Det finns inga kända belägg för att läkemedelsrester kan skada miljön, förutom för hormoner och antibiotika, säger miljökemisten Cajsa Wahlberg.

mot antibiotika. Men om det beror på att vissa bakterier kan utveckla resistens eller redan är resistent kan vi inte säga något mer om utan vidare studier, säger Sara Brosché.

Femårsprojekt i Stockholm

Nyligen avslutades ett femårsprojekt inom Stockholm Vatten kring läkemedel i miljön.

– Det är en hypotes att läkemedelsrester kan skada miljön i de låga halter som är uppmätta, men det finns inga kända belägg för detta förutom för hormoner och antibiotika, säger miljökemisten Cajsa Wahlberg, som lett projektet.

Det största utsläppet av läkemedel som når vattenmiljön via reningsverken kommer från urin eller fekalier från människor som medicinerar.

Många läkemedel är svårnedbrytbara för att kunna stå emot den sura miljön i magsäcken och mikrofloran i tarmkanalen och bryts därför heller inte ned så lätt i reningsverkens processer.

Bland 96 av de läkemedel som valts ut för närmare studier kunde 78 upptäckas i inkommande vatten till reningsverken. Nästan alla dessa hittades också i renat avloppsvatten, men i lägre koncentrationer. Några av de vanligaste läkemedlen i avloppsvatten var metoprolol, furosemid, diklofenak, tramadol, oxazepam och karbamazepin. Spår av dessa finns också i dricksvatten.

I ett delprojekt undersöktes en rad olika kompletterande reningstekniker med vars hjälp upp till 95 procent ytterligare minskning av halten läkemedel i redan renat avloppsvatten kunde uppnås. Bäst fungerade filtrering genom aktivt kol, oxidation med ozon samt omvänd osmos.

– Det måste också vägas mot ökad energi- och resursförbrukning, säger Cajsa Wahlberg.

Om kompletterande rening skulle införas beräknas kostnaden för vatten och avlopp i hela Sverige öka med 1,2–5,7 miljarder kronor per år och VA-taxan i snitt öka med 10–40 procent.

Är Stockholms befolkning beredda att vara med och betala det priset för en framtida bättre miljö med färre kemikalier i vårt dricksvatten?

■ **Ladda ner** rapporten Läkemedelsrester i Stockholms vattenmiljö på <http://korta.nu/4581> (pdf-fil).

Sara Brosché's avhandling: <http://korta.nu/resistens>

Artikeln om den matematiska modellen: <http://korta.nu/fick>



FAKTA

Miljöutbildning

Medicinskt Kunskapscentrum erbjuder i samarbete med SLL Miljö kostnadsfri utbildning om läkemedels miljöpåverkan på din arbetsplats. Kontakta Siv Martini via janusredaktionen@sll.se, för mer information.

Kloka Listan väger in miljödata

För att komma närmare SLL:s miljövision för läkemedel började landstinget 2003 att bedöma och klassificera läkemedel efter deras miljöpåverkan. Under 2005 inleddes ett samarbete med Läkemedelsindustriföreningen, Lif, som utför miljöriskbedömningar som presenteras på Fass.se.

Av Fredrik Hed

Miljöklassificeringen sker både av läkemedlens inneboende förmåga att påverka miljön (miljöfarlighet) och av den miljörisk som substansen medför vid användning i nuvarande omfattning. Utifrån detta tar Medicinskt Kunskapscentrum tillsammans med SLL Miljö varje år fram en uppdaterad version av broschyren Miljöklassificerade läkemedel.

Östrogener och antibiotika är värst

Miljöarbetet är uppdelat i dels insamling och bearbetning av data, dels värdering av informationen. Först görs en miljöfarlighetsbedömning för själva substansen. Då tar man hänsyn till om den bioackumuleras, hur snabbt den bryts ner och om den är toxisk. Detta vägs sedan ihop till ett gemensamt betyg för substansen.

Sedan beaktas även den miljöriskbedömning som görs (av företaget) för samma substans när den väl kommer ut i miljön. Miljörisken avser toxisk risk för vattenmiljön beräknad efter svenska förhållanden och försäljning av substansen under ett år. Riskbedömningen och farobedömningen pekar på olika miljöstörande faktorer varför man måste ta hänsyn till båda bedömningarna när man vill bilda sig en uppfattning om ämnets miljöpåverkan.

Miljöfarligheten uttrycker substansens inneboende miljöskadliga egenskaper och ges ett värde från 0–9 (PBT-index), där substansens miljöfarlighet är större ju högre värdet är. PBT-index består av tre komponenter; Persistens

– förmåga att stå emot nedbrytning i vattenmiljö; Bioackumulering – ansamling i fettvävnad hos vattenlevande organismer; och Toxicitet – giftighet för vattenlevande organismer.

– Värstingarna inom området är östrogener och antibiotika om man även väger in resistensproblematiken. Kinoloner till exempel bryts knappt ner alls, säger Siv Martini, operativt ansvarig för miljöfrågor kring läkemedel inom Medicinskt Kunskapscentrum.

Tillverkningen är problematisk

En stor del av de aktiva läkemedelssubstanserna tillverkas i Indien och Kina. Det svenska förmånssystemet med generikautbyte gynnar de produkter som är billigast, vilket i teorin skulle gynna fabriker som inte satsar på teknik för att minska sina utsläpp, som därmed kan ha lägre priser. – Troligen är det så, men vi vet inte säkert att det alltid är så. Uppgifter om exakt vilka fabriker som har miljöovänlig tillverkning eller vilka företag som köper sina aktiva substanser från dessa fabriker är sekretessbelagda, säger Siv Martini.

Rent generellt tycker hon att vi i Sverige ska gynna fabriker som tar sitt miljöansvar var i världen de än är placerade.

Miljödata premieras

Totalt finns idag miljödata för cirka 700 substanser. Tyvärr är det i många fall ganska ofullständiga data som kommer in, eftersom det är frivilligt för företagen att lämna ifrån sig data. Det beror i sin tur också på att informationen helt enkelt saknas för många substanser.

– Kunskapen är betydligt större idag än när vi började 2003, säger Siv Martini.

För att förbättra informationen har SLL vidtagit några åtgärder.

– Vi har till exempel skärpt instruktionerna för val av preparat till Kloka Listan för att premiera när miljödata finns



FAKTA

Miljösäkra din förskrivning

- Följ Kloka Listans rekommendationer så långt det är medicinskt möjligt – miljöaspekten är invägd.
- Skriv startförpackning när du initierar en ny behandling.
- Skriv inte ut mer läkemedel än vad som går åt, iterera hellre receptet vid osäkerhet.
- Informera dina patienter om att vissa beredningsformer – som plåster eller p-ringar – innehåller läkemedel även efter användning och därför måste kasseras på rätt sätt. De ska inte spolans ner i toaletten eller slängas i hushållssoporna utan lämnas tillbaka till apoteket.
- Uppmana dina patienter att lämna in överblivna och oanvända läkemedel till apotek! Alla apotek, oavsett kedja eller ägare, är skyldiga att ta emot kasserade läkemedel, som skickas till särskilt godkända anläggningar för förbränning.

tillgängligt. Om två substanser bedöms som medicinskt likvärdiga och en av dem saknar miljödata ska expertråden välja den som har data som rekommenderat läkemedel, förutsatt att miljödata inte visar att substansen har stor miljöpåverkan förstås, säger Siv Martini.

Därför erbjuds expertrådens ledamöter årligen en utbildning i nuvarande kunskapsläge samt hur miljöinvägningen i Kloka Listan praktiskt kan gå till. Men även andra förskrivare får utbildning, inte bara medlemmarna i expertråden.

– Vi har tillsammans med miljöavdelningen tagit fram en utbildning anpassad för läkare som inte är medlemmar i något expertråd. Huvudbudskapet är att följa Kloka Listan så långt det går, för där är miljön invägd.

I den elektroniska versionen av Kloka Listan, som finns på www.janusinfo.se, har alla läkemedel med miljöklassificering en länk vidare till den informationen.

Jämfört med andra landsting ligger SLL mycket bra till. Vissa menar till och med att SLL är bäst i världen.

– Det är framför allt tack vare vår förra miljödirektör Åke Wennmalm, som började arbeta med frågan tidigt och tog fram systemet med vår miljöklassificering, säger Siv Martini.

Effekt och säkerhet väger tyngst

Läkemedelskommitténs samtliga expertråd ska beakta miljöinformation när de värderar läkemedel till nya versioner av Kloka Listan.

– Vi tittar bland annat på parametrar som om det finns startförpackningar där det är applicerbart, säger Eva Wikström Jonsson, med dr, läkare vid Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, och medlem i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar sedan 2003. – Vid val av preparat väger alltid evidens och dokumentation om medicinsk effekt och säkerhet tyngst. Sen ska miljöeffekter vägas in tillsammans med pris och praktiska aspekter.

Statusen ökar

I expertrådet för obstetrik och gynekologi är miljöfrågorna en het potatis.

– För oss kommer frågan väldigt högt upp på agendan eftersom hormoner, framför allt i form av p-piller, används i hög utsträckning och har stor påverkan på miljön, säger Angelica Lindén Hirschberg, professor, överläkare Kvinno-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, samt ordförande i expertrådet.

När Eva Wikström Jonsson började i expertrådet 2003 pratade man aldrig om miljö och läkemedel. Men de senaste två-tre åren har frågan fått ett rejält uppsving menar hon, och får medhåll från Angelica Lindén Hirschberg.

– Det blir en positiv spiral där statusen för miljöfrågor ökar allteftersom vi lär oss mer och mer. Vi försöker verkligen prioritera dessa frågor och ser till att utbilda oss för att med ökad kompetens bättre kunna bedöma miljöaspekter när vi gör våra rekommendationer till Kloka Listan.

Mer information

■ Miljöklassificerade läkemedel: www.janusinfo.se/miljo
Miljö och läkemedel på Janusinfo: www.janusinfo.se/v/Miljo-och-lakemedel/
Miljöavdelningen inom SLL: korta.nu/35b5



SAMMANFATTNING

SLL bedömer och klassificerar läkemedel efter deras miljöpåverkan. Informationen publiceras på www.fass.se och på janusinfo.se. Expertråden inom SLL beaktar miljöinformation i sitt värderingsarbete till Kloka Listan, efter ett läkemedels effekt och säkerhet.

Nya antitrombotiska läkemedel kan förändra flimmervården

År 2030 kommer det att finnas 50 000 stockholmare som har förmaksflimmer. Nya läkemedel registreras under 2011, vilket sannolikt kommer att medföra stora förändringar för vården samt ökande läkemedelskostnader. Detta kommer att ställa nya krav på våra antikoagulantiamottagningar, menar docent Gerd Lärvars, ordförande i expertrådet för plasmakomponenter och vissa antitrombotiska läkemedel.

Av David Finer

Omkring 25 000 stockholmare har förmaksflimmer i dag, och de förväntas vara dubbelt så många år 2030. Det rör sig om en stor och blandad patientgrupp som omfattar både yngre yrkesverksamma och äldre multisjuka som sköts av många enheter, och detta ställer stora krav på hälso- och sjukvården.

2003 införde Läksak inom Stockholms läns landsting en modell för strukturerad introduktion av läkemedel i hälso- och sjukvården. Strukturerat införande innebär att bedöma nya, icke-godkända läkemedel avseende deras förväntade kostnadsutveckling, att kritiskt värdera deras dokumentation och potential samt utvärdera och följa upp effekter, biverkningar och kostnadseffektivitet.

Nya antitrombotika införs strukturerat

Docent Gerd Lärvars, överläkare, ordförande i expertrådet för plasmakomponenter och vissa antitrombotiska läkemedel ingår i en expertrådsgrupp som fått uppdrag av Stockholms läns läkemedelskommitté att se över hur nya antitrombotiska läkemedel på ett strukturerat sätt kan införas inom Stockholms hälso- och sjukvård. Detta kommer att leda till en uppdatering av behandlingsriktlinjerna. Nu pågår också arbetet för fullt med att ta fram förslag till Kloka Listan 2011.

– Vi kommer fortlöpande inom expertrådet att utvärdera alla nya läkemedel som kommer. Jag tror att hälso- och sjukvården med nyfikenhet inväntar expertrådets rekommendationer, säger Gerd Lärvars.

Alla antitrombotika kräver uppföljning

Kliniska resultat är rapporterade i RE-LY-studien, där också Sverige ingick, som publicerades under hösten 2009.

I studien jämfördes det nya blodförtunnande medlet dabigatran med standardbehandlingen warfarin när det gäller att förebygga stroke hos patienter med förmaksflimmer.

Resultaten visade att dabigatran var lika effektivt och säkert som warfarin. Det finns dock många frågetecken kring läkemedlet såsom säkerheten för särskilda riskgrupper (äldre och personer med nedsatt njurfunktion) och avsaknaden av möjligheter att monitorera patienterna. En intensiv diskussion förs nu både inom professionen och i media om detta läkemedel ska ersätta warfarin och i så fall för vilka patientgrupper.

– Waran bedöms komma att ha en fortsatt stor plats även efter ett eventuellt godkännande av dabigatran vid förmaksflimmer. Det finns många patientgrupper som inte omfattats av studierna och som fortsättningsvis kommer att behandlas med Waran. De nya preparaten som dabigatran, rivaroxaban och apixaban är enklare att administrera och har liknande effekter som Waran, men kräver också som vid Waranbehandling en regelbunden uppföljning och utvärdering.

Dabigatran finns redan på marknaden, men enbart för patienter med normal njurfunktion med indikationen profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik. Användningen har hittills varit blygsam. Farmakologiskt finns vissa problem i den låga men varierande biotillgängligheten och den njurfunktionsberoende utsöndringen.

– Framför allt dabigatrans – men även rivaroxabans – utsöndring är beroende av njurfunktionen och läkemedelsinteraktioner finns. Biverkningar, som gastrointestinala besvär, finns exempelvis för dabigatran. För att fånga upp dessa biverkningar och komplikationer måste vi bli bättre på kvalitetsuppföljningar, och ta fram ett välfungerande IT-stöd, menar Gerd Lärvars.

Även antidot är en viktig aspekt med dessa läkemedel. För Warfarin finns detta, medan dabigatran och rivaroxaban ännu så länge saknar antidot.

– Tydliga rekommendationer för att reversera effekten vid behov av reoperation eller blödning saknas fortfarande, vilket kommer bli ett dilemma vid en eventuell ökande användning, säger Gerd Lärvars.

– När de nya läkemedlen införs kommer det också att krä-



FOTO: NORDIC PHOTOS



FAKTA

Välj i första hand warfarin

När warfarin infördes på 1950-talet innebar det ett stort framsteg för profylax och behandling av venös trombos. En ökad warfarinanvändning är i enlighet med Kloka Listans råd: "Vid indikation för tromboemboliprofylax vid förmaksflimmer, välj i första hand warfarin. Följ utarbetade riktlinjer för uppföljning av warfarinbehandling". Fortfarande sker en underbehandling, så att bara varannan patient som haft stroke och förmaksflimmer behandlas med warfarin. Warfarin reducerar risken för TIA/stroke eller perifer emboli vid förmaksflimmer med 60-85 procent. ASA minskar bara risken med 20 procent.

vas intensivare fortbildningsinsatser inom primärvården, så att alla som möter dessa patienter är väl förberedda.

Viktigt informera patienten om warfarin

En genomgång av tolv vetenskapliga studier som gjordes av Marie Dahlgren och Anneli Johansson vid Högskolan i Halmstad visade att warfarinbehandlade patienter behöver tydlig information om biverkningar, interaktioner, vikten av följsamhet och eventuell påverkan av kost och alkohol, också på invandrarspråken, med större text och bilder vid behov. Vid bristande följsamhet, högre ålder och kommunikationssvårigheter behövs extra resurser för information, som också bör följas upp för att säkra behandlingen.

Verksamheten vid de många Warfarin- eller antikoagulantiamottagningarna har varit en viktig förutsättning för uppföljning och kontroll, en gren där Sverige för övrigt hävdar sig mycket väl internationellt.

– Våra svenska Waranmottagningar är kända för att fungera mycket bra och kommer fortfarande att behövas. Beho-

vet att fånga upp nytillkomna hälsoproblem hos patienter som står på antitrombotiska läkemedel kvarstår, men hur ofta det ska ske diskuterar vi just nu. Vi hoppas komma ut med en handbok i frågan, säger Gerd Lärvars.

Mottagningarna behövs fortfarande

I och med de nya läkemedlens införande kommer mottagningarnas roll att förändras. Det är inte nödvändigt att kontrollera PK(INR)-värdena med hjälp av blodprov i samband med regelbundna kontroller på samma sätt som tidigare. Med de nya medlen är doseringen mer förutsägbar, och det terapeutiska fönstret mycket större. Samtidigt krävs det försiktighet vid förskrivning till patienter med övervikt och sviktande njurfunktion.

– Att samla patienter från antikoagulantiamottagningar med få patienter för att skapa större enheter som kan få mer erfarenheter är en möjlighet för att öka kompetensen. Just nu ser vi över den optimala storleken på dessa mottagningar och behovet av kompetenser som antikoagulations-sjuksköterskor, vilka redan idag finns på sjukhusen, säger Gerd Lärvars.

Flera nya trombocythämmare på väg

Flera trombocythämmare är också på väg att introduceras. Under 2009 registrerades prasugrel (Efient) med indikationer inom hjärtspecialistsjukvården. Prasugrel skulle kunna utgöra ett alternativ till klopidogrel för personer med diabetes och personer med en genetiskt bristande förmåga att aktivera klopidogrel i levern. Användningsområdet blir dock litet, i synnerhet sedan patentet för klopidogrel gått ut och priset gått ned kraftigt (se nedan).

Ytterligare en trombocythämmare, ticagrelor (Brilinta) förväntas nå marknaden 2011. Det är en reversibel hämmare som i den dokumenterade doseringen har visats ha en snabbare och mer uttalad trombocythämmande effekt än klopidogrel, samt en relativt lång effektduration efter avslutad behandling.

Under 2010 kommer kostnaderna för trombocythämmarna att minska kraftigt, eftersom patentet för klopidogrel gick ut i slutet av 2009. På sikt förutspås dock kraftigt ökade kostnader för denna läkemedelsgrupp.



FAKTA

CHADS2 är ett enkelt verktyg att riskstratifiera patienter med förmaksflimmer med avseende på tromboembolism. Se www.viss.nu – förmaksflimmer.

Rökförbud på krogen positivt för barns astma

Tidigare studier har visat att rökförbud på barer och restauranger är positivt för hälsan för de som arbetar på sådana ställen. Nu visar en studie från Skottland även på färre sjukhusinläggningar för barn med astma.

För första gången är det nu visat att rökförbud på krogen har en positiv påverkan även på luftvägssjukdom bland människor som inte har en yrkesmässig exponering för passiv rökning. Studien publicerades i New England Journal of Medicine den 16 september 2010.

Dr Pell och medarbetare vid Public Health Section, University of Glasgow, Glasgow, Skottland, samlade in data från sjukhusinläggningar på grund av astma bland barn i Skottland yngre än 15 år från januari 2000 till oktober 2009.

Innan lagstiftningen genomfördes i mars 2006 ökade sjukhusinläggningarna för astma med i genomsnitt 5,2



procent per år. Efter införandet av rökförbudet minskade ökningstakten med 18,2 procent per år jämfört med takten den 26 mars 2006, då lagen trädde i kraft. Minskningen var uppenbar både bland förskolebarn och bland barn i skolåldern.

Dr Pell och hans medarbetare drar slutsatsen att man kan se ett samband mellan rökförbudet på barer och restauranger 2006, och en senare sänkning av respiratoriska sjukdomar bland andra populationer än de med yrkesmässig exponering för passiv rökning.

FREDRIK HED

■ Mer information: <http://korta.nu/0187>

Expertrådet för plasmaprodukt och vissa antitrombotiska läkemedel

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.



Gerd Lärvars, docent, överläkare, ordförande Vo Internmedicin, Södersjukhuset
gerd.larfars@sodersjukhuset.se



Hans Johnsson, docent, överläkare Akutkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset



Pia Petrini, överläkare Koagulationsmottagningen, Astrid Lindgrens barnsjukhus



Medlemmar
Tobias Bäckström, specialistläkare, med dr Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset



Karl-Gösta Ljungström, docent, överläkare Kirurgikliniken, Danderyds sjukhus



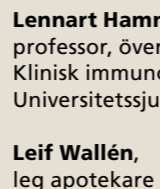
Rayomand Press, med dr, överläkare Neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset



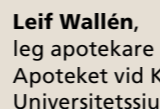
Margareta Holmström, med dr, överläkare Centrum för hematologi, koagulationsmottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset



Jan Palmblad, professor, överläkare Hematologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset



Lennart Hammarström, professor, överläkare Klinisk immunologi, Karolinska Universitetssjukhuset



Leif Wallén, leg apotekare Apoteket vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Ohelig allians medicin – marknadsföring brännmärktes på Amsterdamkonferens

Marknadsföring och medicinsk vetenskap ingår allt oftare en ohelig allians med skrämmande resultat. Tydligaste tecknet är sjukdomsmångleri, en form av medikalisering, menade arrangörerna bakom konferensen Selling Sicknes den 7–8 oktober i Amsterdam.

Av David Finer

Vid konferensen, som ordnades med stöd av WHO:s europeiska regionkontor och holländska hälsoministeriet, deltog 200 deltagare från över 30 länder. Initiativtagare var konsumentorganisationen Gezonde Sceptis (Sund skeptis).

Inledningstalare var Ray Moynihan, prisbelönt australiensisk undersökande journalist, som myntat konferensens titel och (med Alan Cassels) skrivit en bok med samma namn, som kom 2005.

Skapat behov av läkemedel

Mycket av industrins marknadsföringsbudgetar spenderas för att främja säkra, effektiva och nödvändiga läkemedel men också på att skapa ett "otillfredsställt behov" av nya läkemedel, sa Moynihan. En metod är att omotiverat konstruera nya sjukdomsklassifikationer, så kallad disease-mongering (sjukdomsmångleri), en form av medikalisering.

Sjukdomsmångleri omfattar att förvandla normala besvär och personliga problem till medicinska frågor, beskriva lätta symtom som svåra, ange risker som sjukdomar och göra prevalensberäkningar, så att de maximerar potentiella marknader.

I sina böcker och i artiklar i British Medical Journal har Moynihan dokumenterat talrika exempel på industrins och läkarvetenskapens sjukdomsmångleri, exempelvis avseende depression, social fobi, irriterad tarm, osteoporos, restless legs, och – i den nyutkomna boken Sex, Lies and Pharmaceuticals (med Barbara Mintzes) – kvinnlig sexuell dysfunktion, FSD.

Oredovisade bindningar

Bakom rekommendationer som kraftigt utvidgar gränserna för nya sjukdomstillstånd står medicinska "experter", vilka ofta har oredovisade bindningar till läkemedels- eller den medicinsk-tekniska industrin, menar kritikerna.

De båda industritalarna vid konferensen – Brian Ager, kemist och chef för europeiska läkemedelsfederationen



FOTO: PEER VAN DER WEEG

Ray Moynihan, australiensisk journalist och författare, har dokumenterat fenomenet sjukdomsmångleri.

EFPIA och dr Michel Dutréé, Nefarma, branschorganisationen för den holländska läkemedelsindustrin – tillbaka-visade anklagelserna som orimliga och illasinnade.

En av deltagarna var Staffan Svensson, klinisk farmakolog, ST-läkare vid Angereds vårdcentral i Göteborg.

– Ämnet för konferensen är angeläget men också omdiskuterat. Det handlar främst om problemet med att samma företag som säljer läkemedel också har inflytande på indikationerna för läkemedel. Risken finns då att diagnoser skapas, utvidgas och framhävs i syfte att öka möjligheterna att marknadsföra läkemedel, säger Staffan Svensson.

Förslag om diagnosinstans

Staffan Svensson fann den amerikanska psykiatriprofessor Allen Frances förslag som intressant, att alla nya diagnoser borde bedömas av en opartisk instans, ungefär som när Läkemedelsverket registrerar ett nytt läkemedel. Frances var ordförande för förra DSM-kommittén (DSM-IV).

Andra givande inslag på mötet var enligt Staffan Svensson diskussionen kring FSD, kontraktforskningens effekter, spökskriveri av vetenskapliga artiklar, behovet av reklamgranskning som del av läkares fortbildning, patentsystemets effekter på läkemedelsforskningen och vikten av internetportaler för obunden evidensbaserad patientinformation.

Mer information

■ OH-presentationer från konferensen: <http://korta.nu/OH-bilder>
Artikel om Selling Sicknes i BMJ: <http://korta.nu/d745>

Ännu oklart om samband mellan Pandemrix och narkolepsi

Mer studier fordras för att kunna bedöma om det finns ett orsakssamband mellan pandemrixvaccination och narkolepsi. Det konstaterar EMA:s vetenskapliga kommitté, CHMP, efter att nu ha nått igenom all tillgänglig dokumentation.

Utredningen fortgår men CHMP anser i nuläget att nytta-riskbalansen för Pandemrix fortfarande är positiv.

Svenska Läkemedelsverket delar uppfattningen att det ännu inte går att dra någon slutsats kring orsakssamband mellan narkolepsi och Pandemrix. Någon regulatorisk åtgärd för att begränsa användningen av Pandemrix i Sverige bedöms inte heller vara nödvändig.

Drygt 30 miljoner européer vaccinerades med Pandemrix under förra årets influensapandemi. Till och med den 17 september i år hade totalt 81 fall av narkolepsi efter vaccination med Pandemrix rapporterats från sjukvården inom hela EU. De flesta fallen kommer från Sverige (34 rapporter från sjukvården) och Finland (30 rapporter).

Den pågående utredningen är komplex och kommer att ta ungefär tre till sex månader att slutföra, skriver den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA. Nya epidemiologiska studier kommer att krävas för att det ska gå att dra några bestämda slutsatser om samband.

JENNY STENBACKA

■ Läs Läkemedelsverkets kommentar på <http://korta.nu/pandemrix>



FOTO: GETTY IMAGES



Dom slår fast att Kuvan inte får högkostnadsskydd

Förvaltningsrätten har avslagit läkemedelsföretaget Mercks överklagande av TLV:s beslut gällande nekad subvention av säräkemedlet Kuvan. Det blir således även fortsättningsvis upp till landstinget att subventionera eventuell behandling.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) konstaterade i sitt beslut i våras att kostnaden för läkemedlet Kuvan (sapropterin), som används vid den svåra och sällsynta bristsjukdomen hyperfenylalaninemi, är för hög i förhållande till den nytta läkemedlet ger.

TLV hänvisade istället till möjligheten som finns med överenskommelsen mellan Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting. Enligt den kan landstingen subventionera läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna för enskilda patienter som har synnerligen angelägna medicinska behov av dessa läkemedel och som saknar behandlingsalternativ.

I ärendet Kuvan följer Stockholm den rekommendation som en nationell grupp, tillsatt av landstingsdirektörerna, har gjort. För patienter som kan uppnå tillfredställande resultat med enbart dietbehandling finns, enligt gruppen, ingen anledning att använda landstingets undantagsrutin för finansiering av Kuvan.

– Problemen med att hålla en svår diet står ju klart, men det är ändå grundstommen i behandlingen, säger Henrik Almkvist, chefläkare vid hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) i Stockholms läns landsting.

Däremot finns en liten grupp patienter där enbart dietbehandling är otillräckligt, till exempel beroende på avsaknad av BH4-enzymfunktion.

– HSN-förvaltningen kommer liksom hittills att ta ställning i varje enskilt fall enligt oförändrade principer, säger Henrik Almkvist.

JENNY STENBACKA

■ TLV om domen: <http://korta.nu/kuvan>

Fler naturläkemedel i interaktionstjänst

Dokumenterade interaktioner för ytterligare sex naturläkemedel, däribland echinacea purpurea (röd solhatt) och ginkgo biloba, finns nu sökbara i interaktionstjänsten Sfinx. Databasen har också utökats med ännu ett födoämne, äppeljuice. Sfinx finns tillgänglig via Janusfönster och webbplatsen Janusinfo. Från och med november kommer Sfinx även att ingå i SIL, Svensk informationsdatabas för läkemedel.

JENNY STENBACKA



■ Sfinx hittar du på <http://www.janusinfo.se/>
Mer information om SIL hittar du på <http://www.silinfo.se/>

Immunglobulinet Octagam återkallas i hela EU

Läkemedelsverket beslutade den 17 september att tillfälligt återkalla immunglobulinet Octagam. Orsaken är att andra länder under året fått in ett ökat antal biverkningsrapporter om blodpropp vid användning av Octagam 50 mg/ml.

Indragningen, som gäller båda styrkorna av Octagam (50 mg/ml och 100 mg/ml), är enligt Läkemedelsverket att betrakta som en förebyggande åtgärd. Myndigheten bedömer att risken för blodproppsbildning bland dem som tidigare fått behandling med Octagam är låg då biverkningarna som regel uppträtt i direkt anslutning till infusionen av läkemedlet.

I Sverige finns inga rapporterade fall av blodpropp relaterat till produkten på senare år och de tillverkningsstater som initialt misstänktes vara kopplade till biverkningarna har inte sålts i Sverige.

Den 24 september gick sedan den europeiska läkemedelsmyndighetens vetenskapliga kommitté ut och rekommenderade indragning i alla EU-länder.

JENNY STENBACKA

■ Information från EMA finns på <http://korta.nu/octagam>

Skriv i Evidens!

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

Hjärt-kärlriskerna fällde rosigitazon

Diabetesmedlen Avandia, Avandamet och Avaglim, som alla innehåller rosigitazon, dras in tillfälligt i hela EU. Sedan flera år har det varit känt att rosigitazon kan leda till vätskeretention och därmed bidra till hjärt-kärlbiverkningar. Efter utredning konstaterar den europeiska läkemedelsmyndighetens vetenskapliga kommitté (CHMP) att fördelarna med rosigitazon inte längre uppväger riskerna med substansen.

Några nya recept på läkemedel som innehåller rosigitazon ska inte utfärdas. Ansvariga läkare uppmanas att ta reda på vilka patienter som behandlas med läkemedel som innehåller rosigitazon och erbjuda dem behandling enligt Kloka Listan och Nationella riktlinjer för diabetesvården. Medellångverkande humaninsulin har högre prioritering än andra perorala antidiabetika.

Enligt Socialstyrelsens register över uthämtade läkemedel behandlades i Stockholms län totalt under januari till och med juni i år cirka 1200 patienter med rosigitazon. Det motsvarar ungefär 2 procent av alla patienter i länet som fick något blodsockersänkande läkemedel under perioden. Ungefär hälften fick Avandia och resten fick Avandamet (kombination med metformin). Avaglim fanns inte på den svenska marknaden.

JENNY STENBACKA

■ Läs mer på <http://korta.nu/d2c8>

Förbättrad blodtryckskontroll på 24 vårdcentraler

– men fler patienter bör nå målblodtryck

På 24 vårdcentraler i sydvästra Stockholm har blodtrycksdata insamlats i en databas via det datoriserade rapportverktyget RAVE och omfattar nu drygt 25 000 patienter. Under åren 2004–2008 sjönk det systoliska medelblodtrycket hos dessa patienter och andelen med ett blodtryck <140/90 ökade. Antal blodtrycksmedel per patient ökade från 1,59 till 1,79. Blodtrycksbehandlingen har således förbättrats men är inte optimal.

Av: Christer Norman, Jan Hasselström, Ramin Zarrinkoub, samtliga distriktsläkare

Enligt WHO-dokumentet "Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks" från 2009 är hypertoni den tyngsta riskfaktorn för förtida död i ett globalt perspektiv. I höginkomstländer är hypertoni tillsammans med rökning tyngst vad gäller dödlighet och vad gäller sjuklighet kommer hypertoni på fjärde plats efter rökning, alkohol och övervikt. I SBU-rapporten om högt blodtryck från 2007 uppskattas 1,8 miljoner svenskar ha högt blodtryck varav 60 procent har mild förhöjning. 1,4 miljoner uppskattas behöva läkemedelsbehandling. Rapporten påtalar vikten av en total riskbedömning vid beslut om farmakologisk behandling. Detta innebär att man tar hänsyn till den sammanlagda effekten av samtliga riskfaktorer, organskador och eventuella redan manifesterade hjärtkärlsjukdomar. Att enbart ta hänsyn till blodtrycksvärdet räcker oftast inte. Andelen läkemedelsbehandlade patienter som uppnår ett målblodtryck <140/90 uppgår i de flesta svenska studier till 20–30 procent och underbehandlingen visar sig i regel som ett kvarstående högt systoliskt blodtryck.

Antalet patienter ökade

Sedan mitten av nittiotalet har det pågått ett samarbete mellan vårdcentralerna i sydvästra Stockholm kring kvalitetsfrågor vilket har samordnats av EK-gruppen (Efterutbildning och Kvalitet) och Läkemiddelskommittén. Samarbetet har bland annat handlat om uttag av kvalitetsdata ur patientjournalen (Profdoc3) på 24 vårdcentraler med hjälp av RAVE 2. Data har sedan förädlats och lagrats i en Accessdatabas (Ram-In) och använts i utbildning och kvalitetsutveckling. Vårdcentralerna representerar områden



FAKTA

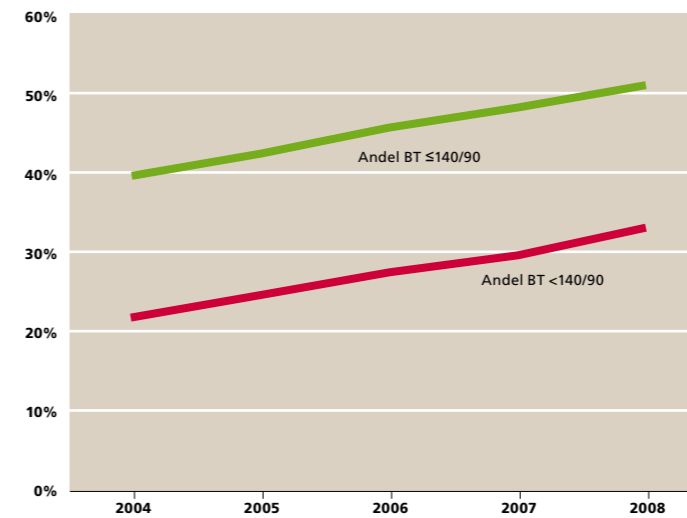
Rapport om hembloodtrycksmätning

SBU publicerade den 20 oktober en rapport om hembloodtrycksmätning. SBU drar följande slutsatser:

- För personer med högt blodtryck är hembloodtrycksmätning lika effektivt för att styra blodtryckssänkande läkemedelsbehandling som mätning på mottagning. Patienterna tar förskrivna läkemedel i samma utsträckning och blodtryckssänkningen blir likvärdig.
- Hembloodtryck tycks ge minst samma träffsäkerhet som blodtryck uppmätt på mottagning för att förutsäga risk för död och hjärt- och kärlsjukdom. Dock går det inte att bedöma om hembloodtrycksmätning för att styra behandling är bättre eller sämre när det gäller att minska risken för dödlighet och hjärt- och kärlsjukdom.
- Hembloodtrycksmätning kan vara kostnadsbesparande för vården då antalet mottagningsbesök blir färre än vid konventionell kontroll av blodtrycksbehandling. Eftersom det saknas kunskap om hur metoden kan användas på lång sikt, är det dock inte möjligt att göra någon säker analys av metodens kostnader eller kostnadseffektivitet.

■ Mer information: <http://korta.nu/3026>

med olika socioekonomisk tyngd men det finns en övervikt för tunga områden som till exempel Alby, Fittja, Halunda och Skärholmen. Från 2004 till 2008 ökade antalet patienter med diagnos hypertoni från 18 688 till 25 504. Vårdcentralerna hade 2008 sammanlagt 319 622 listade patienter. Detta ger en hypertoni-prevalens år 2008 på



Figur 1. Andel patienter med målblodtryck <140/90 resp ≤140/90.

knappt åtta procent. Diabetes var den vanligaste samtidiga sjukdomen följt av kranskärslsjukdom och stroke. Medelåldern 2008 var 66 år. 16,5 procent var äldre än 80 år och tio procent var yngre än 50 år.

Fler patienter nådde målblodtrycket

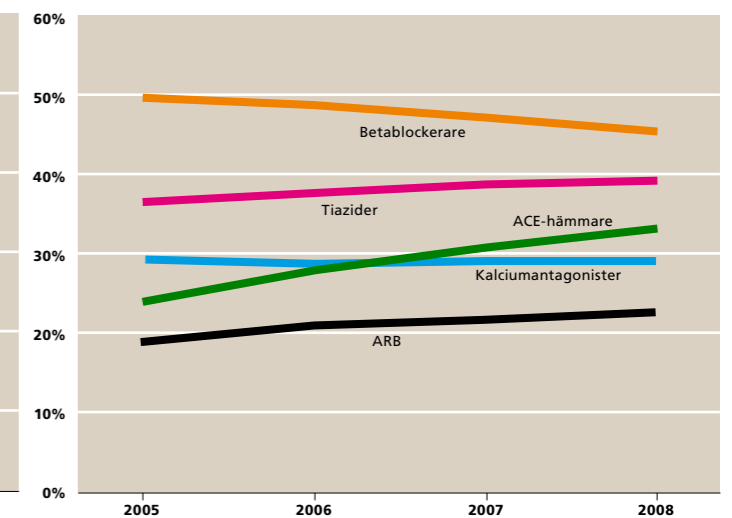
Under åren 2004–2008 sjönk det systoliska medelblodtrycket hos patienterna från 150,1 mm Hg till 144,7 medan det diastoliska var väsentligen oförändrat kring 82. Medelblodtrycket för de 15 000 patienter som enbart hade hypertoni (okomplicerad hypertoni) var 2008 145,1/84,5 mm Hg medan medelblodtrycket för de 10 000 som hade hypertoni och samtidig annan hjärtkärlsjukdom eller diabetes (komplicerad hypertoni) var lägre och låg på 138/79 mm Hg.

Andelen patienter som uppnådde det rekommenderade målblodtrycket <140/90 ökade under de aktuella åren från 22 procent till 33 procent. I rutinsjukvård avrundas blodtryck ofta till jämna värden och just 140/90 är det vanligast registrerade värdet i våra data. Om man väljer att inkludera blodtrycksvärdet 140/90 det vill säga tar med alla blodtryck ≤140/90 ökar andelen patienter som når målblodtryck från 33 till 51 procent (Figur 1).

Andelen patienter med okomplicerad hypertoni som uppnådde målblodtrycket <140/90 var 31 procent medan andelen med komplicerad hypertoni som uppnådde <140/90 var 48 procent. Man bör dock ha i åtanke att många med komplicerad hypertoni rekommenderas ett målblodtryck <130/80.

Ökad användning av rekommenderade läkemedel

Blodtrycken har sannolikt förbättrats på grund av intensivare behandling med fler blodtrycksmedel per patient och



Figur 2. Andel hypertoni-patienter med olika blodtrycksmedel 2005–2008.

fler kombinationsbehandlingar. Från 2005–2008 ökade antalet blodtrycksläkemedel per patient från 1,59 till 1,79. Kloka Listan rekommenderar ACE-hämmare, kalciumantagonister och tiazider i första hand. Dessa tre klasser har ökat i användning (Figur 2). Betablockerare rekommenderas sedan 2005 som ett andrahandspreparat såvida det inte finns annan samtidig indikation som till exempel hjärtsvikt eller kranskärslsjukdom. Betablockerare har minskat i användning bland vårdcentralerna i sydvästra Stockholm. ARB bör bara användas vid ACE-hämmarintolerans. Användningen har ökat något men ARB (angiotensinreceptorblockerare) är den minst använda läkemedelsklassen av de fem väldokumenterade klasserna.

Fler patienter bör nå målblodtryck

Blodtrycksbehandlingen har förbättrats på våra 24 vårdcentraler och detta bör ha lett till att färre individer drabbats av förtida död och förtida hjärt-kärlhändelser. Fler patienter bör dock nå målblodtryck på <140/90. Detta kan ske genom att behandla intensivare och kombinera läkemedel flitigare. I första hand bör man kombinera ACE-hämmare (enalapril, ramipril), kalciumantagonister (amlodipin) och tiazider (hydroklortiazid, bendroflumetiazid). Det är fördelaktigt att tillsammans med patienten sätta upp ett målblodtryck som oftast är <140/90. Patienten ska vara välinformerad om att syftet med behandlingen är att minska risken för förtida hjärtinfarkt och stroke. Biverkningar är få och livskvalité kan faktiskt höjas något. Behandling är väldokumenterat även för äldre åtminstone upp till 85 år. Blodtrycksbehandling bör följas regelbundet med kontroller minst två gånger per år.

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



Kom ihåg att flera fortbildningar kräver föransmälan. Se www.janusinfo.se/fortbildning för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föransmälan.

NOVEMBER

9 tisdag, Kl: 13:30 – 16:00
Patientnämnden – en resurs i vården

Plats: HandenGeriatriken,
Dalarövägen 6, samlingssalen
Målgrupp: Sjuksköterskor

10 onsdag, Kl: 12:30 – 16:00
**Fortbildning Sydost för specialister i allmän-
medicin med tema: Njursvikt i primärvården**

Plats: HandenGeriatriken, Dalarövägen 6,
samlingssalen
Målgrupp: Allmänläkare

10 onsdag Kl: 12:00 – 13:00
**Update om läkemedel på Danderyds Sjukhus:
"Aktuellt inom läkemedelsområdet"**

Plats: Danderyds Sjukhus, Hus 38, Lokal: Bofinken
Målgrupp: Läkare

12 fredag, Kl: 11:45 – 13:00
**Update om läkemedel på Södersjukhuset:
Förmaksflimmer – förr och nu**

Plats: Södersjukhuset, Restaurang Rackarbackens
konferensrum Stora Blå
Målgrupp: Läkare

12 fredag, Kl: 10:00 – 17:00
Nationellt symposium - Det goda åldrandet

Plats: Nobel Forum, Nobels väg 1,
Karolinska Institutet Solna
Målgrupp: Läkare

19 fredag, Kl: 13:30 – 16:30
**Efterutbildning för allmänläkarna
i sydvästra Stockholm: ÖNH**

Plats: Folkets Hus Huddinge
Målgrupp: Allmänläkare i sydvästra Stockholm

25 torsdag, Kl: 8:30 – 16:30
**Fortbildning för distriktsläkare i Nordväst:
Tema Geriatrik**

Plats: Rehasalen, Norrbacka, Karolinska
Universitetssjukhuset, Solna
Målgrupp: Distriktsläkare i nordväst

25 torsdag, Kl: 18:00 – 20:00

**Torsdagsseminarium på Karolinska Solna:
Tema Osteoporos - nya läkemedel, erfarenheter,
fördelar och nackdelar**

Plats: Rolf Lufts Auditorium, L1:00,
Karolinska universitetssjukhuset, Solna
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

30 tisdag, Kl: 12:00 – 13:00

**Update om läkemedel, Karolinska Huddinge:
Varför mäta njurfunktion – och hur gör man?**

Plats: Restaurang 61:an,
Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Målgrupp: Läkare Huddinge sjukhus

DECEMBER

2 torsdag, Kl: 12:00 – 16:30

**Temaeftermiddagar för distriktsläkare i Norrtälje:
Förbättring av primärvård psykiatri**

Plats: Lokal: ROS, Norrtälje
Målgrupp: Läkare

8 onsdag, Kl: 12:00 – 13:00

**Läkemedelsinformation utan reklam:
Överanvändningen av PPI är fortfarande
problematiske, trots att kostnaden minskar**

Plats: Rest. Kringelgumman, Södertälje sjukhus
Målgrupp: Läkare Södertälje sjukhus

8 onsdag, Kl: 18:00 – 19:30

**Onsdagsseminarium med tema:
Mr Tourette och jag....**

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor