

evidens

Tema Hypertoni

Benchmarking i primärvård:
ingen vill vara sämst i klassen

Ny algoritm förenklar
riskskattning vid hypertoni

Sex tips för bättre
hypertonibehandling

Läkemedel
ger liten effekt
vid smärta
hos äldre

Sjuksköterskan Majid Ohadian arbetar på vårdcentralen Solnas hjärta som har högst andel patienter med ett mottagningsblodtryck på <140/90 mmHg i Region Stockholm.

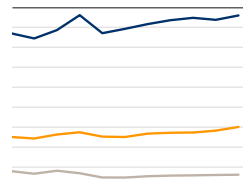
”Vi släpper inte taget!”

evidens #4·20
MEDICIN & LÄKEMEDEL

9–30

Tema Hypertoni

Evidens saknas för D-vitamin
mot covid-19 hos äldre **5**



Kostnader
ökar för
cancer-
läkemedel **5**

"Utvecklingen
går rasande fort" **7**



Vårdcentralen
som lyckas bäst **10**



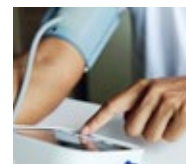
Jämförelse
viktig del av
förbättringsarbete **16**



De flesta behöver
minst två läkemedel **18**



De sex bästa
tipsen för
behandling
av hypertoni **20**



Patienten **23**

Tre sätt att mäta blodtryck **24**

Kardiovaskulär
risk styr
behandling
av hypertoni **25**



Riskskattning och riktlinjer
vid behandling av hypertoni **26**

Smärta hos äldre
bör behandlas på
olika sätt **29**



Här hittar du information
om läkemedel **32**

Fråga experten **33**

"Fördel att
alla har hört
och sett
samma sak" **34**



Ansvärgivare: Gerd Lärars, ordförande Region Stockholms läkemedelskommitté
Redaktion: Anna Bratt, chefredaktör, anna.bratt@sll.se · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Anna Riesenfeld, apotekare · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommittens.hsf@sll.se · www.janusinfo.se/evidens

Omslagsbild: Majid Ohadian. Foto Anna Molander.

Tryck: DanagårdLiTHO, Ödeshög, December 2020
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.

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

SVERIGES
TIDSKRIFT



Tack för mig!

DET ÄR MED blandande känslor som jag skriver årets och min sista ledare för Evidens. I januari 2021 så lämnar jag uppdraget som ordförande för Region Stockholms läkemedelskommitté och även uppdraget som enhetschef för Läkemedelsenheten för att bli deltidspensionär. Det känns ju ovant efter många år inom Region Stockholms hälso- och sjukvård där mycket händer – hela tiden.

Åren med läkemedelskommittén har varit fantastiskt roliga, utmanade och meningsfulla. Arbetet som vi bedriver i kommittén har en tydlig målsättning och ett stort patientfokus. En klok och effektiv läkemedelsanvändning som leder till bättre hälsa och ökad livskvalitet är den gemensamma drivkraften för mig, läkemedelskommittén och våra expertgrupper.

UNDER DE ÅR SOM jag har haft glädjen att leda läkemedelskommittén så har mycket hänt. Inte minst har förändringen med en ny kunskapsstruktur inneburit att samverkan ökat inom regionen. Läkemedelskommittén har fortfarande ett tydligt uppdrag och mandat att leda läkemedelsarbetet och avge rekommendationer, men har nu fått en samverkansmöjlighet med fler sakkunniga inom alla terapiområden. Läkemedel är oftast en viktig del i behandlingen av en patient som ska vägas mot andra insatser så att både under- och överföreskrivning undviks. Tillsammans kan vi arbeta för att en läkemedelsbehandling alltid värderas mot andra behandlingsalternativ och omvårdnad.

Pandemin har inneburit stora påfrestningar inom

vården och i övriga delar av samhället. Redan innan pandemin visste vi att prioriteringar inom hälso- och sjukvården skulle bli tuffare under kommande år, beroende på förändringar i befolkningsstrukturen och minskade skatteintäkter. Det senare befaras nu kunna bli ännu värre. Hälsoekonomiska överväganden och prioriteringar är redan viktiga och blir allt viktigare. Det gäller inte minst inom läkemedelsområdet där kostnadsökningarna har varit stora de senaste åren. Här är det väldigt viktigt att välja rätt behandlingar som verkligen har effekt och ger hälsovinster. Men vi får inte glömma bort patientperspektivet och värdet för patienten; ett arbete som vi också har påbörjat och som måste vidareutvecklas mycket mer.

TILL SIST ÖNSKAR jag alla ett fortsatt lycka till med att uppnå våra gemensamma läkemedelsmål. Jag kommer förhoppningsvis kunna fortsätta med andra uppdrag inom läkemedelsområdet och vet redan nu att jag får äran att vara med på 2021 års Kloka listan forum (som ju blir ett webinarium).

Vi ses i januari!

Gerd Lärars, docent, överläkare, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté

Slutet nära för Läkemedelsboken



EFTER NYÅR FÖRSVINNAR Läkemedelsboken sannolikt från Läkemedelsverkets hemsida. För två år sedan beslutade myndigheten på grund av ekonomiska skäl att inte längre driva arbetet med boken. Diskussioner har sedan förts med olika aktörer, men ingen producentobunden aktör vill ta över ansvaret. Enligt myndigheten ska innehållet bevaras och vara tillgängligt på något sätt, men det är ännu oklart hur.

Anna Bratt

-20%

Fortsatt stor nedgång i uthämtade antibiotikarecept

UNDER TREDJE KVARTALET 2020 var nivån på uthämtade antibiotikarecept hela 20 procent lägre än motsvarande period 2019. Minskningen de senaste 12 månaderna motsvarar 93 000 färre antibiotikarecept till regionens invånare. Målet om max 250 antibiotikarecept per 1 000 invånare i regionen är inte långt borta.

Annika Hahlin

Glöm inte självdeklaration om antibiotika!

KOM IHÅG ATT fylla i "Självdeklaration avseende husläkarmottagningens arbete för en klok och återhållsam antibiotikaanvändning". Den kan ge målrelaterad ersättning till husläkarmottagningarna. Syftet är gemensamt lärande på mottagningen för bästa möjliga omhändertagande av patienter med infektioner och därmed minska onödig antibiotikaförskrivning. Nästa självdeklaration ska skickas in senast 31 januari 2021. Patientfallen och blanketten finns på Strama Stockholms hemsida.

Anna-Lena Fastén
Hélène Rödin

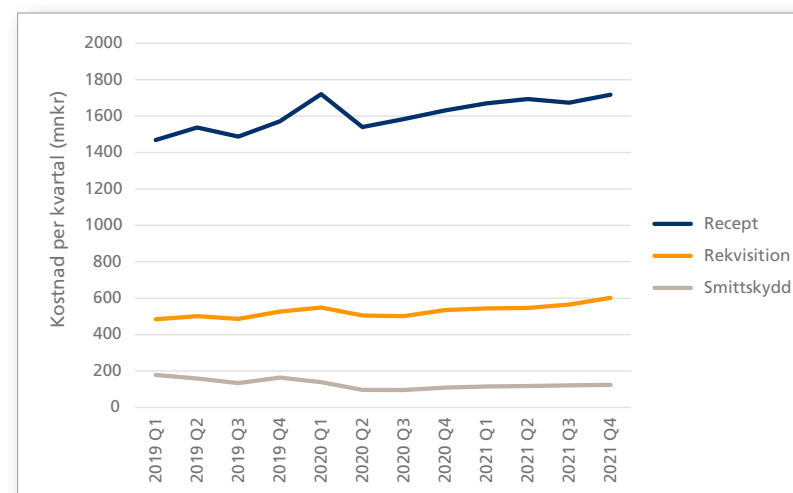
Kostnader ökar för cancerläkemedel

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ har uppdaterat prognosen för läkemedelskostnader under år 2021. Kostnaden för förmånsläkemedel förväntas öka från 6,5 till 6,8 miljarder kronor vilket motsvarar 4,3 procent, medan kostnaden för smittskyddsläkemedel förväntas öka från 440 till

480 miljoner kronor (cirka 8 procent).

Den främsta ökningen står läkemedel vid behandling av cancer för. Påtagligt sänkta kostnader förväntas för så kallade TNF-hämmare, men det bygger på att det kommer att ske ett aktivt byte till biosimilarer.

Love Linnér



Evidens saknas för D-vitamin mot covid-19 hos äldre

D-VITAMINTILLSKOTT HAR FÖRESLAGITS skydda mot covid-19. Men evidens saknas för att bedöma om äldre på särskilda boenden bör få D-vitamin för att minska risken för sjukdomen. Tills vidare bör behovet av D-vitamintillskott bedömas individuellt.

Expertgrupp äldres hälsa samt expertgrupp endokrina sjukdomar

Sårsmart.se nu på engelska

WEBBUTBILDNINGEN SÅRSMART finns nu även på engelska - Woundwise. Målgrupp är alla som arbetar med sårvård. Tonvikten ligger på att utreda bakomliggande orsaker till ett sår, mäta ankeltryck och inte sårodla i onödan. Utbildningarna är framtagna av Strama Stockholm i syfte att minska onödig antibiotikabehandling.

Anna-Lena Fastén

Rådet från NT-rådet

Podden om nya läkemedel och hur samhället värderar deras möjlighet att bota eller lindra sjukdom.



NT-rådets Mikael Svensson, Anna Bratt och Gustaf Befrits medverkar i podden

Lyssna på tre nya avsnitt av podden

Prioritering i tuffa tider

- Hur påverkar covid-19-pandemin sjukvårdens möjlighet att satsa på nya dyra läkemedel?

20 miljoner för en botad patient

- Hur ska vi betala för de nya cell- och genterapierna?

Fakta eller myt - vad är sant om nya läkemedel?

- "Sverige är långsammare än andra på att introducera nya läkemedel".
Myt eller sanning? Podden ger dig svaret.

Lyssna också på de tidigare avsnitten:

- Priset på ett liv • Nya läkemedel: bot, lindring eller hopp? • Världens mest lönsamma industri?
- Rättvist och jämlikt för den som skriker högst • Allt vanligare med ovanliga sjukdomar
- Nya läkemedel - science fiction här och nu

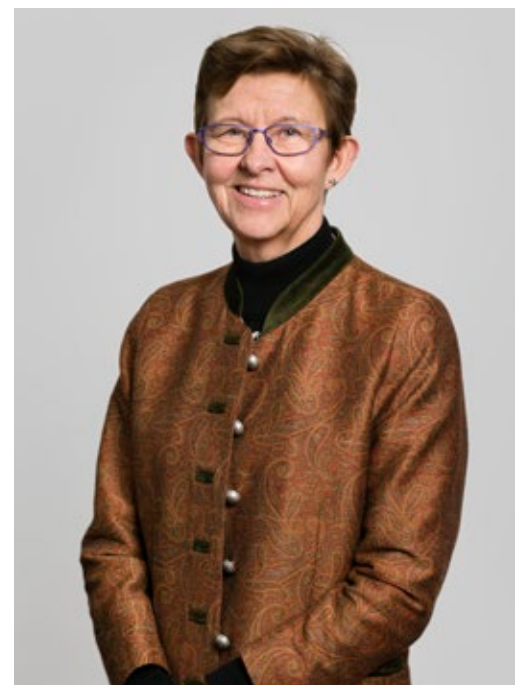
Rådet från NT-rådet finns på www.janusinfo.se/nationelltordnatinforande och där poddar finns.

Rådet ges ut av NT-rådet, en grupp experter utsedda av Sveriges regioner för att ge rekommendationer om hur nya läkemedel ska användas. Målet är rättvis och jämlik tillgång till nya läkemedel för alla patienter i hela landet.

"Utvecklingen går rasande fort"

Vid årsskiftet blir Gerd Lärfars pensionär och lämnar uppdraget som ordförande för Region Stockholms läkemedelskommitté.

FOTO ANNA NORDLANDER



Gerd Lärfars

Men du slutar inte arbeta helt...

- Nej, jag fortsätter som ordförande för NT-rådet, rådet för nya terapier. Läkemedelsområdet är ett område med ständig utveckling och det finns många intressanta och viktiga områden som jag gärna arbetar vidare med.

Vilket beslut är du mest nöjd med?

- Att vi tog beslutet att utveckla vår patientsam-

4 frågor till
Gerd
Lärfars

verkan på ett mer konkret sätt och att vi nu har patientföreträdare som är adjungerade till kommittén. Det tror jag på sikt kommer att kunna bidra till ännu större utveckling av vårt arbete. Tyvärr kom ju pandemin i vägen för arbetet så att arbetet har blivit fördröjt och vi har varit tvungna att förlänga vår pilot ytterligare ett år innan vi kan utvärdera arbetet.

Vilken läkemedelsfråga har varit svårast?

- Svår fråga, för läkemedelsrekommendationer kan vara svåra på olika sätt. En fråga som har varit och är väldigt svår att förändra är användningen av olämpliga läkemedel inom exempelvis smärta, ångest och sömnstörningar men det finns även inom andra områden. Inom dessa ser vi en utbredd förskrivning, som inte är ändamålsenlig ur risk/nytta-perspektiv, men där behovet är stort på grund av patientens situation och där bra alternativ inte finns.

Ett annat område som är utmanande är att komma vidare med rekommendationer inom den specialiserade vården och försöka få till en jämlik och hälsoekonomisk rimlig förskrivning av vissa nya dyra läkemedel.

Vilken fråga är viktigast framöver?

- Det är att ha en fortsatt hög följsamhet till våra rekommendationer och att hela tiden ha en Klocklista som utvecklas utifrån förändringar och behov inom vården. Vi ser ju en omstrukturering och utveckling inom den nära vården samtidigt som utvecklingen inom läkemedelsområdet går rasande fort, framför allt inom den specialiserade och högspecialiserade vården. Att möta dessa behov, samla kompetens och få tid för arbetet med att implementera är en utmaning.

Anna Bratt



FOTO ANNA NORDLÄNDER

TEMA

HYPERTONI

En av fem svenskar har hypertoni. Det är den enskilt viktigaste riskfaktorn för sjuklighet och död som går att åtgärda. I Evidens tema hypertoni berättar vi hur.





Det är korta besluts-
vägar mellan Ingela
Granberg, Tulin Deniz
och Majid Ohadian.

FOTO ANNA MOLANDER

Vårdcentralen som lyckas bäst

Vårdcentralen Solnas hjärta har högst andel patienter med ett mottagningsblodtryck på <math><140/90\text{ mmHg}</math> i regionen. Många vägar in till vården är en viktig förklaring till vårdcentralens framgångsrika hypertonisjukvård.

Vårdcentralen Solnas hjärta är en privat vårdcentral som finns mitt i Solna centrum. Vårdcentralen har cirka 8 000 listade patienter där många är äldre. Enligt Primärvårdskvalitet har 969 patienter diagnosen hypertoni registrerad hos vårdcentralen någon gång under

de senaste fem åren, vilket ger en prevalens i hela listade populationen (alla åldrar) på 12 procent. En kvalitetsrapport från Primärvårdskvalitet i september visar att Solnas hjärta ligger högst i hela Region Stockholm på måttet *Andel patienter med ett mottagningsblodtryck registrerat de*

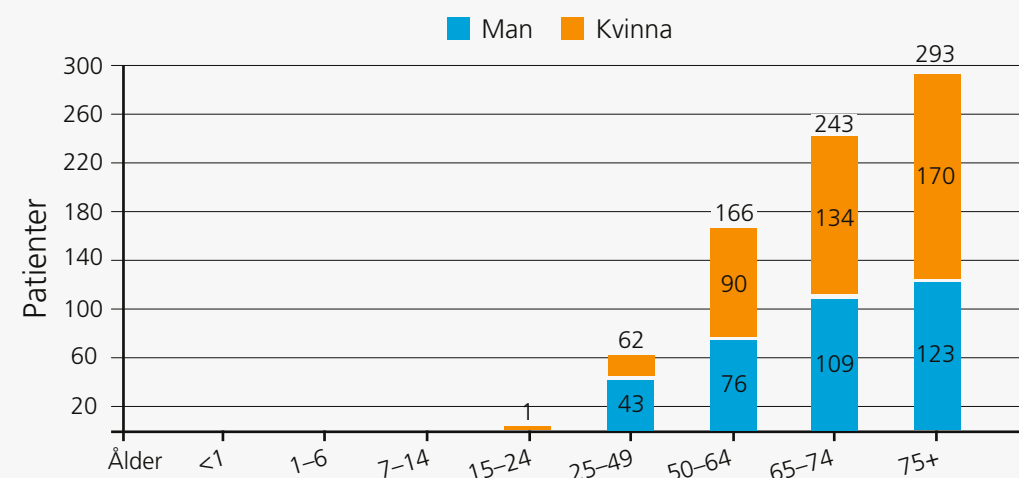
När en läkare har uppmätt ett förhöjt blodtryck bokas uppföljande sjuksköterskebesök in för nya mätningar berättar sjuksköterskan Majid Ohadian.



Fakta om hypertoniker vid Solnas hjärta

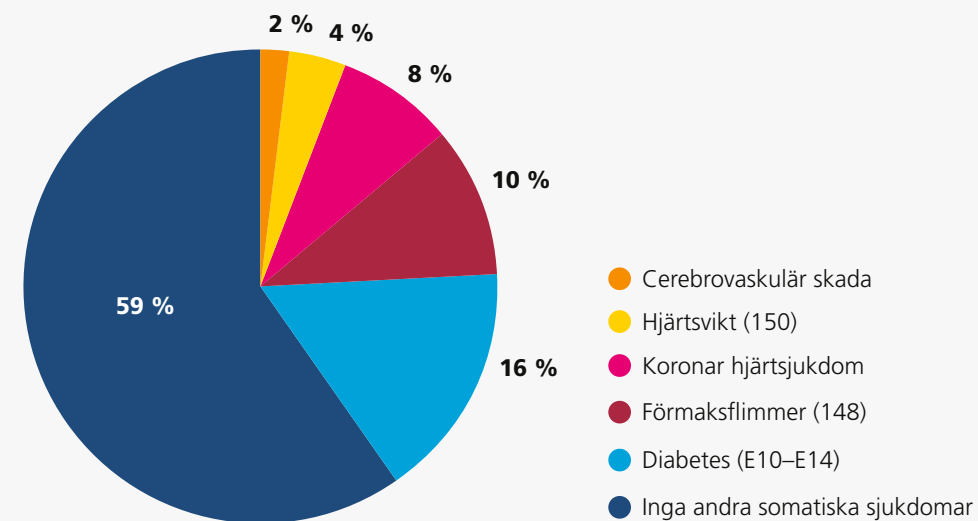
Grafiken visar fakta om patienter med hypertoni vid vårdcentralen Solnas hjärta.

Patienter med hypertoni



Källa: Medrave

Samtidiga diagnoser



.....► senaste 18 månaderna på <140/90 mmHg. De har ett värde på 62 procent som är betydligt högre än regionsnittet, vilket i september 2020 var 47 procent.

Läkemedelslista för patienter med diagnos hypertoni vid Solnas hjärta

Tiazid	17 %	
Betablockerare	23 %	
Kalciumblockare	36 %	
ACE-hämmare	23 %	
Angiotensinblockerare	33 %	
Någon blodtrycksbehandling	79 %	
Lipidsänkare	27 %	
Trombocythämmare	9 %	
NOAK eller Waran	6 %	
Någon diabetesbehandling	12 %	

Källa: Medrave

För att hitta förklaringen till personalens framgångsrika arbete med hypertoni får vi gå några år tillbaka i tiden. Ett kvalitetsarbete som gjordes 2016–2017 visade att den detekterade prevalensen hypertoni var lägre än förväntat i populationen.

Hög tillgänglighet

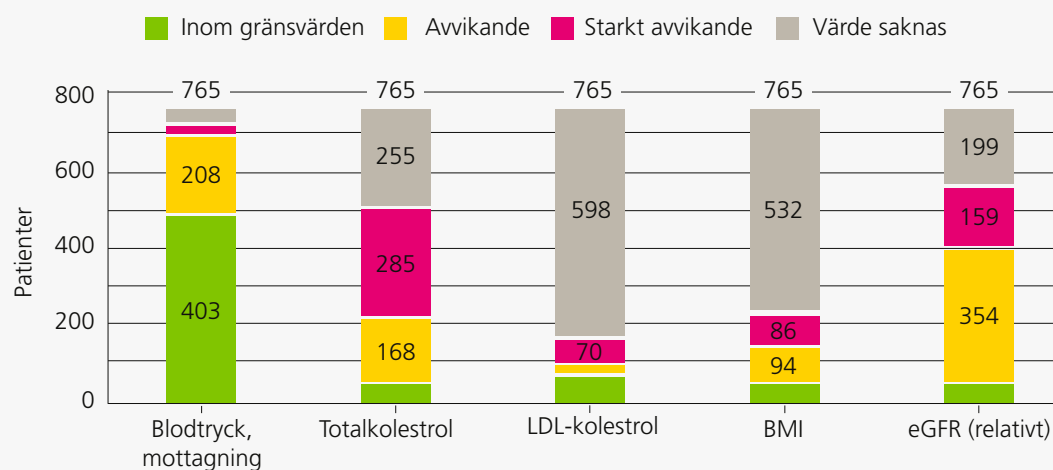
Förbättringsarbetet lyfte upp styrkor och svagheter. Vårdcentralen satsade bland annat på hög tillgänglighet och många vägar in: man införde till exempel frekvent blodtryckstagning i samband med läkar- och sjuksköterskebesök och patienterna kan lätt själva boka besök för blodtrycksmätning. Vårdcentralen deltar även i Solna centrums hälsodagar.

En sjuksköterska från mottagningen stod under hösten en fredagseftermiddag klockan 13–17 i centrumet och erbjöd gratis blodtryckstagning.

– Hon hade fullt upp hela tiden, säger sjuksköterskan Majid Ohadian.

Distriktsläkaren Ingela Granberg har arbetat på Solnas hjärta sedan 2017. Hon berättar att de inte har något aktuellt pågående förbättringsarbete om hypertoni, men att hon gjorde ett kvalitetsarbete om hypertoni på sin föregående vårdcentral. Ingela Granberg har tagit med sig delar av det

Riskfaktorer hos hypertonipatienter vid Solnas hjärta



Källa: Medrave

arbetsättet till Solna. Hon berättar att all personal är medveten om att patienternas blodtryck är en viktig faktor att beakta för prevention av framtida hjärt-kärlkomplikationer.

Ingela Granberg tar blodtryck opportunistiskt som rutin på de flesta patienterna. Hon använder oftast manuell auskultatorisk manschett och avrundar aldrig. Annars är det vanligt att avrunda till jämna fem-tal, i synnerhet till 140 mmHg.

Jobbar strukturerat

Majid Ohadian berättar att personalen jobbar ihop strukturerat som ett team utan att ha en specifik blodtrycksmottagning.

– Det är så lätt att arbeta tillsammans. Vi släpper inte taget! Låt oss säga att doktorn uppmäter ett förhöjt blodtryck. Då bokas uppföljande upprepade sjuksköterskebesök in för nya mätningar av tryck, vikt, längd och dessutom hålls ett levnadsvanesamtal som är 15–30 minuter långt, säger Majid Ohadian.

Vid fortsatt förhöjt tryck bokas patienterna återbesök till läkaren för medicininsättning alternativt medicinjustering. Personalen delar också ut tryckt information till patienterna.

Verksamhetschefen Tulin Deniz har en administrativ roll och delegerar de medicinska besluten till den medicinskt ansvarige läkaren tillsammans med kollegorna. Beslutsvägarna är korta och det finns stor öppenhet för att jobba med förbättringsprojekt, såväl i det stora som det lilla.

Hur sker då den mer långsiktiga uppföljningen på Solnas hjärta? Patienterna kallas inte utan motiveras att själva ta ansvaret att höra av sig för en bokad tid när recepten behöver förnyas.

– De hör själva av sig i stor utsträckning när det är dags för årskontroll, säger Ingela Granberg.

Många patienter har blodtrycksmätare hemma för hembloodtrycksmätning och de har möjlighet att stämma av med apparater på mottagningen. Varje vecka utförs ett par 24-timmars blodtrycksmätningar på mottagningen.

Ingen särskild fortbildningsinsats har genomförts för blodtryck, men en gång i veckan träffas

läkarna för kollegial dialog där allehanda problem dryftas. Ingela Granberg har ibland med sig data från Medrave på medicinska utfall. I samband med att hon planerar arbetet inför strukturerade levnadsvanesamtal och årskontroller med sjuksköterska har hon nu gjort en intressant upptäckt:

– Vi är sämre på att följa upp lipider än på att sköta patienternas blodtryck. Bara det att vi har uppmärksammat det gör att vi kommer bli bättre på att behandla. Det kan ju tänkas att det kommer ingå i något av kommande förbättringsarbete.

Fördjupad kurs

Ett par i personalen har nyligen gått den fördjupade kursen i förbättringskunskap som erbjudits via Kvalitetsregistercentrum och de har under det här året arbetat systematiskt med att förbättra äldremottagningen. Många av de patienterna har hypertoni.

– Vi har sett till att alla äldre är listade på en specifik doktor för högre kontinuitet. Vi har också fokuserat på läkemedelsgenomgångar och patientmottagandet på ett mer strukturerat sätt än tidigare. Patienterna erbjuds till exempel att fylla i Phase 20 som bas för diskussion vid besöket, säger Ingela Granberg.

Sara Hallander

Solnas hjärta

Finns i: Solna centrum

Antal listade patienter: Cirka 8 000

Patienterna: Knappt 500 av 8 000 är 75 år eller äldre. Enligt CNI är 1 245 patienter av utländsk härkomst, och samtal förs med hjälp av tolk på bland annat arabiska, tigrinja, persiska och bengali.

Personalen: Sex specialister i allmänmedicin (deltid), två-tre ST-läkare, ibland någon vikarierande leg läk eller AT-läkare, två distriktsköterskor, två mottagningssjuksköterskor, två undersköterskor, två psykologer, en gynekolog och en verksamhetschef.

Jämförelse viktig del av förbättringsarbete

Benchmarking, att jämföra sina egna resultat med andras, är ett bra första steg i ett förbättringsarbete. Ingen vill ligga sist, och en jämförelse med allas resultat sporrar oftast till en bra diskussion. – Syftet med benchmarking är att stimulera till dialog. Det är början till ett förbättringsarbete, säger Sara Hallander.

Att hypertoni behandling skiljer sig åt både mellan och inom regioner är inget nytt. Det som är nytt är i stället att just dessa skillnader kan användas som en drivkraft i primärvårdsenheternas eget arbete att höja lägstanivån och genomsnittet. Då minskar också skillnaderna.

– Genom att använda data från registret Primärvårdskvalitet, PVQ, kan vi se att andelen patienter med ett blodtryck <140/90 mmHg, skiljer sig från 30 procent upp till 60 procent beroende på primärvårdsenhet inom Region Stockholm. Jag är ute på runt 30 vårdcentraler per år och pratar om Kloka listan, rekommendationer och mycket annat. När jag visar dessa data brukar både aktiviteten och temperaturen stiga i rummet. Det är en perfekt start på den kollegiala dialogen på enheten till hur man kan förbättra blodtrycksbehandling, säger Sara Hallander, specialist i allmänmedicin och informationsläkare inom Region Stockholm.

Spridning i regionen

Det är alltså en stor spridning av andel patienter som har ett registrerat mottagningsblodtryck <140/90 de senaste 18 månaderna. Det är också normalt att det är spridning i regionen (se tabell på nästa sida), där de små enheterna, där slumpmässiga faktorer får större genomslag, ofta ligger i ändarna av diagrammet.

Det kan finnas flera anledningar till den stora

spridningen; befolkningsdemografi, socioekonomiska aspekter, strukturer och arbets sätt på vårdcentralerna, följsamhet till behandlingsriktlinjer, avrundning till 140 mmHg och mycket annat. Sådan kan påverka både uppåt och nedåt och har sin plats i den kollegiala diskussionen.

– Patientpopulation påverkar, framför allt på små enheter. På vårdcentralen vet man vilken population man har och därför är det relevant att jämföra sig med liknande enheter.

– Genom att också titta på de enheter som har bättre resultat, och höra efter om vad de gör bra, och att jämföra sina egna resultat med dem för kringliggande vårdenheter, går det att få till en bra diskussion. Ingen vill vara sämst i klassen, säger Sara Hallander.

Förbättringsarbetet börjar med en kartläggning för att beskriva nuläget (till exempel patienter, personal och processer). Sedan formuleras tydliga mål, som ska vara SMART; det vill säga Specificikt, Mätbart, Accepterat av medarbetarna, Realistiskt att uppnå och Tidsatt. Detta följs av ett arbete för att identifiera idéer och insatser som kan göra att

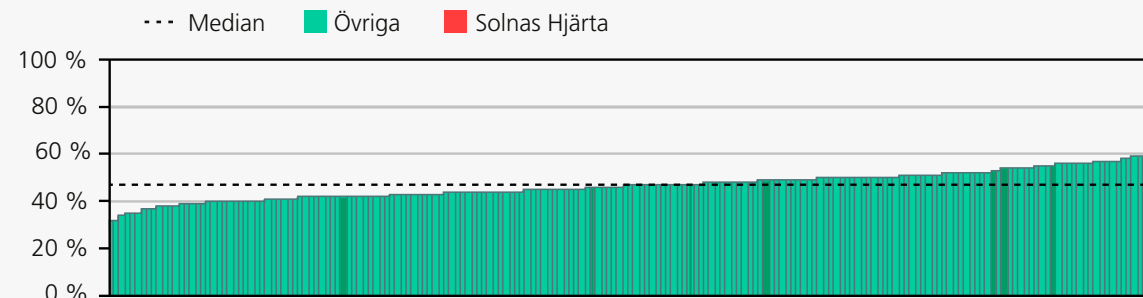


Sara Hallander

FOTO ANNA NORDLANDER

Solnas hjärta toppar statistiken

Andel patienter med mottagningsblodtryck registrerat de senaste 18 månaderna <140/90 mmHg vid vårdcentraler i Region Stockholm oktober 2020.



Källa: Primärvårdskvalitet

man arbetar mot och når målen. Det fjärde steget är vilka mått som ska användas för att mäta om och när man når målet. I det näst sista steget ska idéerna pilottestas i verkligheten. Efter en del justeringar efter testerna är det så dags att implementera idéerna och det nya arbetssättet på hela enheten.

Öka följsamheten

Tanken med förbättringsarbetet, från regionens sida, är att öka följsamheten till gällande behandlingsriktlinjer, i syfte att förbättra vården. Arbetet vilar på evidensbaserad grund och Sara Hallander tycker att arbetet är bra. Och viktigt.

– Det fungerar inte att bara skicka ut en pdf med siffror. Därför åker vi ut till enheterna och pratar om riktlinjerna samtidigt som vi tittar på statistiken. Genom att titta på egna data startar den lärande reflektionen. När vårdcentralen bestämmer sig för att följa vissa indikatorer, blir de också bättre på att mäta och registrera på rätt sätt i journalen.

Sara Hallander har noterat att många vårdcentraler hon kommer till för första gången tror att deras resultat är bättre än de verkligen är. Därför handlar den första diskussionen ofta om hur data

har tagits fram och vad den egentligen betyder.

– Men det kan ganska snabbt lyftas till vad som kan ändras för att bli bättre. Ofta är det just ”hur” som saknas, hur man ska arbeta för att det ska bli bättre. Problemet för många enheter är att de i den pressade kliniska vardagen inte hittar tiden till att ta fram och analysera sina data, säger Sara Hallander.

Fredrik Hed

Följ resultat i Primärvårdskvalitet (PVQ)

Primärvårdskvalitet är primärvårdens eget kvalitetssystem, som skapades ur SKR:s kronikersatsning. I systemet kan man på ett enkelt sätt följa sina resultat för verksamheten i syfte att analysera och utveckla den. Ungefär 80 procent av Sveriges vårdcentraler är anslutna. Systemet omfattar kvalitetsindikatorer som utvecklas av primärvårdens professioner och baseras på evidens och nationella riktlinjer. Data hämtas automatiskt från befintliga datakällor, utan behov av extra registrering och visas upp tillsammans med regionala och nationella jämförelsevärden.

De flesta behöver minst två läkemedel

Hypertoni är vanligt och den enskilt viktigaste riskfaktorn som går att åtgärda. Att behandla högt blodtryck är ett effektivt sätt att minska risken för framtida sjukdom och död.

– Underskatta inte värdet av att sänka blodtrycket. Det har stor betydelse för hälsan, säger Thomas Kahan.

Riktlinjerna för hypertoni behandling i Kloka listan har med åren gjorts ännu tydligare för att ligga i linje med både de amerikanska och europeiska riktlinjerna. Det menar Thomas Kahan, professor vid Karolinska institutet och överläkare vid Danderyds sjukhus.

– Det handlar framför allt om att i de allra flesta fall direkt börja med två preparat för att nå ner till målblodtrycket, säger Thomas Kahan.

Genom att börja med två läkemedel ökar chansen att nå målblodtrycket snabbare. Det i sin tur minskar sjuklighet och risk för död, både på kort och lång sikt.

– Beroende på patientens riskprofil och andra sjukdomar så rekommenderar vi i första hand ACE-hämmare eller ARB, i kombination med tiazid eller kalciumblockerare, säger Thomas Kahan, som är medlem Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar.

Harmoniserade nivåer

Han är också den enda svensk som suttit med i den internationella arbetsgruppen som tog fram de europeiska behandlingsriktlinjerna 2018.

Blodtrycksnivåerna har harmoniserats i olika internationella riktlinjer, precis som i Kloka listan.

I dag gäller ingen övre åldersgräns och även de över 85 år bör ofta erbjudas behandling om den är väl tolererad.

– Man ska erbjuda behandling när vinsten med behandling är större än risken. Redan från ett övertryck om 110 mmHg så ökar risken för hjärt-kärlkomplikationer med stigande värden. Studier talar tydligt för att det finns en vinst att behandla ett blodtryck på 140/90 mmHg eller högre.

Studier ger ny kunskap

Numera gäller lägre målblodtryck för personer upp till 65 år. Här är målet 120–129/70–79 mmHg. För de som är över 65 år rekommenderas på 130–139/70–79 mmHg.

– Vi har ny kunskap från stora studier, vilket gör att vi ska sträva lägre än tidigare riktlinjer angav. Men det finns fortfarande en osäkerhet hos många kollegor kring de nya lägre målvärdena, menar Thomas Kahan.

Nytt och enhetligt över riktlinjerna är också att man kan ha samma mål för blodtrycket i stort,



Thomas Kahan

FOTO KARI KOIVAKKA



Börja med två preparat för att nå ner till målblodtryck.

oavsett om och vilken sorts samsjuklighet patienten har.

De europeiska riktlinjerna har utökats med information om blodtryck som mäts utanför sjukvården, till exempel hemma eller 24-timmars blodtrycksmätning. Även Kloka listan innehåller information om detta.

Bra komplement

– Det är bra att patienten mäter själv och håller koll på sitt blodtryck. Mätningar av patienten i hemmet är ett bra komplement, under förutsättning att sjukvården informerar om hur man ska mäta på ett korrekt sätt.

Följsamheten inom Region Stockholm till Kloka listan och de läkemedel som rekommenderas är god och har varit god under lång tid, enligt Thomas Kahan. Även de Kloka råden, som bland annat tar upp att trycket ska mätas regelbundet och att man ska sträva efter ett mål, följs och målen uppnås i större utsträckning.

– Hypertoni är den enskilt viktigaste riskfaktorn som man kan åtgärda. Studierna visar att det ger en stor effekt att behandla hypertoni för att minska risken för framtida sjukdom och förtida död. Det har stor betydelse för hälsan så bortse inte från värdet att sänka blodtrycket, avslutar Thomas Kahan.

Fredrik Hed

Fakta om hypertoni

Definitionen av hypertoni är $\geq 140/90$ mmHg när blodtrycket är mätt i sjukvården. Bra blodtrycksbehandling är en viktig del av kardiovaskulär prevention och är väldokumenterat upp över 85 års ålder. En välfungerande blodtryckssänkande behandling ska inte sättas ut på grund av hög ålder.

Behandlingsmål, under förutsättning att behandlingen tolereras väl:

≤ 65 år 120–129/70–79 mmHg

> 65 år 130–139/70–79 mmHg

De flesta patienter med hypertoni behöver sättas in på kombinationsbehandling med två läkemedel redan från början.

Källa: Kloka listan

De sex bästa tipsen för behandling av hypertoni

Behandling av hypertoni är relativt enkel i teorin, men inte alltid lika lätt i verkligheten. Tre specialister ger sina bästa tips för hur en god hypertoni-behandling kan bli ännu bättre.

Joakim Olbers, överläkare VO Kardiologi, Södersjukhuset

Erika Hörnfeldt, allmänläkare, specialist i allmänmedicin och infektionssjukdomar, Stureby vårdcentral

Thomas Kahan, överläkare Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

Samtliga med i Expertgrupp hjärt- och kärlsjukdomar



Joakim Olbers



Erika Hörnfeldt



Thomas Kahan

FOTO KARI KORHAKKA

1. Mät rätt

De tre huvudsakliga situationerna för blodtrycksmätning är på mottagningen, egenmätning i hemmet och 24-timmars ambulatorisk mätning. En ökad användning av de två sistnämnda metoderna har lyfts fram som ett mål i de senaste europeiska riktlinjerna. Dessa tre sätt att mäta blodtryck kompletterar varandra och innehåller delvis olika typer av information. Vilken eller vilka metoder man använder beror på patient och klinisk situation. Är man osäker

på det faktiska blodtrycket hos en viss individ, till exempel på grund av stora variationer vid mätning på mottagning, så kan hembloodtryck eller 24-timmars mätning med fördel användas. Vid hembloodtryck är det viktigt att instruera patienten hur man gör bra och strukturerade mätningar. Det är framför allt medelvärden av flera mätningar man sedan använder som beslutsunderlag.

Så mäter du rätt, se sidan 24.

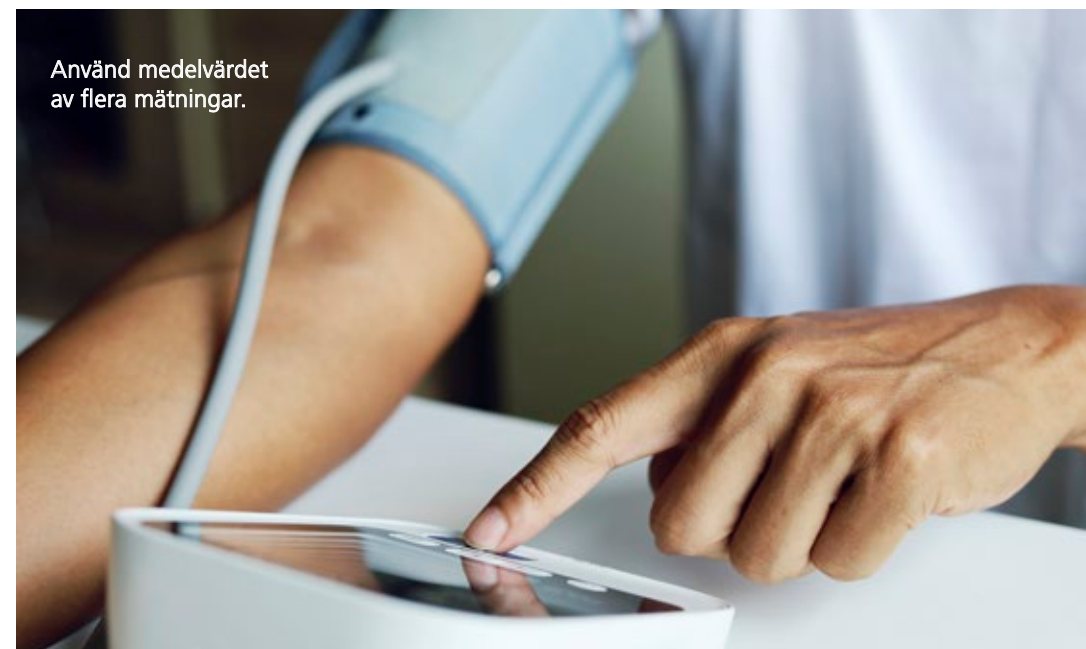


FOTO GETTY IMAGES

2. Ställ rätt diagnos!

Hypertoni definieras som ett mottagningsblodtryck $\geq 140/90$ mmHg. Numera kan diagnosen också ställas med hembloodtryck eller 24-timmars mätning. Eftersom blodtrycket för de flesta är lägre i hemmiljö är gränsen för hypertoni då $\geq 135/85$ mmHg respektive ett 24-timmars dygnsmedelvärde $\geq 130/80$ mmHg. Om blodtrycket ligger klart över gränsen för hypertoni

är det oftast enkelt att ställa diagnos redan efter enstaka blodtrycksmätningar. Hos individer med blodtryck närmare gränsen för hypertoni bör man mäta blodtrycket vid fler tillfällen för att fastställa diagnos. Kom ihåg att det framförallt är medelvärdet för flera mättillfällen man använder för diagnostik. Det räcker att antingen systoliskt eller diastoliskt BT är förhöjt för att kunna ställa diagnos.

3. Lägg extra krut i början

Behandling av hypertoni innefattar livsstilsåtgärder och för de flesta även farmakologisk behandling. Man behöver initialt få en uppfattning om patientens livsstil, kartlägga riskfaktorer samt kontrollera relevanta blodprover och EKG. Det är en god idé att göra denna utredning tidigt och på ett strukturerat sätt. Det skapar ett bra underlag för den fortsatta behandlingen och sparar tid vid uppföljningen. Studier har visat att patienter med förhöjt blodtryck

löper en betydligt ökad risk för kardiovaskulära händelser under denna initiala behandlingsfas innan man når målvärden. Diagnosunderlag bör nås inom några veckor (snabbare om blodtrycket är tydligt förhöjt). Sätt upp ett tydligt blodtrycksmål och när detta bör nås tillsammans med patienten; inom en till tre månader kan ofta vara en lämplig målsättning. Det krut man lägger i början av behandlingen har man ofta igen senare med nöjd patient och glesare kontroller.

” Kom ihåg att den vanligaste orsaken till terapivikt är bristande följsamhet till behandlingen.

4. Börja med två läkemedel på en gång hos de flesta

Flera studier har visat att det hos de allra flesta är lämpligast att börja med två antihypertensiva läkemedel direkt när behandling inleds.* Som nämnts ovan utgör den första tiden efter det att man konstaterat hypertoni sjukdomen fram till dess att blodtrycket är reglerat en riskfylld period. Denna tid förkortas om man börjar med

två läkemedel på en gång - och dessutom behöver de allra flesta ändå två eller fler läkemedel. Välj gärna ett kombinationspreparat, vilket kan underlätta följsamheten (tyvärr är utbudet av kombinationsläkemedel ännu begränsat i Sverige). Hos patienter med en mild hypertoni och i övrigt låg risk samt hos de allra äldsta kan man överväga att börja med bara ett preparat.

*Referenser finns på janusinfo.se/evidens

5. Nöj dig inte med ett nästan bra blodtryck

De aktuella blodtrycksmålen, under förutsättning att behandlingen tolereras väl, är 120-129/70-80 mmHg för de som är yngre än 65 år samt 130-139/70-80 mmHg för de som är 65 år och äldre. Generellt reduceras den relativa risken för kardiovaskulär död med omkring tio procent för varje 5 mmHg sänkning av det systoliska blodtrycket, oavsett nivå. Det är därför viktigt att försöka nå hela vägen fram till ett välreglerat blodtryck. ACE-hämmare

eller angiotensinreceptorantagonister (ARB), kalciumantagonister och tiaziddiuretika är baspreparaten vid hypertoni behandling. Om ett reglerat blodtryck inte nås med en kombination av dessa (ACE-hämmare och ARB ska inte kombineras) så är spironolakton ofta det mest effektiva alternativet att lägga till. Vid terapieresistent hypertoni, det vill säga oreglerat blodtryck trots tre-fyra läkemedel, kan man överväga remiss till hypertoni mottagning eller annan lämplig specialistmottagning. Kom ihåg att den vanligaste orsaken till terapivikt är bristande följsamhet till behandlingen.

6. Värdera patientens totala kardiovaskulära risk och behandla alla riskfaktorer

Förhöjt blodtryck är en av flera viktiga riskfaktorer för kardiovaskulär sjuklighet. För största riskreduktion måste alla riskfaktorer identifieras och i möjligaste mån åtgärdas. Det är viktigt att sätta in patienten i en riskkontext, vilket

också delvis styr hur olika riskfaktorer ska hanteras. Ta hjälp av riskalgoritmer för att skatta patientens kardiovaskulära risk (se artikel på sidorna 25-28). Glöm inte bort livsstilsåtgärderna - hälsosamma levnadsvanor är basen för kardiovaskulär prevention och eventuella livsstilsåtgärder ska alltid löpa parallellt med farmakologisk behandling.

P A T I E N T E N

Leif är 58 år och har behandlats för högt blodtryck i snart tio år. Han har varit rökare och har en måttlig bukfetma samt ärftlighet för typ 2-diabetes. Han behandlas med enalapril + hydroklortiazid (20/12,5 mg) och amlodipin 10 mg 1x1. Alkoholkonsumtionen är lite oklar men tendens har funnits till överkonsumtion i perioder. Ibland har Leif hört av sig till mottagningen många månader efter att recepten har tagit slut och har i samband med detta fått nya recept samt blivit bokad på årskontroll. Blodtrycket har varierat kraftigt, både vid årskontrollerna samt då blodtrycket tagits i samband med andra kontakter. Det lägsta blodtrycket var 120/60 och det högsta 170/95. I dag kommer han på årskontroll. Första blodtrycket är 150/85 men efter några minuters vila uppmäter du blodtryck på 145/85 och 135/80. Pulsen är 88 och regelbunden. Vad gör du?

Patienten har flera riskfaktorer i form av tidigare rökning, svängande blodtryck, bukfetma, ärftlighet för typ 2-diabetes, hög puls, samt fortsatt högt blodtryck trots tre läkemedelsklasser. Det finns dessutom indikation på dålig compliance till insatt behandling samt misstanke på alkoholöverkonsumtion eller regelrätt alkoholberoende. Patienten bör erbjudas evidensbaserad hjälp till hälsosamma levnadsvanor och uppmuntras till god följsamhet till läkemedelsbehandlingen.

*Tomas Forslund, allmänläkare,
specialist i allmänmedicin, Gröndals vårdcentral*

Medelvärdet av de två blodtrycken i vila är 140/83 och han har ett målblodtryck på 120-129/70-80 då han är under 65 år. En sådan blodtryckssänkning förväntas minska risken för kardiovaskulära händelser med 20-30 procent. För att nå dit behöver han tillägg av ett eller två läkemedel. De läkemedel som finns att välja på är betablockerare, spironolakton eller doxazosin (alfa-blockerare). I detta fall skulle man i första hand lägga till spironolakton 25-50mg 1x1 med uppföljning av K, krea och blodtryck. Ett lätt ökat kalium precis ovan referensintervallet är acceptabelt vid uppföljningen. Sekundär hyperaldosteronism är vanlig vid alkoholöverkonsumtion och talar också för spironolakton.

24 timmars-blodtrycksmätning eller hembloodtrycksmätning kan ge en bättre bild av patientens blodtryck. Samtidigt har Leif många riskfaktorer och det finns risk att undersökningarna inte blir av om de blir för omfattande. Det är sannolikt bättre att fokusera på att intensivföra behandlingen och regelbundet följa upp honom med läkemedelsjustering och blodtrycksmätningar hos samma läkare eller sköterska. Prioritera bedömning av övriga riskfaktorer som hjärtkärlstatus, EKG, fastesocker, mikroalbuminuri, leverstatus, urat och lipidstatus samt ta ställning till statinbehandling.

Tre sätt att mäta blodtryck

Hemblodtrycksmätning

Patienten mäter sitt blodtryck hemma med en halvautomatisk blodtrycksmätare för överarmen. Patienten gör mätningen själv eller med hjälp av en närstående. Värdet blir mer representativt för patientens dagliga liv än kontroller tagna på en mottagning.

Hur: Patient sitter med ryggstöd och fötterna i golvet och vilar i fem minuter. Inget nikotin eller koffein 30 minuter före mätning. Mät vid tre tillfällen med en–två minuters mellanrum. Manschett i hjärthöjd. Hoppa över den första mätningen, räkna ut ett medelvärde av den andra och tredje mätningen.

När: Mätningar varje morgon och kväll i tre–sju dagar. Notera medelvärdet av alla mätningarna.

Hemblodtryck: Blodtryck som betraktas som hypertoni är $\geq 135/85$ mmHg.



FOTO GETTY IMAGES

Blodtrycksnivåer, mål vid uppföljning av behandling:

- för individer ≤ 65 år: oftast 120–129/70–80 mmHg
- för individer > 65 år: 130–139/70–80 mmHg

FOTO GETTY IMAGES



Mätning på mottagning

Vårdpersonal mäter patientens blodtryck med halvautomatisk blodtrycksmätare. Enligt den konventionella metoden för mätning används i stället blodtrycksmanschett och stetoskop.

Hur: Patient sitter med ryggstöd och fötterna i golvet. Manschett i hjärthöjd. Mät vid tre tillfällen med en–två minuters mellanrum. Hoppa över den första mätningen, räkna ut ett medelvärde av den andra och tredje mätningen.

När: Efter fem minuters vila på provtagningsstolen.

Mottagningsblodtryck: Blodtryck som betraktas som hypertoni är $\geq 140/90$ mmHg.

Blodtrycksmätning i 24 timmar

Patienten bär en automatisk blodtrycksmätare som mäter blodtryckets variation över dygnet, både under aktivitet och sömn. Patienten för en dagbok över aktiviteter och eventuella symtom.

Hur: Blodtrycket mäts automatiskt tre gånger per timme under hela dygnet och armen ska hållas stilla under mätningarna. Medelvärden för blodtryck över hela dygnet, dagtid och nattetid beräknas. Patienten kan inte duscha eller bada under dygnet.

När: Sker automatiskt under patientens vanliga dygnsaktivitet. Om en mätning inte lyckas görs ett nytt försök efter en minut.

Blodtryck som betraktas som hypertoni:

- Dygnet: ≥ 130 mmHg systoliskt och/eller ≥ 80 mmHg diastoliskt
- Dagtid: ≥ 135 mmHg och/eller ≥ 85 mmHg
- Nattetid: ≥ 120 mmHg och/eller ≥ 70 mmHg

Referenskvot natt/dag: 0,8–0,9.

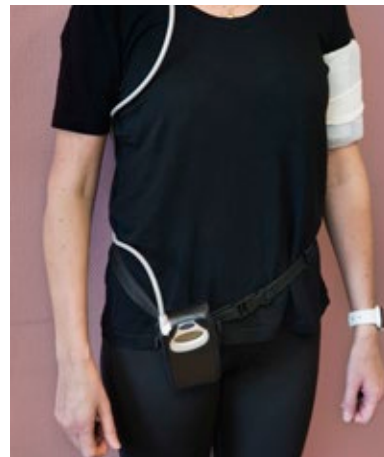


FOTO ANNA MOLANDER

Kardiovaskulär risk styr behandling av hypertoni

Vid vilket blodtryck ska farmakologisk behandling inledas? Vilka patienter med hypertoni ska erbjudas statin? Vilka statindoser och lipidmål gäller? En ny uppdaterad riskskattningsalgoritm ger vägledning.

Erika Hörnfeldt, allmänläkare, specialist i allmänmedicin och infektionssjukdomar, Stureby vårdcentral

Tomas Forslund, allmänläkare, specialist i allmänmedicin, Gröndals vårdcentral

Thomas Kahan, överläkare Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

Samtliga med i Expertgrupp hjärt- och kärlsjukdomar

Hypertoni är den enskilt största behandlingsbara orsaken till sjukdom och förtida död. I dag finns en påtaglig underbehandling av både högt blodtryck och förhöjda blodfetter.

I samband med att en patient noteras ha förhöjt blodtryck finns mycket att vinna på att redan från början göra en skattning av den totala kardiovaskulära risken. Det ger riktning för farmakologisk behandling både vad gäller blodtryck och lipider och ger samtidigt ett bra stöd för rådgivning kring livsstilsförändringar. Den bästa preventiva behandlingen tar hänsyn till hela patientens riskprofil. SCORE är ett välkänt riskskattningsverktyg som särskilt rekommenderas för personer 40–70 års ålder utan hjärt-kärlsjukdom. Men för många patienter i primärvården är SCORE mindre lämplig på grund av patientens ålder eller för de med hypertoni eller hjärt-kärlsjukdom där specifika evidensbaserade behandlingsriktlinjer och mål finns.

Algoritm för primärvården

För patienter med diabetes rekommenderar Läkemedelsverket NDR:s riskmotor. I själva verket används den sällan i klinisk praxis. Ett alternativ som vi föreslår (som följer de senaste riktlinjerna

” Riskskattningsalgoritmen kan med fördel användas tillsammans med patienten för ökad delaktighet, motivation och förståelse . ”

från ESC/ESH) är att innefatta diabetes i samma riskbedömning. De allra flesta patienter med diabetes mellitus typ 2 bör förutom att genomföra livsstilsförändringar också ges behandling med statin.

Nu finns Läkemedelsverkets risktabell från 2014 uppdaterad utifrån de senaste europeiska riktlinjerna från ESC/ESH för utredning och behandling av hypertoni.

Låt gärna patienten vara delaktig i planeringen.



..... Denna riskskattningsalgoritm ger möjlighet till enkel och överskådlig riskskattning för så gott som alla patienter med högt blodtryck. Den ger tydliga riktlinjer kring när och hur behandling av hypertoni bör inledas och vilka patienter som bör erbjudas behandling med statin (se tabeller på sidorna 27–28).

I algoritmen framgår även viktiga riskfaktorer att ta hänsyn till och därmed vilka livsstilsför-

ändringar som är prioriterade. Riskskattningsalgoritmen kan med fördel användas tillsammans med patienten för ökad delaktighet, motivation och förståelse.

Riskskattning är komplex och våra patienter skiljer sig åt. Detta riskskattningsverktyg ska ses som ett stöd i kliniken och gör inte anspråk på att vara facit för hur den enskilda patienten ska handläggas.

Så här använder du riskskattningsalgoritmen:

- 1 Mät blodtryck frikostigt och diagnostisera hypertoni.
- 2 Kartlägg "Viktiga faktorer för riskbedömning" (se nästa sida).
- 3 Skatta sedan patientens kardiovaskulära risk med hjälp av algoritmen.
- 4 Inled hypertoni behandling med stöd av algoritmens riktlinjer.
- 5 Hos äldre sköra personer och hos patienter med mild hypertoni och i övrigt låg risk kan man överväga att inleda behandling med endast en läkemedelsklass.
- 6 Tag ställning till behandling med statin (se tabell sidan 28).
- 7 Glöm inte! Informera och erbjud evidensbaserad, personcentrerad rådgivning kring livsstilsförändringar. Detta sker med fördel hos sjuksköterska eller dietist.

Riskskattning och riktlinjer vid behandling av hypertoni

Riskbedömning	Högt normalt SBT 130–139 mmHg och/eller DBT 85–89 mmHg	Grad 1 hypertoni SBT 140–159 mmHg och/eller DBT 90–99 mmHg	Grad 2 hypertoni SBT 160–179 mmHg och/eller DBT 100–109 mmHg	Grad 3 hypertoni SBT ≥ 180 mmHg och/eller DBT ≥ 110 mmHg
Inga andra riskfaktorer	Ingen behandling	Livsstilsförändringar Läkemedel om måblodtrycket ej nås	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
1–2 riskfaktorer	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Läkemedel om måblodtrycket ej nås	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
≥ 3 riskfaktorer	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
Hypertonionorsakad organskada, njursvikt stadium 3 (eGFR 30–59 ml/min/1,73 m ²) eller diabetes mellitus utan organskada	Livsstilsförändringar Överväg läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
Etablerad aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, njursvikt stadium ≥ 4 (eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²) eller diabetes mellitus med organskada	Livsstilsförändringar Överväg läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel

Matris modifierad efter Läkeemedelsverkets behandlingsrekommendationer 2014 och uppdaterad och modifierad efter ESC/ESH guidelinas 2018

Ungefärlig risk för död i hjärt-kärlsjukdom inom 10 år*

Låg risk < 1 %

Måttlig risk 1–4 %

Hög risk 5–9 %

Mycket hög risk ≥ 10 %

*Modifierat utifrån SCORE

Klipp ut

Läs mer om riskfaktorer

Risikfaktorer	Hypertoniorsakad organskada	Etablerad aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom
<ul style="list-style-type: none"> • Manligt kön • Hög ålder: män >55 år, kvinnor >65 år • Rökning • Hyperlipidemi • Kolesterol >4,9 mmol/l och/eller LDL >3,0 mmol/l • Diabetes mellitus eller nedsatt glukostolerans • Hereditet för tidig hjärt-kärlsjukdom: män <55 år, kvinnor <65 år • BMI ≥30 kg/m² • Fysisk inaktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Vänsterkammahypertrofi (t.ex. EKG eller ekokardiografi) • Nedsatt njurfunktion (eGFR): <60 ml/min/1,73 m² • Mikroalbuminuri U-alb/krea-kvot ≥3,0 g/mol • Ankel-brakialindex (ABI): <0,9 • Uttalad retinopati (blödning, exsudat eller papillödem) • Ökad kärlstelhet (t.ex. pulstryck ≥60 mmHg hos äldre >65 år) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebrovaskulär sjukdom (TIA, stroke) • Kranskärlsjukdom • Perifer artärsjukdom • Påvisade signifikanta aterosklerotiska plack • Aterosklerotisk aortasjukdom

Ställningstagande till behandling med statin

Mycket hög risk	Hög risk	Måttlig risk
<p>Önskvärd nivå för LDL <1,8 mmol/l. Behandla med atorvastatin 40–80 mg/dag. Lägg till ezetimib 10 mg/dag om önskvärd nivå inte nås inom 3 månader.</p>	<p>Önskvärd nivå för LDL <2,6 mmol/l. Behandla med statiner i måttlig dos, t.ex. atorvastatin 10–20 mg/dag.</p>	<p>Önskvärd nivå för LDL <3,0 mmol/l. Överväg behandling med statiner i måttlig dos, t.ex. atorvastatin 10–20 mg/dag om LDL-målet inte nås med livsstilsförändring.</p>



Klipp ut

Smärta hos äldre bör behandlas på olika sätt

Sköra äldre har lägre trösklar för biverkningar. Därför är en bra strategi vid smärtbehandling hos dessa att långsamt öka dosen. Men att uppnå komplett smärtfrihet är orealistiskt.

– Målet bör i stället vara bra smärtlindring, bättre funktion i vardagen och bättre livskvalitet, säger Carl-Olav Stiller.

FOTO KARI KOHVAKKA



Carl-Olav Stiller

Tidigare under hösten kom en SBU-rapport som konstaterade att läkemedel mot vanliga och långvariga smärttillstånd (artrossmärta, smärtsam diabetesneuropati och smärta vid kotkompression) hos äldre personer har en mycket liten effekt på gruppnivå jämfört med placebo. NSAID och opioider kan dessutom orsaka ovanliga men allvarliga biverkningar.

Svår fångat fält

SBU granskade studier avseende risken för akut njurpåverkan och allvarliga gastrointestinala biverkningar från mag-tarmkanalen (perforation, ulcus, blödning) med coxhämmare/NSAID och risken för fall med opioider.

– Smärta hos äldre är ett svår fångat fält. Mellan

” Smärta hos äldre är ett svår fångat fält. Mellan 25–80 procent av de äldre anges ha långvarig smärta. ”

25–80 procent av de äldre anges ha långvarig smärta, men det är många olika sorters smärta som bör behandlas olika och utvärderas på ett systematiskt sätt. Smärta efter kotkompression är vanligt i denna åldersgrupp, men det saknas kontrollerade studier som jämför olika behandlingsstrategier, säger Carl-Olav Stiller, docent och överläkare vid Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, samt ordförande i läkemedelskommitténs expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar.

Samma dos i årtal

Carl-Olav Stiller var sakkunnig i projektgruppen som skrev SBU-rapporten och menar att det viktigaste när det gäller smärtbehandling av äldre

Effekt på artrossmärta jämfört med placebo på en skala 0–100

Substans	Tillförlitlighet	Antal skalsteg minskad smärta
NSAID	Låg	7
Topikalt diklofenak	Måttlig	5
Paracetamol	Måttlig	3
Opioider (exkl. tramadol)	Måttlig	6
Tramadol	Låg	4

Sammantaget: en liten eller mycket liten effekt på artrossmärta

Källa: SBU, www.sbu.se/315

FOTO GETTY IMAGES



Salvor och geler kan vara ett alternativ.

.....► människor är bra diagnostik och dialog med patienten, och att utvärdera effekten av insatt behandling.

– Om vi ser till artros som exempel, står nästan alla patienter på paracetamol i samma dos år ut och år in utan att effekten dokumenteras, säger Carl-Olav Stiller.

Vid insättning av läkemedel vid långvariga smärttillstånd finns det normalt ingen anledning att snabbt gå upp i maxdos, menar Carl-Olav Stiller. Genom att gå långsammare upp i dos hos sköra äldre minskar risken för biverkningar.

Vid de studerade smärttillstånden är det också orealistiskt att uppnå smärtfrihet, menar Carl-Olav Stiller. Bra smärtlindring är mer sannolikt.

– Målet bör i stället vara en bättre funktion i vardagen och en bättre livskvalitet.

Långsam dosökning

Han är noga med att påpeka att resultaten i rapporten är på gruppnivå för de studerade preparaten. SBU avråder inte läkare från att använda dem, men man ska vara medveten om att alla patienter inte kommer att svara på behandlingen med dessa preparat. En bra strategi är därför långsam dosökning, att ompröva sina terapival, att sätta ut det som inte gör nytta och att dokumentera.

– Våra rekommenderade läkemedel i Kloka listan står sig bra än i dag. Opioider medför en

” Målet bör i stället vara en bättre funktion i vardagen och en bättre livskvalitet. ”

ökad risk för fall och kognitiva biverkningar och kan vara problematiska. En noggrann risk/nytta-värdering och individuellt anpassad lägsta effektiva dos med tydliga behandlingsmål bör finnas om dessa preparat ska övervägas.

Jämförbar effekt

Samsjuklighet gör att många läkemedel är mindre lämpliga, exempelvis är cox-hämmarna mindre lämpliga vid till exempel hjärtsvikt och nedsatt njurfunktion. De topikala beredningarna, exempelvis NSAID-geler inte omfattas av samma kontraindikationer och effekten är jämförbar i alla fall på kort sikt.

– Då kan salvor och geler lokalt vara ett alternativ där den placebojusterade effekten är jämförbar med tablettbehandling.

Fredrik Hed

Fysisk träning får hög prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer

I Socialstyrelsens nyligen uppdaterade nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar får fysisk träning hög prioritet och läkemedelsbehandling låg prioritet i avsnittet om artros.

Fysisk träning vid artros i knä eller höft har en stor effekt och stor nytta för patienten. Åtgärden har därför fått en hög prioritet i riktlinjerna. De flesta läkemedel däremot har endast en liten till måttlig och kortvarig effekt på smärta vid artros. De låga prioritetssiffrorna för läkemedel beror också på risken för allvarliga biverkningar, särskilt av opioider.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar finns på www.socialstyrelsen.se

Här hittar du information om läkemedel

När tiden är knapp kan det vara svårt att veta var man ska börja leta efter det man söker. Informationsflödet som omger oss är dessutom enormt. Var kan man vända sig när man letar efter information om läkemedel?



Eva Wikström Jonsson tipsar om läkemedelsinformation

Du som läser det här har säkert redan hittat till janusinfo.se där du exempelvis kan finna den digitala utgåvan av Evidens, information från Region Stockholms läkemedelskommitté, behandlingsriktlinjer och

mycket annat. Via Janusinfo kan du också nå olika kunskapsstöd, där ditt sökresultat beror på aktiv substans och beredningsform.

I Janusmed interaktioner hittar du främst information om farmakokinetiska interaktioner, medan Janusmed riskprofil kan ge information om farmakodynamiska interaktioner som innebär ökad risk för några utvalda typer av biverkningar. Janusmed njurfunktion ger stöd när du ska ordinera läkemedel till patienter med nedsatt njurfunktion. I Janusmed fosterpåverkan finns underlag för riskbedömning avseende fosterpåverkan vid läkemedelsanvändning i tidig graviditet och Janusmed amning ger rekommendationer avseende amning av friska fullgångna spädbarn vars mödrar behandlas med läkemedel. Janusmed kön och genus innehåller information om köns- och genusaspekter på läkemedelsbehandling.

Kanske har du någon gång letat efter en "Fass-

text", men gått bet? Fass (farmaceutiska specialiteter i Sverige) produceras av Läkemedelsindustriföreningens Service AB. De drygt 200 företag som deltar i det frivilliga Fass-samarbetet ansvarar själva för att uppdatera texterna. I Fass finns därför ingen information om produkter som tillverkas eller marknadsförs av de företag som inte deltar i samarbetet.

Produktresumén (SmPC) är den produktspecifika text som godkänts av läkemedelsmyndighet. Den har en egen flik i Fass på nätet. Via Läkemedelsverkets hemsida (lakemedelsverket.se, "sök läkemedelsfakta") eller som en del av EPAR (European Public Assessment Report) hos EMA (www.ema.europa.eu) kan du dock hitta den även för produkter som inte är med i Fass.

Biblioteken i Region Stockholm (biblioteken.sll.se/databaser) ger oss tillgång till många användbara databaser. I databaserna Drugline (www.drugline.se) respektive SVELIC (svelic.se) återfinns ett urval av utredningar från olika läkemedelsinformationscentraler.

I Sil Online (silonline.silinfo.se) kan du hitta kvalitetssäkrad information från olika källor. Där kan du exempelvis söka fram vilka beredningar av en viss substans som inte innehåller laktos, eller få information om licensläkemedel.

Eva Wikström Jonsson

Som förskrivare i Region Stockholm och Gotland kan du ställa läkemedelsfrågor till jourhavande läkare och farmaceuter vid klinisk farmakologi. Konsultationsremiss Farmakologisk konsultation, vårdenhet H Läkemedelsinformation, eller telefon: 08-585 810 60 vardagar 09.00–16.00.



Har du en fråga om läkemedel eller behandling?

Mejla din fråga till våra experter:
lakemedelskommitten.hsf@sll.se. Skriv Evidens i ämnesraden.



Roswitha Abelin,
apotekare

Ibland får vi frågan från specialistmottagningar och sjukhus om att lägga in förskrivning i Pascal för att de saknar inloggning. Det rör sig ofta om udda ultraspecialiserade preparat. Är vi som allmänläkare skyldiga att utföra det? Jag måste ju lägga in läkemedel i dospåsen som jag inte kan värdera.

Ingen allmänläkare har skyldighet att förskriva läkemedel som man inte kan värdera. Även sjukhus och specialistmottagningar skall kunna logga in i Pascal och genomföra en enkel förskrivning.

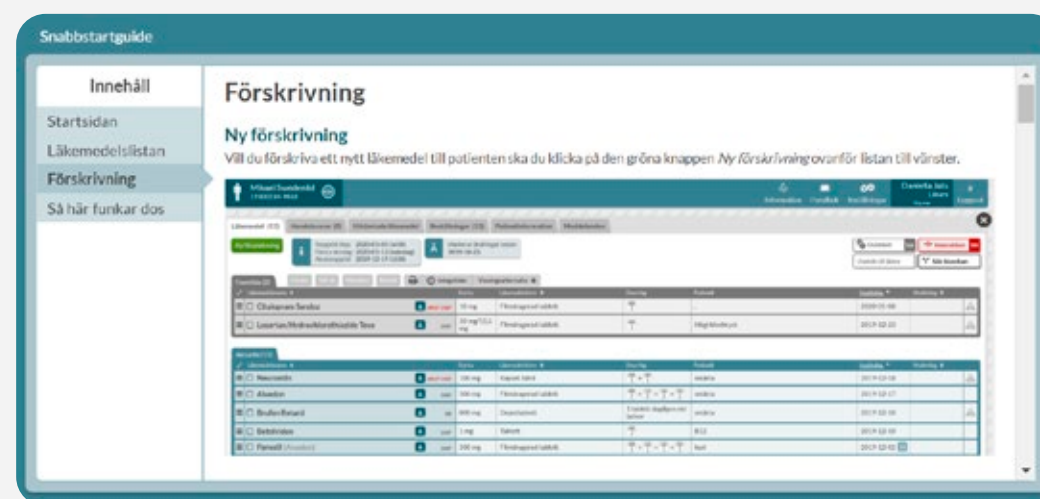
Just specialläkemedel är det nog ganska osannolikt att de ens skulle finnas i dossortimentet och därmed kan läggas i patientens dospåse.

Om ett läkemedel ingår i dossortimentet kan man kolla på vår dosleverantörs hemsida i sortimentslistan <https://svenskdos.se/sortimentslista.html>

Vill en organspecialist sätta in läkemedel som inte ingår i dossortimentet till en dospatient behöver man inte göra det i Pascal utan kan förskriva i journalsystemet. Läkemedlet kommer i alla fall att synas i Pascal som helförpackningsrecept med markeringen att det har kommit in som e-recept. Förskrivaren bör dock innan förskrivningen ha kollat i Pascal på patientens aktuella läkemedelslista om det nya läkemedlet fungerar ihop med befintliga förskrivningar. Journalsystemet är tyvärr inte alltid uppdaterat med alla förskrivningar som finns i Pascal.

Läs på vårdgivarguiden hur du skaffar inloggning i Pascal: <https://vardgivarguiden.se/it-stod/e-tjanster-och-system/pascal/> - scrolla ner till Autentisering och medarbetaruppdrag

För att snabbt komma igång med Pascal gå till <https://utb.eordinationpascal.se/>, logga in som läkare och öppna snabbstartsguiden som finns längst ner på sidan.



Pascal – snabbstartsguide

”Fördel att alla har hört och sett samma sak”

På Ektorps vårdcentral i Nacka får alla i personalen anmäla sig till Kloka listan forums webinarium den 20 januari. Fördelarna med det digitala formatet är många, menar verksamhetschefen Lena Bäckström.



Lena Bäckström

Varför låter du all personal delta?

– Tidigare har det bara funnits möjlighet att skicka två tre läkare av sammanlagt 35 anställda till Kloka listan forum. Nu kan alla som vill delta, kanske inte hela dagen men de kommer att kunna lyssna på några seminarier. Så fort vi får programmet sätter vi upp en lista där alla får anmäla sitt intresse för olika föreläsningar. Vi väljer kanske ut ett seminarium som alla lyssnar på, till exempel inom riskbruk. Vi driver ett förbättringsarbete inom riskbruk, så det vore intressant om just det tas upp under dagen.

Hur löser ni det praktiskt?

– Vi får ju inte stänga vårdcentralen helt den 20 januari, det måste till exempel vara möjligt att ringa hit. Vi spärrar tidböckerna för den dagen tills vi vet

hur många som vill delta och gör en anpassad tidbok därefter. Under själva webinariet kopplar vi upp oss med projektor i vårt konferensrum så att de som vill kan lyssna tillsammans.

Vilka fördelar ser du med webinariet?

– Att medarbetare från alla professioner kan delta, det är den största fördelen. Fysiska möten tar längre tid, man ska ta sig dit och tillbaka, det blir enklare att delta digitalt. Det är svårt att få till tio utbildningsdagar varje år för varje anställd, digitala föreläsningar underlättar. Förhoppningsvis kan vi fördjupa oss i något område efteråt, kanske titta på hur forskningen ser ut hos oss. Det är en fördel att alla har hört och sett samma sak.

Ser du några nackdelar?

– Det skulle väl vara att man missar möjligheten att träffa kolleger från andra vårdcentraler. Men å andra sidan kan en sådan här lösning ytterligare öka känslan av samhörighet här på vår vårdcentral.

Anna Bratt

Ektorps vårdcentral

Finns i: Nacka

Listade patienter: 12 700

Anställda: 35 personer

Personalgrupper: Distriktsläkare, ST-läkare, AT-läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer och medicinska sekreterare.

4 frågor till
Lena
Bäckström

Håll dig uppdaterad om covid-19



På Janusinfo hittar du den senaste informationen om covid-19. Här finns bland annat:

– aktuella **webbutbildningar**

– **utlåtanden** och **riktlinjer** från Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupper

– Covid-19-infektion i **Akut internmedicin**

– länkar till **specialsidor** hos myndigheter och **vetenskapliga tidskrifter**

Webbplatsen Janusinfo publicerar kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal. Prenumerera på Janusinfos nyhetsbrev: www.janusinfo.se/nyhetsbrev

Håll dig uppdaterad på janusinfo.se/fortbildning/! Flera digitala seminarier och webinarier planeras till våren. Information om nya tillfällen för fortbildning läggs löpande ut på janusinfo.se.

Fortbildning

ONSDAG
9
DEC

Digital fortbildning i geriatrik:
Gerontologi

9 december kl. 13.15–16.30
Studierektorer för ST-läkare i geriatrik
Målgrupp: ST-läkare

TORSDAG
10
DEC

Sår och sårbehandling i fokus

10 december kl. 14.00–16.00
Löwenströmska sjukhuset
Målgrupp: Sjuksköterskor, undersköterskor

ONSDAG
20
JAN

Kloka listan forum 2021 webinarium

Kloka listan forum 2021 webinarium
20 januari kl. 09.00–15.00
Målgrupp: Fokus på primärvårdsläkare men alla läkare och sjuksköterskor, politiker, tjänstemän och apotekare hälsa och omsorg

ONSDAG
16
FEB

Update geriatrik/fokus äldre
(ev. digitalt)

16 februari kl. 13.15–16.00
Expertgrupp äldres hälsa
Målgrupp: Geriatriker, ST-läkare i geriatrik

ONSDAG
24
FEB

Digital fortbildning: NOAK och ovanlig venös trombos

24 februari kl. 13.00–16.00
Expertgruppen för koagulations sjukdomar och plasmaprodukter
Målgrupp: Läkare

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

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

Adresskälla: Region Stockholm



Kloka listan forum 2021

Webbinarium

Välkommen till ett webinarium där våra främsta experter föreläser om läkemedelsbehandling och nyheter i Kloka listan 2021.

Onsdag 20 januari 2021 kl 09:00–15:00

08.45 Digital inloggning via länk

09.00 Välkomna!

15.00 Avslut

Plats: Digitalt i egen lokal

Anmälan och program: www.janusinfo.se/fortbildning

Målgrupp: Fokus på primärvårdsläkare, men alla läkare och sjuksköterskor med intresse för läkemedelsfrågor, politiker, tjänstemän och apotekare som är verksamma inom hälsa och omsorg är välkomna.

Webinariet är kostnadsfritt. Fullständigt program kommer i december.
Har du frågor, mejla till medicinsk.fortbildning.hsf@sll.se