

evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL
#5 · 2015

TEMA astma & **KOL**

Astma – fokus på
utredning och uppföljning

För få har diagnos
astma eller KOL

Träning prioriteras
högt vid KOL

Eva Wikström Jonsson

docent, överläkare klinisk farmakologi,
Karolinska universitetssjukhuset

*”Lär patienten att
inhalera rätt”*

Från
blockbusters
till nichebusters
och sär läkemedel
– klarar vi det?

Läkare

Eva Wikström

evidens #5 · 2015

MEDICIN & LÄKEMEDEL

TEMA astma
& KOLLuftrörsvidning är
basen i läkemedelsbe-
handling vid KOL

5

Nya riktlinjer för
astmabehandling
– fokus på utredning
och uppföljning

11

Lär patienten
att inhalera rätt

16

Underdiagnostik
av astma
och KOL

18

Stockholm inför
godkännandekriterier för
astma/KOL-mottagningar

20

Vad är svårt i hanteringen
av astma- och KOL-läkemedel?

21

Träning
– en hörn-
sten i KOL-
behandling

23

Ett servicepaket
för patienten

24

Rekommendation
av inhalator har
fått genomslag

26

NYHETER I KORTHET:

Nytt vårdprogram
för osteoporos

27

Vill du veta mer om
läkemedelskommittén?

27

Enklare och snabbare med ny
process för warfarinordination

28

Patientens kön kan påverka
diagnos och behandling

29

Påminn om vaccination
mot säsongsinfluensa

29

SÄRLÄKEMEDEL:

Från blockbusters
till nichebusters
och sär läkemedel
– klarar vi det?

31

Expertrådet för
sär läkemedel

35

Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
 Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare (tjänstledig) · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · E-post lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se
 För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: lakemedelskommitten@sl.se

Omslagsbild: Eva Wikström Jonsson, Foto: Kari Kohvacka
 Layout och produktion: Soya Kommunikation. Tryck: Printfabriken, Karlskrona, 2015

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



Vanliga och ovanliga sjukdomar, olika utmaningar



ARBETSOMRÅDET för Stockholms läns läkemedelskommitté spänner över flera terapiområden, över såväl vanliga som ovanliga sjukdomar. Kloka Listan och processen för att utarbeta rekommendationer för vanliga sjukdomar är etablerad sedan många år. Den metoden kan användas också för att värdera de nya läkemedel som nu introduceras på marknaden och som ofta berör mindre patientgrupper. Här är expertrådets roll i granskning och värdering vital. Att vi i Stockholm har en expertorganisation med 21 expertråd och cirka 200 experter som är redo att värdera läkemedel är unikt. Med sammansättningen av expertråden, med framstående kliniska experter, kliniska farmakologer och apotekare samt med vår jävspolicy, kan vi kritiskt värdera och balansera den dokumentation som granskas. På Janusinfo.se samlar vi utlåtanden från expertråden och rekommendationer från Stockholms läns läkemedelskommitté. Ett exempel är rekommendationen om de nya läkemedlen vid prostatacancer. I det här numret av Evidens kan du också läsa en artikel om sär-läkemedel, om de möjligheter och utmaningar som dessa läkemedel innebär för behandling av ovanliga sjukdomar.

I OKTOBER BESLUTADE Stockholms läns läkemedelskommitté om rekommendationerna i Kloka Listan 2016. Det sker efter att expertråden granskat litteraturen, värderat evidens och presenterat sina

förslag för läkemedelskommittén. Nu pågår ett intensivt arbete i Kloka Listan-utskottet med att redigera och finslipa texter för att allt ska vara klart i januari 2016.

DEN NYA PATIENTLAGEN som trädde i kraft från 2015 stärker patientens ställning och inflytande över hälso- och sjukvården. Vårdpersonalens skyldighet att informera är förtydligad och utökad i patientlagen. God information till patienter ökar följsamheten till ordinationer som till exempel läkemedelsbehandling. Som ett stöd till patienterna i mötet med vården omarbetas patientversionen av Kloka Listan och kommer i en ny form 2016.

LÄKEMEDELSVERKET kom nyligen med nya rekommendationer kring behandling av KOL och tidigare i år kom rekommendationer för astma. Socialstyrelsens riktlinjer för de båda sjukdomarna är nu också klara. Läs mer om nyheterna och vad de innebär för vården i detta nummer av Evidens.

JAG ÖNSKAR er alla en skön jul och nyårsledighet med mycket vila och återhämtning.

God Jul och Gott Nytt År!

Eva Andersén Karlsson

docent, överläkare, ordförande i
Stockholms läns läkemedelskommitté



Luftrörsvidgning är basen i läkemedelsbehandling vid

KOL

Efter drygt sex år publicerades i oktober nya riktlinjer för läkemedelsbehandling av KOL av Läkartillsammans. De nya riktlinjerna lägger tonvikt på att välja läkemedelsbehandling utifrån såväl symtom som exacerbationsanamnes och lungfunktion.

Artikelförfattare

Eva Wikström Jonsson

docent, överläkare klinisk farmakologi,
Karolinska universitetssjukhuset,
ledamot i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar

Läkemedelsverkets rekommendationer stämmer i stort överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av astma och KOL. I båda rekommendationerna är icke-farmakologisk behandling fortsatt grunden i KOL-vården. Rökstopp, fysisk träning, infektionsprofylax med bland annat influensavaccination, andnings- och slemmobiliseringstekniker och adekvat nutrition är exempel på insatser som är viktiga.

Behandling av komorbiditet och kardiovaskulära riskfaktorer kan ha avgörande betydelse och gynnsamt påverka patientens mortalitet. För att underlätta strukturerad bedömning av symtom rekommenderar riktlinjerna användning av formulär tillgängliga via Viss.nu (CAT). Om symtomen är lindriga eller sporadiska och FEV₁ minst 50 procent av förväntat normalvärde kan det räcka med inhalerade kortverkande luftrörsvidgare, exempelvis salbutamol (Buventol Easyhaler) eller ipratropium (Atrovent), vid behov. Inhalerade långverkande luftrörsvidgare utgör dock, precis som tidigare, basen vid läkemedelsbehandlingen vid KOL.

I första hand långverkande antikolinergika mot exacerbationer

Om exacerbationer dominerar bilden rekommenderas i första hand inhalerade långverkande antikolinergika och i andra hand byte till en kom-

Rekommendationer vid KOL

Läkemedelsverkets nya behandlingsrekommendationer vid KOL publicerades i oktober 2015. <http://korta.nu/5pb>

Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL publicerades i november 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-3>

Aktuella vårdprogram finns på www.viss.nu

bination av inhalerade antikolinergika och långverkande beta-2-stimulerare. Om inte heller detta har tillräcklig effekt på exacerbationerna och FEV₁ < 50 procent av förväntat är nästa steg utsättning av långverkande antikolinergikum och byte till inhalerad långverkande beta-2-stimulerare och inhalationssteroid. Vid fortsatt exacerbationsproblematik och/eller otillräcklig effekt på symtomen av kombinationen inhalationssteroid och inhalerad långverkande beta-2-stimulerare rekommenderas tillägg av långverkande antikolinergikum. I praktiken torde detta i många fall innebära återinsättning. Det resulterar i så kallad "trippelbehandling".

Om exacerbationer saknas och symtom eller

Misstänk KOL:

Vid tidigare eller nuvarande exponering för luftrörsskadliga ämnen hos personer från cirka 35 år samt något av följande:

- återkommande bronkietepisoder eller långvariga förkylningar
- luftvägssymtom som hosta, sputumproduktion, andfåddhet och/eller pip i bröstet
- nedsatt fysisk prestationsförmåga
- känd hjärtsjukdom med andfåddhet
- lungröntgenbild som ger misstanke om KOL
- oro hos patienten på grund av tidigare eller pågående tobaksexponering

Källa: Läkemedelsverket



Eva Wikström Jonsson



.....> nedsatt lungfunktion (FEV₁ < 50 procent av förväntat) istället dominerar bilden rekommenderas i första hand inhalerad långverkande beta-2-stimulerare med 24-timmarsduration. Om den långverkande beta-2-stimuleraren ger otillräcklig effekt på symtomen kan den kombineras med inhalerat långverkande antikolinergikum. När inte heller kombination av luftrörsvidgande läkemedel med olika verkningsmekanism ger tillräcklig effekt på symtom och FEV₁ < 50 procent av förväntat rekommenderas byte till inhalationssteroid samt inhalerad långverkande beta-2-stimulerare i fast kombination.

Lär ut korrekt inhalationsteknik

Det kan ibland vara svårt att hantera inhalatorerna och att inhalera på rätt sätt. Lär därför ut korrekt inhalationsteknik och följ upp hur det går för patienten. Om patienten har svårt att hantera pulverinhalatorer är behandling med spray och andningsbehållare, så kallad spacer, alternativet.

Hos patienter som har samtidig kronisk bronkit, FEV₁ < 50 procent av förväntat och mer än två exacerbationer årligen trots trippelbehandling rekommenderas tillägg av den perorala fosfodiesteras-4-hämmaren roflumilast (Daxas). Den exacerbationsförebyggande effekten av roflumilast är dock endast dokumenterad på

FEV₁

Vid en undersökning får patienten göra en maximalt snabb utandning efter maximal inandning. Den luftvolym som patienten andas ut under första sekunden mäts som FEV₁.

FEV₁ < 80 procent av förväntat räknas som nedsatt.

patienter med kronisk bronkit, och roflumilast har i de kliniska prövningarna inte medfört förbättrad livskvalitet. Det är viktigt att följa upp patienten med avseende på psykiska och gastrointestinala biverkningar efter insättning av roflumilast. Var bland annat uppmärksam på viktnedgång.

Liksom tidigare kan långtidsbehandling med syrgas i hemmet bli aktuell vid respiratorisk insufficiens med kronisk hypoxi i vila. Syrgasbehandlingen är symtomlindrande och har dokumentation för ökad överlevnad då den används minst 16 timmar per dygn.

Eva Wikström Jonsson

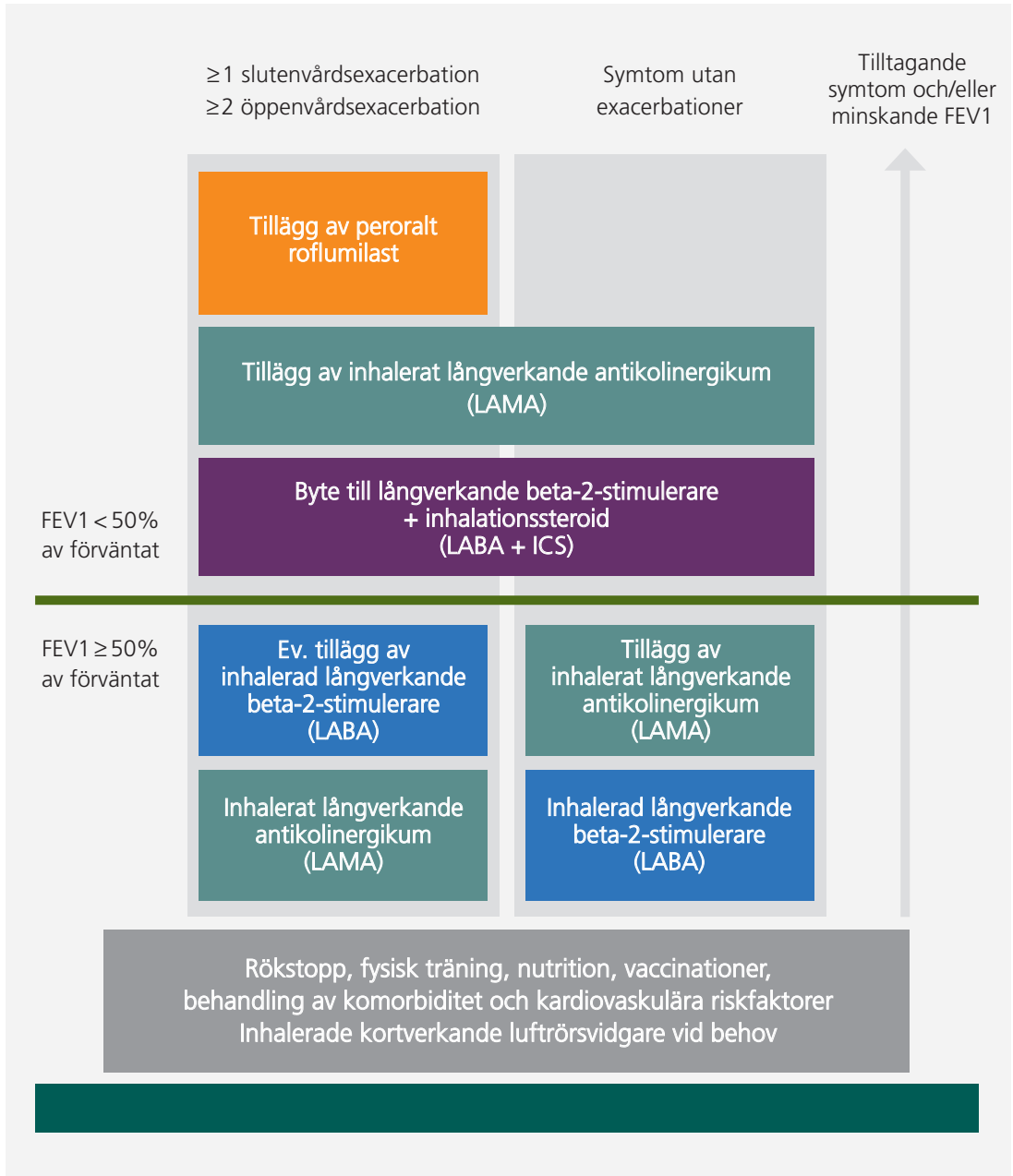
Fler kvinnor än män dör av KOL

Enligt populationsstudier finns det mellan 400 000 och 700 000 individer med KOL i Sverige beroende på diagnoskriterier. Förekomsten av KOL är lika bland kvinnor och män i Sverige. Antal dödsfall till följd av KOL ökar fortfarande bland kvinnor men har de senaste decennierna varit oförändrat bland män. I Sverige dör närmare 3 000 personer per år till följd av KOL och sedan knappt ett decennium är antalet dödsfall högre bland kvinnor än bland män.

Källa: Läkemedelsverket

KOL

Behandlingsriktlinje 2015





MÖT EXPERTEN

Eva Wikström Jonsson

Karriär: Fick intresse för glattmuskelfysiologi under en sommarforsarskola på Karolinska Institutet 1985. Forskningsprojektet fortsatte sedan parallellt med läkarstudierna. Började forska vid klinisk farmakologi efter disputationen i fysiologi, docent år 2011. ST-läkare i klinisk farmakologi 2002 och färdig specialist i klinisk farmakologi 2007. Arbetar där bland annat med läkemedels-säkerhet och med ST-utbildning. Informationsläkare vid 15 vårdcentraler i nordöstra Stockholm. Arbetar idag 15 procent vid Karolinska universitetssjukhusets Lung- Allergimottagning, framför allt med läkemedelsallergitredningar.

Drivkraft: Att minska diskrepansen mellan resultaten i kliniska prövningar och resultaten i vården, att försöka räkna ut vad som är hindren för att nå ända fram i vardagens vård.

Om glattmuskelfysiologi: "Det är helheten som fascinerar. Teoribygget, modellering, koncentrations-responssamband, det experimentella. Det är mycket grundvetenskap som ändå har en klar tillämpning."

Fritiden: yoga, löpning och tiodans som innefattar bland annat rumba, samba, slowfox, vals och tango. Har tidigare dansat balett.

Musik: opera, svensk 70-talspunk och allt däremellan.

Läser: gärna starka kvinnoporträtt, till exempel av Kerstin Ekman eller Kristina Sandberg.

Nya riktlinjer för astmabehandling – fokus på utredning och uppföljning

Rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer stämmer väl överens med LäkeMedelsverkets nya rekommendationer för behandling av astma. En av de stora nyheterna utgörs av rekommendationen att använda spray och andningskammare, det vill säga spacer, istället för nebulisator, för att ge luftrörsvidgande läkemedel i samband med akuta exacerbationer.

Nebulisatorerna har idag en utbredd användning på akutmottagningar och vårdcentraler. Men i Socialstyrelsens riktlinjer har de prioritet 5 medan spaceranvändning får prioritet 2. Spray och spacer är enklare och billigare att använda men effekten på akuta astmaanfall är likvärdig den vid användning av nebulisator.

För diagnostik av misstänkt astma bör hälso- och sjukvården erbjuda dynamisk spirometri med reversibilitetstest till vuxna och barn från 6 års ålder, vilket har fått högsta prioritet (prioritet 1) i Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer. Där rekommenderas också riktad allergiutredning till personer med misstänkt astma. Det innebär att anamnesen ska avgöra vilka allergen som kan vara inblandade och misstankarna kan sedan vidare utredas med blodprov eller pricktest.

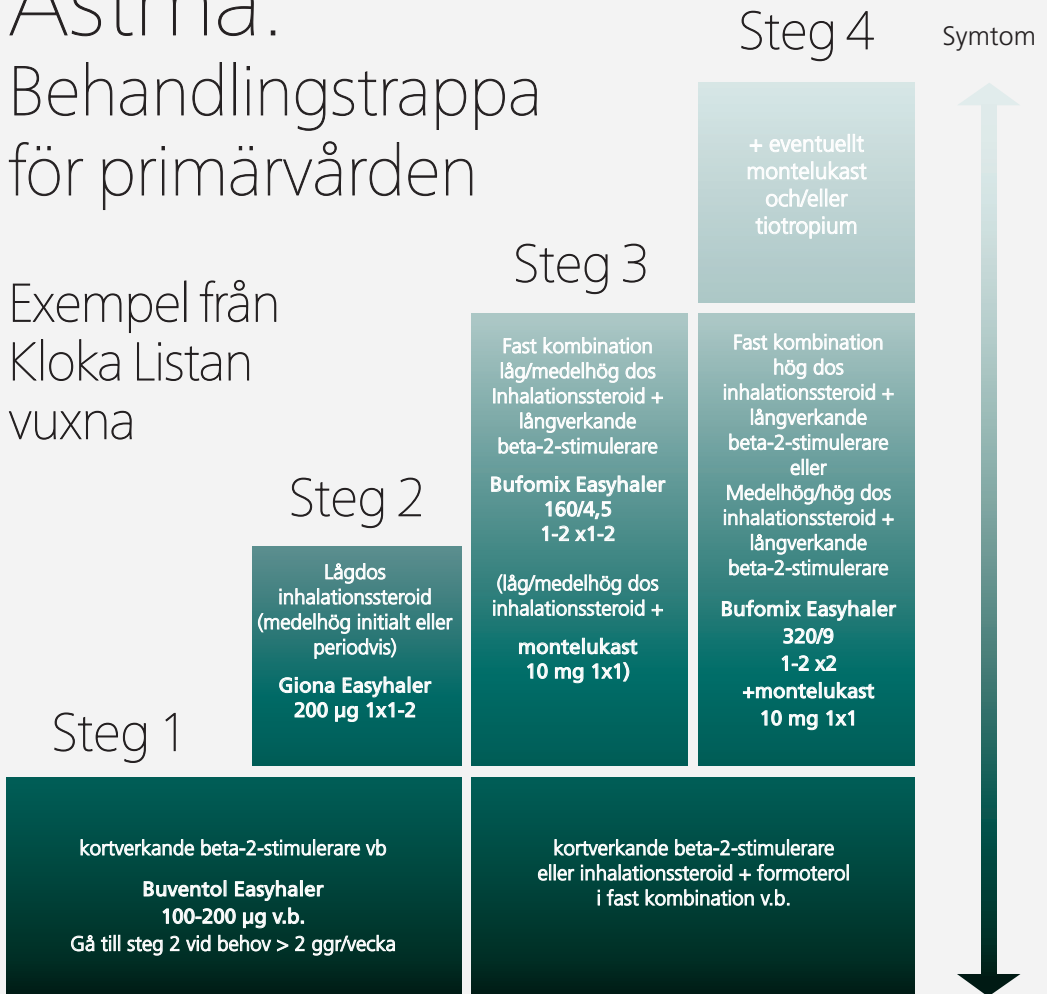
LäkeMedelsverket tar upp viktiga differentialdiagnoser, där exempelvis främmande kropp, cystisk fibros och medfödda tillstånd bör finnas i åtanke hos barnen.

Hos ungdomar och yngre vuxna kan fortfarande cystisk fibros vara en differentialdiagnos och i dessa åldrar förekommer också exempelvis ansträngningsutlöst laryngeal obstruktion. I högre åldrar ökar förekomsten av andra lungsjukdomar, såsom KOL och bronkiektasier samt hjärtsjukdom.

Vad har då sjukvården att erbjuda då diagnosen astma är ställd? Stöd att sluta röka har högsta prioritet. Symtombedömning med strukturerade frågeformulär (ACT) är också högt prioriterat (prioritet 2). Utbildning av patienter och föräldrar samt skriftliga behandlingsplaner och träningsråd är också viktigt (prioritet 3–4), allt enligt rekommendationerna från Socialstyrelsen.

Astma: Behandlingstrappa för primärvården

Exempel från
Kloka Listan
vuxna



Bilden ger exempel på doser. Använd lägsta effektiva dos för varje patient och följ upp effekten av insatt behandling. Från steg 1 och hela vägen upp i trappan måste patienten ha något snabbverkande luftrörsvidgande läkemedel att ta till vid behov. Salbutamol (Buventol Easyhaler) är ett rekommenderat förstahandsval till patienter på steg 1 och 2.

Många patienter från steg 3 och uppåt behandlas med kombinationen budesonid och formoterol, och de kan också ha salbutamol vid behov. Emellertid har också formoterol snabbt

insättande effekt, och den fasta kombinationen av budesonid och formoterol (dock inte i Easyhaler) har också fått indikationen underhåll och vid-behovs-medicinering. De patienter som har den fasta kombinationen både som underhåll och vid behov (kanske de mest exacerbationsbenägna eller där det annars funnits besvär med att de bara tagit luftrörsvidgaren) behöver alltså inte salbutamol från steg 3 och uppåt, utan de kan behandlas med budesonid och formoterol både som underhåll och vid behov.

Inhalationssteroider vid besvär minst två gånger i veckan

Till barn under 6 år med periodiska besvär rekommenderas i första hand kortverkande beta-2-stimulerare administrerat som spray (Airomir spray i Kloka Listan) via andningskammare. Vid svårare, periodiska, infektionsutlösta besvär anger Läkemedelsverket leukotrienreceptorantagonist (montelukast) som ett alternativ till inhalationssteroider. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör barn 6 mån–6 år med astmasymtom minst två gånger i veckan erbjudas behandling med inhalationssteroider (prioritet 2).

Till barn från 6 års ålder rekommenderas också kortverkande beta-2-stimulerare administrerat som spray via andningskammare vid sporadiska besvär. Vid återkommande ansträngningsutlösta besvär eller vid behov av luftrörsvidgande läkemedel mer än två gånger per vecka rekommenderas monoterapi med leukotrienreceptorantagonist alternativt inhalationssteroid. Rekommendationen om monoterapi med leukotrienreceptorantagonist gäller endast lindriga besvär. Att ge regelbunden inhalationssteroid till denna grupp vid behov av luftrörsvidgande läkemedel mer än två gånger i veckan har i Socialstyrelsens nationella riktlinjer fått prioritet 2.

Inhalationssteroider under graviditet

Även för vuxna rekommenderas inhalationssteroid vid behov av luftrörsvidgande läkemedel mer än två gånger i veckan (prioritet 2). Socialstyrelsens riktlinjer är tydliga med att det på detta behandlingssteg endast i undantagsfall kan erbjudas byte till fast kombination av inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare (prioritet 8). De dokumenterade positiva effekterna av tillägg av långverkande beta-2-stimulerare gäller endast patienter som har terapivikt vid regelbunden behandling med inhalationssteroider.

Liksom tidigare blir byte till fast kombination därför aktuellt först på steg 3 av Läkemedelsver-

Hjälp till rökstopp får högsta prioritet

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL har hjälp till rökstopp högsta prioritet.

Målet är att 95 procent eller fler av alla rökare med astma och KOL bör erbjudas rökavvänjning enligt Socialstyrelsen. Minst 97 procent av alla ungdomar med astma bör få frågan om de röker.

Dessutom bör även föräldrar till barn med astma få hjälp att sluta röka.

Enligt det nationella kvalitetsregistret röker fler än en tredjedel av patienterna med KOL.

kets behandlingstrappa, med kombination av inhalationssteroid och leukotrienreceptorantagonist som andrahandsalternativ.

Astma ska behandlas på samma sätt under graviditet och amning, förutom att Läkemedelsverket anger att nyinsättning av leukotrienreceptorantagonister om möjligt bör undvikas under graviditet. Vid allergisk rinit kan nasal steroid samt antihistaminerna cetirizin, desloratadin eller loratadin användas under graviditet. I sammanhanget påpekas att desloratadin eller loratadin är att föredra framför cetirizin under amning, se till exempel beslutsstödet *Läkemedel och amning* på www.janusinfo.se.

Behandling av vuxna astmatiker enligt steg 1–3 kan ske inom primärvården

Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation kan behandling enligt steg 4 ske i primärvård med specialkompetens eller på specialistmottagning vid lungmedicinsk eller allergologisk specialistklinik. Nytt på behandlingssteg 4 för vuxna med astma är tillägg av långverkande antikolinergikum (tiotropium) som ett alternativ.

I första hand rekommenderas dock hög dos av

.....> inhalationssteroid i kombination med långverkande beta-2-stimulerare alternativt medelhög till hög dos av inhalationssteroid i kombination med leukotrienreceptorantagonist. Tillägg av teofyllin finns inte längre kvar på behandlingstrappan för vuxna, men omnämns som ett alternativ vid behandling av svår astma hos barn.

På behandlingssteg 5, som är en angelägenhet för lungmedicinsk eller allergologisk specialistkli-

nik, tillkommer temperaturreglerat laminärt luftflöde som en icke-farmakologisk behandlingsmetod att överväga. I övrigt är det på detta steg som underhållsbehandling med immunmodulerande läkemedel återfinns, vilka i den av Läkemedelsverket publicerade trappan representeras av anti-IgE antikroppen omalizumab (Xolair) samt perorala steroider.

Astmapatienter med underhållsbehandling bör

Uppföljning och återbesök vid astma hos vuxna

Tillstånd	Frekvens	Åtgärd
Astma med exacerbation	Inom 6 veckor	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT)
Okontrollerad astma med underhållsbehandling	Minst 2 gånger per år	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
	1 gång per år	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometri
Kontrollerad astma med underhållsbehandling	1 gång per år	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
	Minst vart tredje år	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometri
Kontrollerad astma utan underhållsbehandling	Vid behov	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning av symtom med validerat frågeformulär (t.ex. ACT) • Anamnes om rökstatus, exacerbationer och fysisk aktivitet • Uppföljning av skriftlig behandlingsplan • Undersökning av inhalationsteknik samt mätning av längd och vikt
	Minst vart tredje år	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometri

Källa: Socialstyrelsen

enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ha återbesök minst en gång årligen med bedömning av symtom och fysisk aktivitet. Patienter med okontrollerad astma behöver tätare uppföljningar och det är viktigt att patienter med exacerbationer får återbesök. Fundera över diagnos, inhalationsteknik och följsamhet till behandlingsöverenskomsten när läkemedlen inte har förväntad effekt!

Eva Wikström Jonsson

Läs mer:

1. Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-3>

2. Läkemedelsverket: Läkemedelsbehandling vid astma – Behandlingsrekommendation: <http://korta.nu/7pb>



Kunskapen om hur inhalatorer fungerar och ska användas är låg och läkemedelsanvändningen blir därför inte optimal.

Lär patienten

Foto Karin Nordin



Michael Runold, överläkare vid Lung-allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar, hur vanligt är det att inhalatorer används på fel sätt?

– Det är tyvärr väldigt vanligt. Flera studier visar att kanske hälften av patienterna använder sina inhalatorer på ett felaktigt sätt. Vi gjorde en undersökning på vår klinik där en apotekare fick kontrollera hur patienter använde sina inhalatorer. Det fanns en hel del fel här också, trots att det är en specialistklinik med patienter som ofta är kunniga om sin sjukdom och behandling. Även hos oss gjorde ungefär hälften av patienterna ett eller flera fel som kan påverka den levererade läkemedelsdosen.

Vad innebär det för behandlingsresultatet?

– Det påverkar helt klart. Vissa fel är kritiska och andra är inte lika kritiska. Hela eller delar av dosen kommer till exempel inte in i luftvägarna. Ett

annat resultat är att läkemedlet hamnar i de övre luftvägarna istället för i de nedre.

Hur ska vi minska problemen?

– Läkare och sjuksköterskor måste säkerställa att patienten kan använda sin inhalator. Helst vid varje återbesök eftersom patienten också förändrar sitt beteende och sin teknik över tid. Om en patientens astma har försämrats måste astma- och KOL-teamet först och främst säkerställa att det inte är ett problem med efterlevnad till behandlingen.

Behöver vårdpersonal lära sig mer om inhalatorteknik?

– Många läkare och sjuksköterskor tycker inte att de har koll på hur olika inhalatorer fungerar. Expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar har därför arrangerat workshops under året och de kommer att återkomma i vår. Dessutom planerar vi för en webbutbildning där olika inhalatorer kommer att tas upp.

Karin Nordin

ten att inhalera rätt

Michael Runold och apotekare Elin Dahlén, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för luftvägs- och allergisjukdomar, demonstrerar inhalatorer.

Några saker att tänka på:



Sprayinhalatorn måste provtryckas i luften före första inhalation. Detta bör också upprepas om den inte använts på två veckor.

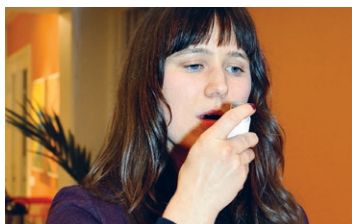


Inhalator med suspension måste skakas före användning. Ett råd är att skaka *alla* inhalatorer med spray före inhalationen.



En person som har både pulver- och sprayinhalator tenderar att blanda samman inhalationsteknikerna.

Några vanliga fel:



Aktiveringen av sprayinhalatorn sker för sent under inandningen.



Patienten andas inte ut före inhalationen. Gäller alla inhalatorer.



Turbuhaler hålls inte i upprätt läge när dosen matas fram.



Pulverinhalator: inandningen är för långsam. Läkemedelspartiklarna slits inte loss från sin bärare och läkemedlet fastnar i de övre luftvägarna. Inandningen ska vara snabb och kraftfull.



Sprayinhalator: patienten andas in för fort i inhalatorn. Inandningen bör ta 4-5 sekunder för att inte läkemedlet ska fastna i de övre luftvägarna.



Easyhalern, en pulverinhalator som rekommenderas på Kloka Listan, skakas inte före frammatning av en dos.

Underdiagnostik av astma och KOL

Återkommande hosta, bronkiter eller lunginflammationer. Många astma- och KOL-patienter finns i primärvården men får inte diagnos.

– Vi måste hitta patienterna innan de har blivit för dåliga, säger Luisa Escuder Miquel.

O Stockholm finns idag runt 32 000 patienter med KOL-diagnos. Men det borde vara mellan 80 000 och 140 000. – Patienterna måste få diagnos för att kunna lära sig om sin sjukdom och förstå den. Det finns fortfarande många, både bland patienter och vårdpersonal, som tror att det inte går att göra något åt KOL-sjukdomen. Men nu har vi mycket evidens för att vi kan behandla för färre symtom och bättre livskvalitet, säger Luisa Escuder Miquel, specialist i allmänmedicin och vårdutvecklingsledare för astma, KOL, allergi och tobak vid Akademiskt primärvårdscentrum.

En av tio personer borde ha astma enligt svenska prevalensstudier. Men i Stockholm ligger den faktiska andelen diagnostiserade lägre och varierar beroende på statistisk källa.

” Alla vårdcentraler har utrustning för spirometri. Det stora problemet är att de använder den för lite. ”

– Det här är lågprioriterade sjukdomar i primärvården, förklarar Luisa Escuder Miquel och pekar på två framträdande orsaker till den låga diagnostiseringsgraden:

Det görs för få spirometriundersökningar och många astma- och KOL-sjuksköterskor på vårdcentraler har för lite tid för uppdraget.

Enligt tidigare riktlinjer för KOL från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket beräknades en spirometriundersökning ta cirka 45 minuter. Men numera ser kraven annorlunda ut och det behöver därför inte alltid ta så lång tid. Reversibilitetstest utan vitalkapacitet (VC) tar en halvtimme och behöver bara göras vid diagnostisering av astma och KOL, vid misstanke om att patienten inte tar sina läkemedel eller vid misstanke om försämrad lungfunktion. Vid återbesök och kontroll räcker det att testa för den bästa av tre forcerade utblåsningar och det tar cirka tio minuter.

Vid en undersökning inom Stockholms läns landsting år 2012 visade det sig att endast 2 procent av alla listade hade genomgått undersökning med spirometri.

– Alla vårdcentraler har utrustning för spirometri. Det stora problemet är att de använder den för lite. Sjuksköterskan som utför spirometrin ska ha utbildning för det och läkaren måste kunna tolka resultaten. Det går bra att ta spirometrikort hos oss på Akademiskt primärvårdscentrum.

Astma- och KOL-sjuksköterskan tar upp anamnes, kör spirometri, utbildar patienten och hjälper läkaren att följa upp behandlingen. Om sjuksköterskan ska göra allt enligt Socialstyrelsens riktlinjer för en optimal vård behövs det enligt beräkningar fyra timmars arbete per vecka och tusen listade patienter. Troligen finns det ingen vårdcentral i Stockholm som kan erbjuda det. Men enligt de lägre ställda kraven för en godkänd astma och KOL-mottagning räcker det med två timmar per tusen listade patienter och vecka. Då arbetar sjuksköterskan enbart med de patienter som Socialstyrelsen prioriterat högst.

— För att få en bättre astma- och KOL-vård i Stockholm behöver vi skifta fokus från läkarbesök till besök hos sjuksköterska. Jag har räknat på det här och att ha en sjuksköterska enligt kriterierna för optimal mottagning betalar sig självt med de ersättningsnivåer som gällt de senaste tre åren och som kommer att gälla för 2016.

Karin Nordin

Läs mer:

Referenser till artikeln finns på www.janusinfo.se/evidens_underdiagnostik_astmakol

Foto Karin Nordin



Luisa Escuder Miquel

Stockholm inför godkännandekriterier för astma/KOL-mottagningar

Möjlighet till korrekt diagnos och förbättrad behandling vid astma och KOL har ökat och därmed ställs nya krav på hälso- och sjukvården. Ett strukturerat omhändertagande med väl fungerande astma- och KOL-mottagning i primärvården syftar till att förbättra för dessa stora patientgrupper.

Lokala utvärderingar av sådana mottagningar har visat på ökad kunskap hos patienterna, minskat antal exacerbationer och lägre totala vårdkostnader.

Efter beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden inför Stockholms län från och med 2016 godkännandekriterier för astma/KOL-mottagningar enligt liknande modell som SFAMs nätverk för astma- och allergiintresserade allmänläkare och Astma och allergisjuksköterskeföreningen (ASTA) tagit fram och som region Skåne använder sedan 2014. Målgruppen är barn från sex månader och vuxna med astma eller KOL. Viss.nu har information om vilka barn som ska behandlas i primärvården.

Ansökningshandling för godkännande av astma- och KOL-mottagning finns på Vårdgivarguiden. När en vårdgivare blivit godkänd presenteras detta på 1177.se med en symbol på mottagningens kontaktkort.

Inger Dahlbom

kommunikationsstrateg/projektledare,
Avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin, HSF

Kriterier för målrelaterad ersättning:

- Astma- och KOL-sjuksköterskan ska ha avsatt tid enligt nationella kriterier för godkänd astma- och KOL-mottagning. Minst 2 timmar per vecka och 1 000 listade patienter ska vara avsatt för målgruppen
- Sjuksköterskan ska ha utbildning om minst 15 högskolepoäng inom området astma, allergi och KOL
- Sjuksköterskan ska ha tidsbeställd mottagning med organiserad telefonrådgivning
- Astma- och KOL-sjuksköterskan ska ha kontinuerlig fortbildning inom ämnesområden astma och KOL
- Mottagningen ska utföra strukturerad patientutbildning
- Mottagningen ska erbjuda tobaksavvänjning
- Mottagningen ska registrera i Luftvägsregistret
- Specialist i allmänmedicin ska ha uppdraget som medicinskt ansvarig för astma- och KOL-mottagningen. Den medicinskt ansvarige läkaren ska ha kontinuerlig fortbildning inom ämnesområden astma och KOL
- Mottagningen ska ha etablerad samverkan med fysioterapeut
- Mottagningens läkare ska ha goda kunskaper i spirometritolkning. Minst en läkare och en sjuksköterska ska ha gått utbildningen spirometri-körkort eller motsvarande högskoleutbildning

Läs mer:

Vårdgivarguiden, ansökningshandling: <http://korta.nu/0ub>

Målgrupper på Viss:

<http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Barn-och-ungdomar/Astma-obstruktiv-bronkit-hos-barn/1/>

Vad är svårt i hanteringen av astma- och KOL-läkemedel?

Deltagare i utbildningen om "Inhalatorer, spacerar och autoinjektioner" svarar:



Susanne Björkman

Sjuksköterska, Karolinska universitetssjukhuset

– Jag jobbar natt på Reumatologen och där händer det ofta att vi har patienter med lungproblem när det är fullt på andra avdelningar. Vi ger ofta läkemedlen med hjälp av lufttryck från väggen och den apparaten är lätt att sköta. Men det är ofta en osäkerhet när patienterna ska använda egna inhalatorer. Det svåraste är att veta att patienterna har fått i sig läkemedlen.



Per Fahlstadius

Allmänläkare vid Kungsängens vårdcentral

– Inhalatorerna är inte så krångliga i sig, men problemet är att de är så många, så det blir många olika funktioner att hålla reda på.



Maria Åsberg

Distriktssköterska Värmdö vårdcentral

– Att det har kommit så många olika preparat, det är en djungel. Vi vill starta upp en astma- och KOL-mottagning på vårdcentralen och jag ska nu gå 15-poängskursen och lära mig spirometri som också är svårt.



Susanne Holm Jönsson

Distriktssköterska Värmdö vårdcentral

– Det är ofta osäkert om patienten har fått i sig medicinen. Nyckeln till bra behandling är att först och främst säkerställa hur apparaten fungerar och sedan att säkerställa att patienten har fått bra information och stöd för användningen.

Träning

Foto Karin Nordin



– en hörnsten i KOL-behandling

Träning prioriteras högt i Socialstyrelsens nya KOL-riktlinjer och alla patienter bör få hjälp att träna. Ingrid Hemström Nordgren, sjukgymnast specialiserad på lungmedicinsk rehabilitering vid Nollåtta Sport & Rehab, Södermalm, vad kan träning göra för KOL-patienten?

– Jag brukar säga till patienten att träningen är till för att orka mer i vardagen. Att till exempel orka bädda sängen, laga mat eller leka med barnbarnen. Med träning blir antalet exacerbationer också färre. Men KOL-patienter som kanske har 20 procent av normal andningskapacitet har ofta en skräckbild av att de kommer att kvävas till döds. Så jag brukar inte nämna exacerbationer för dem utan arbetar med mer positiva budskap om att orka mer.

Hur ser träningen ut?

– Kondition och styrketräning är grundläggande. Äldre personer kan också behöva balansträning och eftersom inkontinens är vanligt vid hosta är

” Jag mäter syresättningen i blodet på mina patienter flera gånger under ett pass. ”

bäckenbottenträning ofta bra att lägga till.

– Konditionsträningen och styrketräningen kan se ut nästan hur som helst, det gäller bara att ha fantasi och hitta det som passar för patienten. Träning på motionscykel, löpband, cirkelträning, dans, stavgång eller vattengymna är alternativ. Ibland är det tillräckligt jobbigt med sittgymna där man sitter ner på en stol och till exempel joggar med benen.

Vad är skillnaden mot att träna på egen hand?

– Jag mäter syresättningen i blodet på mina patienter flera gånger under ett pass. Vid det första besöket går jag igenom sjukdomshistoria och gör ett test på cykel. Jag kör alltid en spirometri vid första besöket, även om det är gjort sedan tidigare. Då kan jag höra hur patienten andas och om det finns slem kan jag lära ut metoder att få upp det. Vid följande besök blir det också mycket lättare att samtala utifrån spirometrikurvan. Patienten får en individuell KOL-skola hos mig och träningen kan anpassas till individen. Här lär jag också ut andningsteknik, ett verktyg för att få kontroll på andningen till exempel när man ska gå i trappor. Med rätt andningsteknik vågar patienten mer i livet.

Hur hittar vården sjukgymnaster som är specialiserade på lungsjukdomar?

– Tyvärr finns det ingen lista över oss så vitt jag vet. Det enklaste är att remittera till Primärvårdsrehab. Då kommer den som tar emot remissen förhoppningsvis att skicka den vidare till oss som är specialiserade.

Karin Nordin

Ett servicepaket för patienten

Ett prestigelöst samarbete gör astma- och KOL-vården trygg för patienten och effektiv och rolig för personalen vid Liljeholmens vårdcentral. Men det är en utmaning att hinna med alla patienter.

– Läkarna har den medicinska helhetsbilden medan vi sjuksköterskor har ett omvårdnadsperspektiv och ser till att vardagen fungerar för patienten, till exempel med inhalationsteknik och rutiner. Vi kommer in med olika pusselbitar och det är det som gör att vi får en bra vård, säger Marianne Eduards, sjuksköterska med inriktning astma, allergi och KOL vid Liljeholmens vårdcentral.

– Det är hela dynamiken som fungerar så bra. Vi har respekt för varandras yrkesroller och kan arbeta helt prestigelöst. Vi har 30–35 allmänläkare på den här vårdcentralen och alla har inte särskilt fokus på astma och KOL-patienter. Men

att vi har specialiserade sjuksköterskor och arbetar i team gör att vi kan garantera kvaliteten, menar Peter Vanky, allmänläkare med specialintresse för lungsjukdomar vid samma vårdcentral.

Han var med och startade mottagningen för tio år sedan och tycker att den hjälper till att öka intresset för astma och KOL hos övriga kollegor. Det blir lättare att komma ihåg att kontrollera för lungproblem när patienter bokas in för besök av andra skäl. Internremisserna till spirometri ökar ständigt i antal.

– Sjuksköterskorna här ger både oss läkare och patienten bra stöd. Det är stor skillnad på att bara



Foto Karin Nordin

Kerstin Söderlund och Marianne Eduards, astma- och KOL-sjuksköterskor och Peter Vanky, allmänläkare.

Ansträngnings- torrluftprovokation på löpband

1

Patienten springer så snabbt som möjligt och belastningen ökas successivt till max. Om FEV1 faller går det att ställa diagnos. I annat fall går patienten vidare till punkt 2.

2

Patienten springer i 6 minuter på 90 procent av maxbelastning och andas samtidigt torrluft från tub. FEV1 mäts.

Testet kan vara en hjälp att skilja problem i larynx från astma.

Fullständiga rekommendationer finns på http://www.barnallergisektionen.se/stenciler_nya06/d11_eia.html

köra spirometri och på att erbjuda hela paketet av service som de gör.

Utredning, undervisning och omhändertagande ingår i det paketet. Alla patienter med misstänkt astma eller KOL genomgår spirometri med reversibilitetstest och patienter med till exempel övervikt, hjärtsvikt eller andra sjukdomar sällas ut från astma- och KOL-mottagningen. De som får diagnos astma eller KOL följs upp vid 2, 6 och 12 månader med spirometri och symptomutvärdering med sjukdomsspecifika formulär, CAT och ACT. Därefter kontroller årligen eller vartannat år. Om astmapatienten inte blir besvärsfri trots behandling eller om diagnosen är svår att ställa finns det möjlighet att göra ansträngnings-torrluftprovokation, en utredningsmetod som inte är så vanlig inom primärvården.

En timme i månaden träffas astma- och KOL-sjuksköterskorna och Peter Vanky och stämmer av, både specifika patienter och rutiner. Alla läkare på vårdcentralen har fortsatt ansvar för sina patienter, men Peter Vanky kan hjälpa till vid särskilt knepiga lungpatienter.

Arbetar efter plan

Hela verksamheten utgår från en plan för astma- och KOL-vården som är specifik för Liljeholmens vårdcentral. Ett syfte med den är att se till att alla sjuksköterskor arbetar på samma sätt. Ett annat att få struktur i patientmötena. Spirometri och inhalatorteknik är självklara delar av planen men även flera samtalspunkter ingår. Till att börja med måste patienten acceptera sin sjukdom och sedan även medicineringen. Många har ett motstånd mot

kortisonpreparat. Många har också motstånd mot att sluta röka. Om patienten fransäger sig rökavvänjning blir det sjuksköterskans ansvar att ändå föra ämnet på tal på ett bra sätt vid varje tillfälle. Andra livsstilsfrågor och allergiprevention ingår också.

– Vi som sköterskor behöver ta initiativ. Vi ser till att patienten kommer tillbaka, att anamnesen kompletteras, att patienten får bra information. Det är både vår och läkarnas uppgift att se patientens behov, hålla kvar patienter i vår vård men också att glesa ut besöken för de patienter som mår bra och är välinställda på behandling. En sådan här mottagning är som en snöboll. När den börjar rulla blir den större och större. Vi måste prioritera nydebuterade och okontrollerade, säger Marianne Eduards.

När sjuksköterskorna hade 40 patienter var per månad på sin väntelista och 100 nya internremisser tänkte de nytt. Istället för att kalla alla patienter skickade de hem brev där patienten ombads boka in sitt eget besök. Förutom att det fört med sig att besöken för de som mår bra blivit färre har det också lett till att sena återbud har minskat. Verksamheten har effektiviserats.

Ändå hittar de inte alla patienter som skulle behöva hjälp. Ungefär 1 700 patienter på Liljeholmens vårdcentral har astmadiagnos och 380 har KOL-diagnos vilket inte motsvarar prevalenstalen. Men vårdcentralen jobbar på.

– Det här är sjukdomar som många lider av och vi kan med ganska små medel göra mycket för patienten. Det här är jätteroligt att jobba med, säger Peter Vanky.

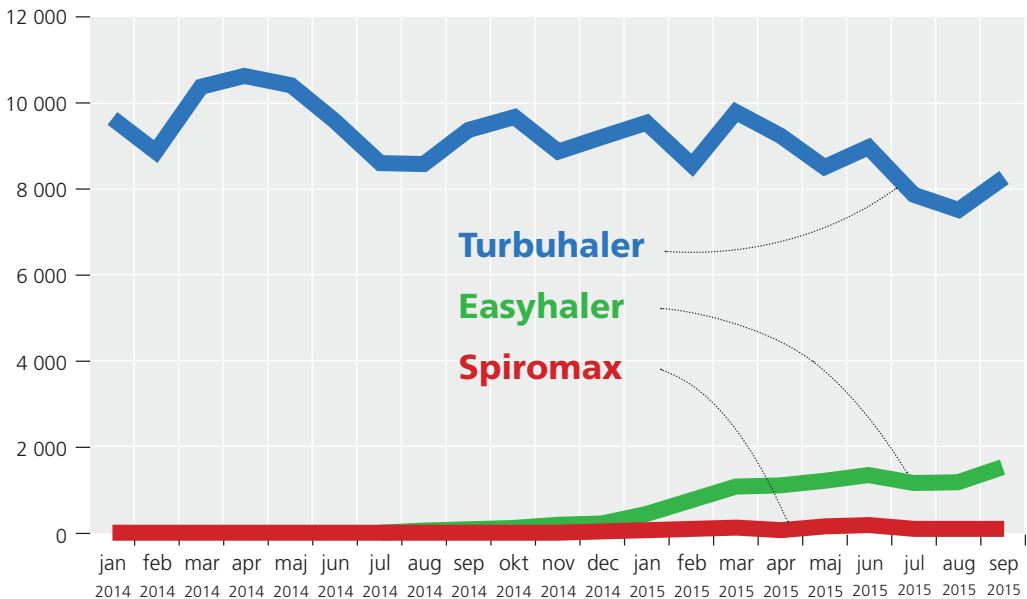
Karin Nordin

Rekommendation av inhalator har fått genomslag

Enligt expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar är Easyhaler en användarvänlig inhalator med god sortimentsbredd. Vid förskrivning av såväl kortverkande beta-2-stimulerare, inhalationssteroid eller steroid och långverkande beta-2-stimulerare i fast kombination rekommenderas den därför som förstahandsval i Kloka Listan 2015.

– Statistiken visar att Kloka Listans rekommendation att i första hand välja beredning i Easyhaler

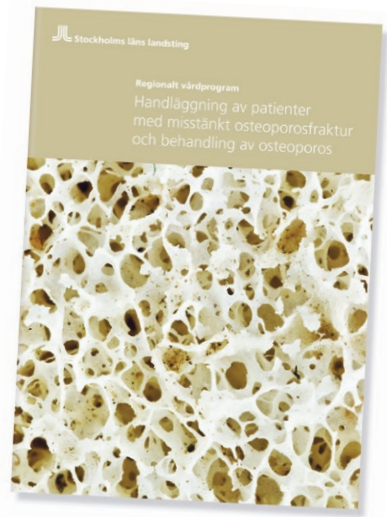
börjar få genomslag. Det talar också för att vården arbetar aktivt med inhalatorval och att patientens behandling omprövas. Det är bra och viktigt. Ett byte av inhalator bör endast ske i samband med att patienten besöker sjukvården och kan få en genomgång av inhalationstekniken. Det är viktigt att lära patienten korrekt inhalationsteknik och att följa upp tekniken vid senare besök, säger Eva Wikström Jonsson, ledamot i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar.



Antal receptköp per typ av inhalator med budesonid och formoterol i fast kombination, av befolkningen i Stockholms län per månad. Källa: Sjukvårdsdata i SLL (VAL/GUPS).

Nytt vårdprogram för osteoporos

Allt fler personer i befolkningen blir äldre och det innebär att osteoporos behöver uppmärksammas mer i vården. Bäst evidens för behandlingsnytta med bisfosfonater är som sekundärprofylax efter fraktur.



Det nya regionala vårdprogrammet ska ge ledning i omhändertagandet av osteoporospatienter, vare sig de har drabbats av osteoporosrelaterade frakturer eller är i behov av behandling mot osteoporos. Vårdprogrammet kan användas i primärvården och i specialiserad vård.

Osteoporos är vanligt förekommande och det finns mycket varje individ kan göra för att minska

risken för att drabbas av en fraktur. Det är viktigt att motionera och hålla sig vid god kondition, att äta varierad och näringsrik kost och att vistas utomhus i solljus samt avstå från tobaksrökning.

Ladda ner det regionala vårdprogrammet *Handläggning av patienter med misstänkt osteoporosfraktur och behandling av osteoporos* på Vårdgivarguiden.

Vill du veta mer om läkemedelskommittén?

En ny broschyr beskriver Stockholms läns läkemedelskommittés organisation och arbete. Där får du också reda på vilka läkemedelsfrågor som ledamöterna brinner för.

Allt från horizon scanning till läkemedelsrekommendationer i Kloka Listan, upphandling, introduktion av nya läkemedel, fortbildning och arbete med jämlik, miljömedveten, kostnadseffektiv och kommersiellt oberoende och klok läkemedelsanvändning finns med.

Ladda ner broschyren på www.janusinfo.se/Om-oss1/Stockholms-lans-lakemedelskommitte/
Eller beställ ett tryckt exemplar genom att kontakta lakemedelskommitten@sl.se



Enklare och snabbare med ny process för warfarinordination

När Boo vårdcentral införde patientnära analys för förskrivning av warfarin minskade tidsåtgången för både patienter och personal.

Den rutin som tidigare användes för kontroll av PK(INR) vid strokeprevention innebar att patienten kom till provtagning på vårdcentralen och gick hem utan att träffa läkare. Patienten fick sedan ett brev hemskickat med provsvar och warfarinordination. Flera olika läkare ansvarade för förskrivningen och processen tog stor tid för undersköterskorna. I ett pilotprojekt på Boo vårdcentral under sex månader testades därför både ett nytt tillvägagångssätt och ett labbtest med snabbanalys. Syftet var att hitta ett smidigare och säkrare flöde.

Provtagningsrutinen ändrades från drop-in till tidsbokade 5-minutersbesök på laboratoriet. Läkare fanns på plats och patienten fick ordinationen direkt av läkaren vid besöket. Läkaren och patienten kunde därför kommunicera direkt om testresultatet inte låg inom lämpligt intervall eller om det till exempel fanns behov av att planera för kirurgiska ingrepp eller liknande.

– Waranmottagningen pågick under två timmar per dag vilket blev lagom med det patientunderlag som vårdcentralen hade. Distriktsläkarna turades om att ha mottagningen, säger Rita Fernholm, med.lic., distriktsläkare, Boo vårdcentral, och den som ledde projektet.

Läs mer:

Fernholm R. Hermansson J. Introduction of point of care analysis for prescribing warfarin at a Swedish primary care centre. *BMJ Qual Improv Report*. 2015;4:doi:10.1136/bmjquality.u208905.w3692



Foto: iStock MarkHatfield

Själva laborietestet byttes ut mot en snabbanalysmetod, så kallad Point of Care. CoaguChek valdes och utvärderades tillsammans med Karolinska universitetslaboratoriet som inte tidigare använt detta test på närlaboratorier.

En utvärdering av projektet visar att provtagningsprocessen kunde kortas från 28 steg och 9 inblandade parter till 9 steg och 4 inblandade parter. För patientens del minskade tiden för att få ordination från omkring två dagar till mindre än tio minuter. Däremot var det ingen skillnad i kvalitetsmålet TTR, Time in Therapeutic Range, med de två olika testflödena.

– Den nya rutinen underlättar så mycket att vi nu har gått över helt till den. En patient som ser sitt eget provsvar blir mer involverad och engagerad i sin vård. Det ökar också följsamheten till behandlingen och nu kan patienten prata direkt med läkaren om det är en svängning i provsvaret. Vi får snabbt reda på om det kanske beror på en tillfällig händelse, om patienten har glömt sin medicin, ändrat kost eller fått en antibiotikakur.

Karin Nordin

Patientens kön kan påverka diagnos och behandling

Allmänläkare tycker att de tar hänsyn till köns- och genusskillnader vid diagnostisering av patienter, och väljer behandling enligt läkemedelskommitténs rekommendationer. Det visar en svensk studie med intervjuer av 29 läkare i primärvården.

Läkarna sa att de undvek att ge vissa läkemedel till män eller kvinnor på grund av risk för biverkningar. Generellt gavs samma doser till män och kvinnor. Men i vissa fall valdes lägre doser till kvinnor, särskilt äldre, för att minska risken för biverkningar. Uppfattningen var att könsskillnader var bäst kartlagda inom hjärt-kärlområdet.

Stereotypa föreställningar om män och kvinnor påverkade läkarnas tankar kring sjukdom och diagnos. Till exempel att kvinnor söker vård tidigare och att när män söker vård är det mer akut.

Läs mer:

Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, Schenck-Gustafsson K, Bastholm Rahmner P. Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians - a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015 Oct 13;16(1):137

Påminn om vaccination mot säsongsinfluensa

Uppmana patienter som tillhör riskgrupperna att de ska influensa- och pneumokockvaccinera sig. Kampanjperioden pågår nu till och med den 29 februari 2016. Vaccinationen är gratis för den som har en kronisk sjukdom, är gravid eller är över 65 år.

I år startade kampanjen senare än vanligt. Skälet är att riskpersoner ska ha så höga antikroppshalter som möjligt kvar när influensan slår till, vilket den i regel gör först en bit in i januari eller februari.

Enligt den nya patientlagen behöver personer inte vara skrivna eller vistas stadigvarande i länet för att erbjudandet om kostnadsfritt vaccin ska gälla. Erbjudandet omfattar även asylsökande och tillståndslösa.

– Vi har lyckats lite bättre att nå riskgrupper de senaste två åren.

Men fortfarande är det alltför många som är oskyddade när influensaepidemin slår till. Bland patienter med influensa som har behövt intensivvård de senaste säsongerna är de allra flesta ovaccinerade. Influensavaccination minskar behov av sjukhusvård och räddar liv, säger Åke Örtqvist, smittskyddsläkare i Stockholms läns landsting.



Läs mer:

<http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/smittskydd/sjukdomar/sasongsinfluensan/>



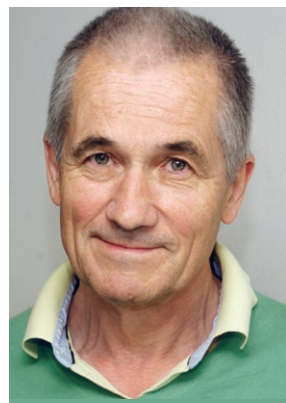
Välkommen till Kloka Listan Forum 2016

Tjugotalet av våra främsta experter föreläser om läkemedel med ett brett medicinskt perspektiv inom många olika sjukdomsområden. Nyheter i Kloka Listan 2016 presenteras med tips och råd för en klok läkemedelsanvändning.

Gästföreläsare Peter C. Gøtzsche:

Pålitligheten i kliniska prövningar – hur försäkras vi oss om god läkemedelsinformation?

Peter C. Gøtzsche leder Nordic Cochrane Centre i Köpenhamn och är specialist i internmedicin och professor vid institutionen för klinisk medicin, Köpenhamns universitet. Han har tidigare arbetat inom läkemedelsindustrin och har nu gjort sig känd för sin kritik mot läkemedelsföretagens metoder, bland annat som författare till boken *Dödliga mediciner och organiserad brottslighet – Hur läkemedelsindustrin har korrumpat sjuk- och hälsovården*.



Mer ur programmet:

Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

Inga Klarin, med dr, överläkare
Geriatriska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset,
ordförande expertrådet för geriatriska sjukdomar

Primär och sekundär prevention vid stroke – vem i vårdkedjan gör vad?

Jan Hasselström, med dr, distriktsläkare Storvretens
vårdcentral, ordförande expertrådet för allmänmedicin

Mia von Euler, docent, överläkare Internmedicin,
Södersjukhuset, ordförande expertrådet för neurolo-
giska sjukdomar

Infektioner hos barn – när behövs antibiotika?

Malin Rydh-Rinder, med dr, bitr överläkare,
sektionschef, Akutvårdssektionen, Sachska Barn-
och ungdomssjukhuset, ledamot expertrådet för
infektionssjukdomar

Att skatta njurfunktionen

Marie Evans, med dr, specialistläkare,
Njurmedicinska kliniken, Karolinska universitets-
sjukhuset, tf ordförande expertrådet för medicinska
njursjukdomar

Detta och mycket mer under Kloka Listan Forum. Se fullständigt program på www.janusinfo.se/fortbildning

20 januari · kl 07:45–16:00 · Norra Latin · Drottninggatan 71B · Stockholm

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor med intresse för läkemedelsfrågor, politiker, tjänstemän och apotekare som är verksamma inom hälsa och omsorg. Anmäl dig på www.janusinfo.se/fortbildning.

Från blockbusters till nichebusters och sär läkemedel – klarar vi det?

Foto Karin Nordin



Ricard Nergårdh,
överläkare Astrid Lindgrens
barnsjukhus, ordförande
i expertrådet för
sär läkemedel

Efter årtionden med fokus på de stora folksjukdomarna och läkemedel som används av stora populationer under lång tid kommer nu individualiserad medicin och sär läkemedelseran. Till en del är detta en följd av den fortsatta medicinska utvecklingen. Till en del är det en följd av läkemedelsindustrins krav på fortsatt hög avkastning till aktieägarna. Till en del är det en följd av regelverk och reglering för att få fram nya läkemedel mot ovanliga sjukdomar.

Genom förbättrad och mer precis diagnostik har många diagnoser differentierats i undergrupper med skillnader där optimal behandling kan se olika ut för olika patienter. Denna utveckling kommer att fortsätta. Individanpassad behandling ställer nya krav på hur läkemedel används och utvärderas. Vi måste nu samtidigt skapa system för att hantera nya läkemedel som vänder sig till små, mer homogena och väldefinierade patientgrupper. Dessa läkemedel kommer att utgöra en större del av den totala läkemedelskostnaden än tidigare. Att dagens system inte klarar av detta illustreras gång på gång av känslösamma, ofta upprörda, debatter om dyra läkemedel. Ett exempel på det är debatten om eculizumab (Soliris) som briserade efter NT-rådets rekommendation om att inte erbjuda läkemedlet till patienter med den sällsynta njursjukdomen atypiskt hemolytiskt uremiskt syndrom, aHUS. Rådet för nya terapier, NT-rådet, ger rekommendationer till landsting och regioner.

Nichebusters och sÄrläkemedel

Begreppet sÄrläkemedel kommer från "Orphan drug act of 1983" en amerikansk lag vars syfte är att få läkemedelsindustrin intresserad av ovanliga sjukdomar. Orphan drug act har sedan fått efterföljare i Japan 1993 och i EU 2000. För att ett läkemedel ska få statusen sÄrläkemedel krävs att diagnosen är livshotande eller gravt invalidiserande och att prevalensen är lägre än 5/10 000. Den nya behandlingen måste också tillföra signifikant nytta för patienten. Uppfylls kraven får substansen

” Att dagens system inte klarar av detta illustreras gång på gång av känslösamma, ofta upprörda, debatter om dyra läkemedel. ”

Blockbuster

Ett läkemedel som ger intäkter på över en miljard dollar per år till företaget som marknadsför det. Blockbuster som affärsmodell dominerade 1990- och 2000-talet och bygger på att läkemedlet säljs till en så stor population som möjligt.

"Orphan designation" eller sÄrläkemedelsstatus och får sedan stöd och hjälp under den fortsatta vägen mot marknadsföringstillstånd. Bland annat är olika typer av avgifter i samband med godkännande och registrering kraftigt reducerade. Efter marknadsföringsgodkännande får företaget 10 år av exklusiv marknadsföringsrätt för läkemedlet och indikationen. Systemet har varit mycket framgångsrikt för att få fram nya läkemedel mot ovanliga sjukdomar. Ett antal läkemedel med direkt effekt mot bakomliggande patofysiologiska mekanismer har tagits fram mot sjukdomar som tidigare inte varit behandlingsbara.

Samtidigt finns också flera exempel där välkända och sedan länge använda substanser med känd effekt registrerats som sÄrläkemedel mot ovanliga tillstånd. Detta gäller exempelvis koffeincitrat vid behandling av apné hos mycket för tidigt födda barn eller behandling med ketokonazol vid Cushing. Eftersom det saknas behandlingsalternativ blir priserna ofta mycket höga. Någon koppling mellan utvecklingskostnader och prissättning finns inte. Vi har därför nu en situation där reglering och lagstiftning får fram en växande grupp läkemedel, en del mycket effektiva, som vi sedan riskerar att inte kunna använda på grund av orimliga priser.

Användning och finansiering av sÄrläkemedel i dag

Den modell Tandvårds- och läkemedelsförmänsverket, TLV, använder för hälsoekonomisk bedömning baseras på kvalitetsjusterade levnadsår, QALY:s, och lämpar sig dåligt för sÄrläkemedel. Är priset tillräckligt högt blir även livräddande behandling för dyr. Detta gör att företagen ibland

Nichebuster

Ett läkemedel som är utvecklat för sällsynta sjukdomar där det inte finns bra behandling och som därför kan säljas till högt pris. Läkemedlet blir en nichebuster när vinsterna är lika höga som för blockbusters.

väljer att inte lämna in någon ansökan till TLV. Systemet innebär också att det är svårt att följa upp behandlingen. Kommer läkemedlet in i läkemedelsförmånen kan många olika läkare förskriva det, och ofta finns inga särskilda system för att följa hur läkemedlet används eller för att värdera dess effekt. Kommer läkemedlet inte med i förmånen finns inget enhetligt system för hur användning av läkemedlet ska finansieras eller följas upp. Samtidigt kan nationella och internationella vårdprogram och behandlingsrekommendationer vara tydliga i att läkemedlen bör användas. Olika landsting, sjukhus och kliniker hanterar då kostnaderna för dessa läkemedel med olika ad hoc lösningar som varierar ner på mottagningsnivå. Det skapar osäkerhet hos patienterna, stor risk att vård och behandling inte är likvärdig över landet samt stor ineffektivitet och osäkerhet i uppföljning och utvärdering av behandlingen.

” Vi har därför nu en situation där reglering och lagstiftning får fram en växande grupp läkemedel, en del mycket effektiva, som vi sedan riskerar att inte kunna använda på grund av orimliga priser. ”

Särläkemedel

Ett särläkemedel är avsett för diagnos, prevention eller behandling av ett allvarligt, sällsynt sjukdomstillstånd med högst 5/10 000 individer i EU. Särläkemedelsstatus gäller kombinationen av substans och indikation och alltså inte enbart läkemedlet. Ett exempel på det är substansen sildenafil som har särläkemedelsstatus när det används i produkten Revatio vid pulmonell hypertension, men som inte är ett särläkemedel när det används under namnet Viagra vid erektil dysfunktion.

Beviljad särläkemedelsstatus innebär visst stöd och stimulans i utvecklingsarbetet samt tio års marknadsexklusivitet efter ett godkännande. Efter tio år på marknaden upphör särläkemedelsstatusen. Den kan också upphöra tidigare på begäran av företaget eller den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA.

I början av 2015 hade 77 godkända läkemedelssubstanser särläkemedelsstatus vilket utgör 90 särläkemedel (kombination substans och indikation) med försäljningsgodkännande i EU. 50 av alla substanserna har sålts i SLL någon gång under 2014.

Lika tillgång till behandling

Landstingen kan vända sig till NT-rådet för att få riktlinjer om hur de bör hantera olika läkemedel. Detta för att garantera lika tillgång till behandling i hela landet. NT-rådet har i dagsläget lämnat rekommendationer angående flera särläkemedel. NT-rådet har i dessa fall baserat sina rekommendationer på den hälsoekonomiska värdering TLV gjort. I några fall har NT-rådets beslut följts av agiterade debatter där kliniska experter och patientföreningar riktar skarp kritik mot NT-rådets rekommendationer. NT-rådet å sin sida har pekat på den orimliga prissättningen. Polariseringsen leder till att svaga gruppers behov ställs emot varandra, priserna fortsätter att vara orimligt höga och det blir svårt eller omöjligt att följa patienternas behandling.

Förslag på lösning

Frågan om prissättning av sär läkemedel måste drivas på europeisk nivå. Läkemedelsindustrin visar i dag stort intresse för att ta fram nya läkemedel mot ovanliga tillstånd. Sverige kommer inte att på ett avgörande sätt kunna pressa ner priserna genom lokala prisförhandlingar eftersom företagen kan ta höga priser i andra EU-länder. I stället bör företag som söker marknadsföringstillstånd för ett sär läkemedel i EU åläggas att redovisa sin modell för prissättning samt sina utvecklingskostnader innan exklusiv marknadsföringsrätt beviljas. En värdering av nyttan för patienten och samhället och den medicinska forskningen och utvecklingen bör göras redan på denna nivå. Det kommer annars att bli mycket svårt att motivera att ett sär läkemedel vid en sällsynt sjukdom som cystisk fibros får användas till en mycket hög kostnad när läkemedel

Rådet för nya terapier: NT-rådet

NT-rådet utses av landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörer och ger rekommendationer till regioner och landsting om förhållningssätt till nya läkemedelsterapier.

Rekommendationerna avser:

- klinikläkemedel
- förskrivningsläkemedel utanför förmånen
- vissa förmånsläkemedel, i de fall landstingen identifierat sådant behov
- i framtiden medicintekniska produkter som TLV tagit fram kunskapsunderlag för och eventuellt även andra medicinska insatser

Läs mer:

Gagnon M. New drug pricing: does it make any sense? *Prescrire Int* 2015; 24 (162): 192-195.
<http://english.prescrire.org/en/81/168/49991/0/NewsDetails.aspx>

” I Sverige bör ett antal rekvisit ställas upp för särskild finansiering av sär läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånen. ”

vid andra allvarliga men vanligare sjukdomar väljs bort på grund av pris.

I Sverige bör ett antal rekvisit ställas upp för särskild finansiering av sär läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånen. Nedan föreslagna rekvisit är ett minimum:

- Nationella riktlinjer för behandlingsstart och behandlingsmål ska finnas. Ansvaret för att sådana finns ligger hos professionen.
- Beslut om behandling ska fattas vid specialiserad mottagning med stor erfarenhet av den aktuella diagnosen.
- Behandlingen ska följas i diagnosbaserat kvalitetsregister som förs av huvudmannen för vården. I möjligaste mån bör redan etablerade kvalitetsregister användas.

Ansvaret för att bedöma om rekvisiten är uppfyllda bör ligga hos NT-rådet som också beslutar om finansiering. En tät dialog mellan NT-rådet och läkemedelskommittéerna möjliggör att NT-rådets beslut motiveras och förankras hos professionen. Uppfylls dessa krav finansieras behandlingen vid sidan av läkemedelsförmånen och den enskilda klinikens eller sjukhusets budget. För de sär läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen bör samma krav gälla.

Ricard Nergårdh

Överläkare Astrid Lindgrens barnsjukhus,
ordförande i expertrådet för sär läkemedel

Expertrådet för sär läkemedel

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för sär läkemedel hanterar de sär läkemedel som inte faller inom expertrådet för onkologiska och hematologiska sjukdomars ansvarsområde. Expertrådet för sär läkemedel bevakar också de läkemedel som tidigare har varit sär läkemedel men inte längre har den statusen.



Ricard Nergårdh,
överläkare, ordförande
Barnmedicin, Astrid Lindgrens barnsjuksjukhus, Karolinska universitetssjukhuset



Åsa Andersson,
leg apotekare
Astrid Lindgrens barnsjuksjukhus, Karolinska universitetssjukhuset



Johan Bratt,
docent, chefläkare
Kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska universitetssjukhuset



Foto: Terje Helestad

Pierre Lafolie,
docent, överläkare
Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset



Per Ljungman,
professor, verksamhetschef
Hematologiskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset



Niklas Pal,
med lic, överläkare
Barnonkologi, Astrid Lindgrens barnsjuksjukhus, Karolinska universitetssjukhuset



Marie Persson,
farm lic, leg apotekare
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Bo Ringertz,
docent, överläkare
Reumatologkliniken, Karolinska universitetssjukhuset



Magnus Thyberg,
enhetschef, leg apotekare
Läkemedelsenheten, Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post. Vill du ha papperstidningen?
Mejla lakemedelskommitten@sll.se

Adresskälla: Stockholms läns landsting

Fortbildning – ett axplock

MÅNDAG

7
DEC

IBS & IBD – moderna behandlingsmöjligheter

7 dec 17:00–19:30
Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10. Målgrupp: Läkare

ONSDAG

9
DEC

Arytmier

9 december 17:15–19:30
Westmanska Palatset, Holländargatan 17.
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

ONSDAG

9
DEC

Praktiskt kring dödsfall

9 december 12:30–16:30
Danderyds sjukhus, Bofinken.
Målgrupp: Allmänläkare

TISDAG

15
DEC

Hur ska vi bemöta demenssjuka?

15 december 14:00–16:00
Stockholmsgeriatriken, Olivecronas väg 5,
plan 5. Målgrupp: Sjuksköterskor

TORSDAG

17
DEC

Smärta och smärtbehandling – alltid lika viktigt

17 december 14:00–16:00
Capio geriatrik, Dalens sjukhus, Åstorpsring-
en 6, stora konferensrummet plan 8.
Målgrupp: Sjuksköterskor

FREDAG

18
DEC

Smärta

18 december 13:30–16:30
Huddinge Konferenscenter, Patron Pehrs
Väg 3, Huddinge centrum.
Målgrupp: Allmänläkare sydvästra Stock-
holm

ONSDAG

20
JAN

Kloka Listan Forum

20 januari 07:45–16:00
Norra Latin, Drottninggatan 71B.
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor, Politiker,
Tjänstemän, Apotekare

MÅN/ONS

20/24
FEB

Behandling av diabetes typ 2

22 alt 24 februari 18:00–20:00
Datum fastslås senare
Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrko-
gata 10. Målgrupp: Läkare

FREDAG

11
MAR

Könsdysfori, erektil dysfunktion och fertilitetsutredningar

11 mars
Endokrint Forum Stockholm vårmöte
Lokal fastslås senare. Målgrupp: Läkare

MÅNDAG

11
MAR

Osteoporos

14 mars 18:00–20:00
Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrko-
gata 10. Målgrupp: Läkare

Webbutbildning

En ny webbutbildning om enkla och fördjupa-
de läkemedelsgenomgångar riktar sig främst
till läkare och sjuksköterskor inom slutenvår-
den i Stockholm.

Läkemedelsrelaterade problem förekommer i
eller bidrar till uppemot 30 procent av fallen av
akut sjukhusinläggning på medicinklinik. Med
läkemedelsgenomgångar går det att förebyg-
ga och upptäcka problemen.

Utbildningen har tagits fram av Stockholms
läns landsting och finns på lärplattformen
Läratorget. Anpassade versioner för öppenvård,
hemsjukvård och särskilda boenden kommer
inom kort.

Läkemedelsgenomgångar

Se www.janusinfo.se/fortbildning för mer information om kommande utbildningsaktiviteter och föranmälan.