

# evidens



## TEMA KLOKA LISTAN

Katri Rosenthal-Aizman  
medicinsk redaktör för Kloka listan:

*"Kloka listan är mycket mer än preparatrekommendationer, den förmedlar en helhetssyn med rekommendationer om levnadsvanor, icke-farmakologisk behandling och miljöaspekter av läkemedelsbehandling."*

Nytt om  
tromboflebit

Placebo och  
placeboeffekt

Flera matskedar piller  
om dagen, tar plats  
från annat i magen



I FOKUS:  
SMÄRTA

evidens #1.2023  
MEDICIN & LÄKEMEDEL

tema 6-33  
KLOKA LISTAN

Förändringar i Kloka Listan 2023 **6**



3 frågor till Kloka listans nya medicinska redaktör **7**

Flera matskedar piller om dagen. Rensa listan. **8**



Smärtstillande gel – ett alternativ för äldre **10**

Allopurinol – din plikt vid gikt **12**



Opioider – En (bra) bit kvar till klok förskrivning **14**



Placebo och placeboeffekt **18**

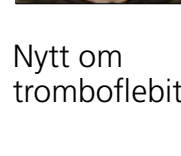
Utred och behandla rätt vid restless legs **20**



Hypotyreos – när och hur ska det behandlas? **22**



Ge inte antibiotika i onödan vid rinosinuit **24**



Nytt om tromboflebit **26**



Kardiovaskulär prevention i praktiken **30**

Initiering och behandling med PCSK9-hämmare **33**

Tips från farmakologen: Obesitasläkemedel **34**

**14**

**18**

**20**

**22**

**24**

**26**

**30**

**33**

**34**

Ansvarig utgivare: Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr  
Redaktion: Martina Junström, chefredaktör, [martina.junstrom@regionstockholm.se](mailto:martina.junstrom@regionstockholm.se) · Jennie Cardell, allmänläkare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Maria Ljungdahl, ST-läkare i klinisk farmakologi · Layout: Magnus Edlund. E-post [lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se](mailto:lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se)  
Webbplats: [www.janusinfo.se/evidens](http://www.janusinfo.se/evidens)  
Omslagsbild: Katri Rosenthal-Aizman och Åsa Derolf, foto: Jann Lipka. Alla bilder i tidningen: Jann Lipka (om inget annat anges).  
Tryck: By Wind, Ödeshög, mars 2023

Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.

Se [www.janusinfo.se/personuppgift](http://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](http://www.isdbweb.org)



# Läkemedelsbrist fortsatt utmaning



FOTO ANNA MOLANDER

**KLOKA LISTAN 2023** kommer i år i en uppiggande lila färg, vilket känns bra när vi nu längtar efter vår och ljusare dagar. Flera av nyheterna presenterades nyligen på Kloka listan forum och i vanlig ordning baseras detta nummer i stor utsträckning på innehållet från den dagen. Det var väldigt roligt att vi i år återigen kunde ha ett möte där vi kunde ses. Jag tycker att den fina lokalen bidrog till en festlig stämning och för oss som arbetat med att ta fram Kloka listan är det en högtidsstund när den presenteras. Många deltog även digitalt och det är bra att kunna erbjuda den möjligheten för dem som föredrar att delta på detta sätt eller inte har möjlighet att vara på plats. De frågor från deltagarna som inte kunde besvaras i samband med föreläsningarna, har samlats in och en del av dem kan framöver utgöra underlag för kommande artiklar.

**DET SOM LEDER** till flest frågor och störst frustration just nu när det kommer till frågor om läkemedel är alla de läkemedelsbrister som fortsätter att öka i omfattning. Det har varit ett besvärligt år med många vanliga receptläkemedel som inte varit tillgängliga under långa perioder. Tyvärr kommer detta att fortsätta vara ett betydande problem under 2023. Orsakerna till bristerna är framför allt relaterade till tillverkning och distribution av läkemedlen, det vill säga utmaningar som till stora delar behöver hanteras av läkemedelsföretagen. Läkemedelsverket

har flera uppdrag inom tillgänglighetsområdet som bland annat rör utökad omvärldsbevakning, kartläggning av produktionskapacitet och lägesbild över hur mycket läkemedel som finns i landet. Nationellt och regionalt pågår arbete med att bygga upp beredskapslager av vissa läkemedel. Regeringen har kommit med förslag kring förändringar i lagstiftningen inkluderande sanktioner mot företag som inte tillhandahåller läkemedel och frågan debatteras i media. Det kommer inte att finnas några enkla lösningar för detta, men den uppmärksamhet som frågan fått och de aktiviteter som sker inom nationella och regionala samarbeten kan förhoppningsvis bidra till en förbättrad situation.

**VÅRA EXPERTGRUPPER** tar fram information om brister och rekommendationer kring behandlingsalternativ när det finns särskilt behov av detta. De publiceras förstås på [janusinfo.se](http://janusinfo.se) och genom att prenumerera på Janusinfos nyhetsbrev får man information om när nya rekommendationer publicerats.

*Åsa Derolf*

Åsa Derolf, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, enhetschef Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

# Välkommen till Kloka listan forum 2023



Över 200 personer tog chansen att besöka Kloka listan forum på plats i år efter två år av enbart webbsändning. Särskilt uppskattat var föreläsningar där allmänläkare och specialist möttes i gemensam diskussion.



# 2023 Förändringar i Kloka listan

## Nyttillkomna preparat

### Indikation

Aktinisk keratos  
Akut/kortvarig smärta (*hos äldre*)  
Klimakteriebesvär  
Sömnstörningar  
Tromboflebit

### Läkemedelssubstans (Preparat)

fluorouracil (Tolak)  
ketoprofen *gel* (Orudis, Siduro)  
estradiol (Femanest)  
melatonin (Aritonin)  
glukosaminoglykanpolysulfat (Hirudoid)

## Preparat som utgått

### Indikation

Antikonception  
D-vitaminbrist  
Klimakteriebesvär  
Riklig menstruation  
Sömnstörningar  
Urtikaria

### Läkemedelssubstans (Preparat)

levonorgestrel (Levosert)  
kolekalciferol (Benferol, Fultium)  
estradiol (Progynon)  
levonorgestrel (Levosert)  
melatonin (Mellozzan)  
cetirizin (Cetirizin, Cetimax, Vialerg)

## Övriga viktiga ändringar

**Depotpreparaten innehållande morfin** och oxikodon utgår nu även under avsnittet Äldre och läkemedel på indikationen Akut/kortvarig smärta. De kvarstår under indikationerna Cancerrelaterad smärta och Långvarig icke cancerrelaterad smärta hos äldre när annan behandling inte varit effektiv.

**Vid graviditetsillamående utgår** meklozin (Postafen) på grund av blygsam effekt. Det är viktigt att gravida med mer ut-

talade besvär snabbt får adekvat behandling (Lergigan comp) och inte blir fördröjda på grund av att de först provar en behandling med sämre effekt.

**Ett nytt läkemedel** innehållande melatonin, Aritonin 2 mg och 3 mg, rekommenderas i år istället för Mellozzan som utgår. Det beror på att Aritonin har ett mer fördelaktigt pris och att tablettarna kan delas. Melatoninpreparaten är inte generiskt utbytbara på

apotek, så välj rätt produkt vid förskrivning.

**Tromboflebit är en** ny indikation på Kloka listan 2023. Vid lindrigare besvär rekommenderas lokalbehandling med krämen glukosaminoglykanpolysulfat (Hirudoid) och vid svårare fall tillägg av systemisk behandling med subkutan injektion, i första hand fondaparinux (Arixtra) och i andra hand lågmolekylära hepariner.

**Nu finns även stöd** för profylaktisk behandling vid insättande av uratsänkande behandling med allopurinol. I första hand rekommenderas naproxen eller kolkicin och i andra hand prednisolon. Behandlingen ges i lägre doser än vid akuta besvär och den minskar risken för nya giktattacker.

För förändrade preparatrekommendationer för specialiserad vård, se Kloka listan 2023.



## Klokt råd:

Alkohol kan bidra till symtom, sjukdom eller dålig behandlingseffekt. Var uppmärksam, erbjud stöd och behandling vid riskbruk av alkohol.

**I Kloka listan 2023** har åtta expertgrupper, i samarbete med RPO Levnadsvanor, tillsammans tagit fram ett Klokt råd gällande alkohol. Eftersom alkohol kan bidra till symtom, sjukdom eller dålig behandlingseffekt inom många terapiområden vill expertgrupperna och Regions Stockholms läkemedelskommitté påminna om att alltid vara uppmärksam i patientmötet. Vid behov ska stöd och behandling vid riskbruk av alkohol erbjudas.

3 frågor till Kloka listans nya medicinska redaktör



FOTO: STOBHAN WALLHUS

*Katri Rosenthal-Aizman*, fil dr, specialistläkare ME Klinisk farmakologi Karolinska universitetssjukhuset, har tagit över uppgiften som medicinsk redaktör för Kloka listan. Hon är också ledamot i Region Stockholms läkemedelskommitté och i expertgruppen för koagulationssjukdomar och plasmaprodukter.

### 1. Vad innebär ditt arbete som medicinsk redaktör?

Det är ett brett spektrum av arbetsuppgifter, men i stora drag så handlar det om kommunikation med Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupper, att granska evidensen bakom deras förändringsförslag till kommande Kloka listan och att

delta i läkemedelskommitténs beslutsmöten. Efter att de nya rekommendationerna har fastställts följer korrekturläsning av webb- och pappersutgåva. I uppdraget ingår även att presentera årets Kloka listan i olika sammanhang – till exempel på Kloka listan Forum.

### 2. Hur tycker du att uppgiften har varit hittills?

Arbetet med en rekommendationslista över läkemedel som är ändamålsenliga, säkra och kostnads-effektiva är ett utmanande uppdrag med stort ansvar, många hårda deadlines och ofantliga mängder av texter att granska. Men tack vare stödet från mina nya kollegor i läkemedelskommittén och särskilt i Arbetsgruppen Kloka listan har jag snabbt kunnat komma in i den omfattande processen.

### 3. Några särskilda reflektioner du har gjort under arbetet med årets Kloka listan?

Jag ser Kloka listan som ett levande dokument med utvecklingspotential trots att den funnits i över 20 år och jag ser redan fram emot arbetet med nästa års version.

# Flera matskedar piller om dagen, tar plats från annat i magen. Rensa listan.

Det kloka rådet om läkemedelsbehandling från Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa rymmer både omsorg om den medicinska kvaliteten och äldres livskvalitet.



Maria Ljungdahl

Det finns ingen internationell konsensus för hur polyfarmaci ska definieras. Traditionellt har definitionen baserats på att patienten behandlas med fler än ett visst antal läkemedel. Modernare definitioner bygger i stället på att läkemedelsbehandlingen bedöms utifrån kvaliteten. Är det en medicinskt motiverad lång lista på läkemedel eller är risken för negativa effekter större än den potentiella nyttan? Oavsett definition är det ett rimligt mål för sjukvården att minska antalet tabletter och doser, utan att äventyra den medicinska kvaliteten.

Exempel på negativa konsekvenser av polyfarmaci hos äldre är farmakodynamiska biverkningar,

alltså samverkande läkemedelseffekter, och förskrivningskaskaden. Begreppet ”förskrivningskaskad” myntades i mitten på 90-talet och innebär att ett läkemedel orsakar en biverkning som föranleder en ny läkemedelsordination. Ett klassiskt exempel är när kalciumflödeshämmare för högt blodtryck leder till svullna anklar och diuretika förskrivs som behandling.

## Ökad risk för äldre

Hos äldre patienter är riskerna att drabbas av biverkningar på grund av överlappande farmakodynamik större. Det gäller till exempel psykofarmaka,



## Stanli tar flera matskedar piller på morgonen

På Kloka listan forum belystes den vanligt förekommande polyfarmacin genom ett räkneexempel; föreställ er Stanli 78 år. Han har typ-2 diabetes, hjärtsvikt, stroke, demens, nedstämdhet, sömnbessvär,

smärta, förstoppning och malnutrition. Stanli sväljer 17 tabletter\* på morgonen med ett glas makrogol bredvid. Möjligen var han mer sugen på kaffe och smörgås till frukost?

\*Kandesartan, metoprolol, dapagliflozin, eplerenon, atorvastatin, acetylsalicylsyra, metformin, donepezil, escitalopram, melatonin, paracetamol, jernpreparat, cyanokobalamin, kalciumkarbonat, omeprazol, furosemid, makrogol.

smärtläkemedel och läkemedel med påverkan på hjärt-kärlsystemet. Minskad förmåga att eliminera läkemedel och sänkt reservförmåga att upprätthålla homeostasen i viktiga fysiologiska system är bidragande faktorer.

Nedsatt munhälsa är en ofta förbisedd faktor som kan försvåra äldres läkemedelsbehandling. Problemet förekommer hos 30–40 procent hos individer 65 år och äldre med kommunala insatser och har en tydlig koppling till sämre livskvalitet. Kvalitativa studier har uppmärksammat att en del äldre har svårigheter att svälja mediciner och en korrelation har setts mellan en stor volym ordinerade tabletter och den upplevda svårigheten att svälja dessa.

I Sverige behandlas 15–30 procent av individer 75 år och äldre med mer än tio läkemedel. Det finns ofta en välgrundad anledning till att äldre behöver många läkemedel. Det kloka rådets syfte är inte att äventyra den medicinska kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling. Tanken är i stället att tydliggöra att varje ordinerat piller ska göra nytta.

Läkemedelsgenomgång är ett värdefullt verktyg för att kunna göra en adekvat bedömning av detta. I en läkemedelsgenomgång värderas varje läkemedels indikation, dosering och behandlingsmål i förhållande till patientens individuella situation. Om nyttan inte överstiger risken bör läkemedlet sättas ut.

Maria Ljungdahl och Pauline Raaschou för Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa



## Klokt råd:

Flera matskedar piller om dagen tar plats från annat i magen. Rensa listan.

### Läs mer

Äldre och läkemedel – information kring läkemedelsgenomgångar, se janusinfo.se

# Smärtstillande gel – ett alternativ för äldre

Smärta och nedsatt funktionsförmåga i rörelseorganen är vanligt hos äldre personer men behandlingsalternativen är få, eftersom äldre har ökad risk för biverkningar. Därför rekommenderas nu ketoprofen gel som ett alternativ.



Dorota Religa

Läkemedel mot vanliga och långvariga smärttillstånd hos äldre har en mycket liten effekt på gruppnivå jämfört med placebo, även om en del personer kan ha nytta av behandlingen. COX-hämmare och opioider kan dessutom ge upphov till besvärliga och ibland allvarliga biverkningar. Risken för att drabbas av renala, kardiovaskulära och gastrointestinala biverkningar av perorala COX-hämmare är dosberoende och större hos äldre.

Ketoprofen gel upptas därför på Kloka listan för äldre patienter med akut/kortvarig smärta i led eller muskulatur, som artrossmärta, och ökad risk för systembiverkningar.

– Det är viktigt att smörja in läkemedlet tillräckligt länge, ungefär tre minuter, och att behandlingen inte pågår längre än en vecka i taget. Genom att ketoprofen gel (Orudis, Siduro) är receptbelagt kan behandlingstiden regleras, säger Dorota Religa professor, överläkare, ME Åldrande, Karolinska universitetssjukhuset och medlem i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa.

Hon påpekar att det är viktigt att börja med en noggrann smärtanalys. Smärta hos äldre kan visa sig på annat sätt än hos yngre. Vid problem med kognitiv nedsättning finns anpassade smärtskalor:

– Äldre personer med smärta upplever tyvärr ofta att de blir förbisedda i mötet med vården på grund av att de är gamla.

## Behandlingen främst icke-farmakologisk

Målet ska vara att minska smärta och öka funktionsförmågan. I första hand bör behandlingen vara icke-farmakologisk, som strukturerad träning/fysisk aktivitet utifrån patientens förmåga och/eller TENS (transkutan elektrisk nervstimulering).

– En bra övning vid knäartros kan vara att resa sig och sätta sig på en stol upprepade gånger, säger Dorota Religa.

Om läkemedelsbehandling ska provas vid akut/kortvarig smärta ska lägsta effektiva dos väljas och

behandlingen utvärderas regelbundet. Nyttan ska överstiga riskerna. Det kan behövas dosjustering eller utsättning av läkemedlet.

Till äldre kan paracetamol provas med en högsta dos på 1 g x 3, ensamt eller i kombination med COX-hämmare. Om perorala COX-hämmare används rekommenderas naproxen eller ibuprofen i lägsta effektiva dos och under högst sju dagar. Som alternativ rekommenderas nu också ketoprofen gel vid ökad risk för systembiverkningar.

Om opioider som morfin eller oxikodon blir nödvändigt vid akut smärta ska det vara kortverkande beredning och behandlingen ska i de flesta fall avslutas inom 3–5 dygn. I sällsynta fall kan behandlingen pågå i högst två veckor. Därefter ökar risken för beroende.

## Effekt av topikala COX-hämmare

I en metaanalys på patienter med artrossmärta i knäled var effekten av topikala COX-hämmare (ketoprofen och diklofenak) likvärdig med orala COX-hämmare. Placeboeffekten är dock hög, cirka 50 procent, och få äldre över 75 år är representerade i studieunderlaget.

Diklofenak ska undvikas på grund av skadlig effekt på miljön. Data för topikalt ibuprofen är bristfällig.

Vid behandling med ketoprofen finns en liten risk för den sällsynta biverkan fotosensibilisering. Solljus ska även undvikas två veckor efter avslutad behandling.

Gelen får inte användas tillsammans med ocklusiva förband eller samtidig värmebehandling.

Topikala COX-hämmare ingår inte i läkemedelsförmånen.

– Att ketoprofen gel upptas på Kloka listan ger flera behandlingsmöjligheter för en stor patientgrupp som ofta lider av smärta och nedsatt funktionsförmåga. Ketoprofen gel finns också med som alternativ i de flesta rekommendationer, inklusive Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, säger Dorota Religa.

Susanne Elfving



# Allopurinol – din plikt vid **gikt**

Vid gikt ska långvarig uratsänkande behandling sättas in tidigt. Behandlingsmålet är permanent besvärsfrihet. Råd om icke-farmakologiska uratsänkande åtgärder är också viktigt.

– Allopurinol ska sättas in tidigt vid gikt. Om patienten är under 40 år, har högt uratvärde, tofi, gikt i flera leder eller komorbiditeter ska allopurinol sättas in redan vid första attacken, säger Marika Kvarnström överläkare vid Centrum för reumatologi, SLSO och medlem i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar.

” Viktigt att fundera på möjliga behandlingsalternativ.

Vid andra giktattacken ska alla erbjudas allopurinol. Icke-farmakologiska åtgärder är också mycket viktigt. Minimera alkohol, särskilt öl, och rekommendera medelhavskost och att minska på animaliska produkter. Det är bra med regelbunden fysisk aktivitet och normal vikt.

Uratsänkande behandling med allopurinol ska trappas upp och för att minska risken för giktattacker under insättningen ska patienten också få profylaktisk behandling med naproxen, kolkicin,

eller i andra hand prednisolon, i 2–6 månader beroende på svårighetsgraden. Då i lägre doser än vid akut behandling.

– Behandlingsmålen är skovfrihet, att undvika kronisk gikt och S-urat under 360  $\mu\text{mol/l}$ . Uratvärde under 300  $\mu\text{mol/l}$  krävs för att få bort tofi. Eftersom det är en kronisk sjukdom ska behandlingen fortsätta även när målen har uppnåtts, säger Åsa Niper, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Hökarängen och medlem i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar.

## Akut behandling vid komorbiditet

Akut giktattack behandlas enligt Kloka listan med COX-hämmare, glukokortikoider eller kolkicin. Behandlingsvalet styrs av ålder, komorbiditet och övrig medicinering.

- Vid hjärtkärlsjukdom rekommenderas framför allt kolkicin eller prednisolon (vid avancerad hjärtsjukdom bör även prednisolon ges med försiktighet).
- Vid diabetes rekommenderas främst kolkicin.
- Vid nedsatt njur- eller leverfunktion kan kolkicin användas men om det behövs fler doser efter de första tolv timmarna ska dosen minskas. Dosen och intervallen ska anpassas efter njurfunktionen.



Marika Kvarnström  
och Åsa Niper

- Vid njursvikt, eGFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, rekommenderas prednisolon.
- Vid kognitiva besvär bör kolkicin undvikas eftersom det kan bli toxiskt vid felaktigt intag.
- Kolkicin ger diarré vid hög dos. Undvik det till patienter som inte tolererar det.

## Akut behandling vid komorbiditet

Gikt kan bero på ökad uratproduktion eller minskad uratutsöndring. Exempel på läkemedel som kan minska uratutsöndringen är tiazider, loopdiuretika, lågdos ASA och blodtryckssänkande läkemedel. Ett undantag som kan vara ett möjligt behandlingsalternativ är losartan som istället har uratsänkande effekt.

– Det är viktigt att fundera på möjliga behandlingsalternativ och vid behov tillfråga den som ansvarar för behandlingen om det inte är du på vårdcentralen, säger Åsa Niper.

## Sätt diagnos

Uratnivåerna kan vara normala vid en akut giktattack. Ta prov efter en månad igen för att kunna diagnosticera gikt.

– Ledpunktion kan vara väldigt svårt. Patienten har ont och det går bara att få ut vätska från väldigt svullna leder. Ofta behövs det inte för att ställa diagnos. Vid behov går det bra att remittera till reumatolog, säger Marika Kvarnström.

Elin Jermalm



## Klokt råd:

Vid gikt, sätt in långvarig uratsänkande behandling tidigt.

# Opioider – En (bra) bit kvar till klok förskrivning

Fortfarande lämnar allt för många patienter vårdbesöket med ett recept på potentiellt beroendeframkallande läkemedel mot sin smärta utan att behandlingen följs upp.

– Hur många patienter ska få skadas eller dö för att en patient ska kunna erhålla en, i regel måttlig grad av smärtlindring?

Karl-Fredrik Sjölund är överläkare inom högspecialiserad smärtvård på Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i Region Stockholms expert-

” Två veckors behandling, så pass snabbt börjar man hamna i en risksituation där patienten kan ha svårt att avsluta på egen hand ”

grupp smärta och reumatiska sjukdomar. Frågan är, menar han ”ett ganska rakt upp och ner relevant sätt att se på opioidanvändning vid långvarig och icke-malign smärta”.

Trots rekommendationer om stor återhållsamhet

vad gäller förskrivning av opioider, utgör kategorin problematisk opioidanvändning, vilket enligt Karl-Fredrik Sjölund lika gärna kan heta problematisk opioidförskrivning, den vanligaste egentliga orsaken till remisser gällande icke-cancerrelaterad smärta hans klinik årligen tar emot.

Vid opioidbehandling mot smärta finns tre distinkta patientgrupper och behandlingsprinciper: akut, långvarig och cancerrelaterad smärta. I kategorin cancerrelaterad smärta ingår även andra progredierande sjukdomar där patienten förväntas ha begränsad överlevnadstid.

Vid akut smärta kan enligt Kloka listan korttidsverkande opioider ges vid behov i lägsta effektiva dos under 3–5 dagar och bör inte pågå längre än undantagsvis maximalt två veckor.

– Två veckors behandling, så pass snabbt börjar man hamna i en risksituation där patienten kan ha svårt att avsluta på egen hand, säger Karl-Fredrik Sjölund.

Redan då läkemedlet skrivs ut ska läkare och patient komma överens om vilken dag behandlingen ska avslutas, påpekar han. Syftet med kortvarig analgetikabehandling är att underlätta för patienten att snabbare mobiliseras och få i gång kroppens endogena smärthämningssystem, vilket är viktigt för att smärtan ska gå över.

– Det är ju inte de smärtstillande läkemedlen som gör att smärtan försvinner, de kan enbart minska smärtan en stund, säger Karl-Fredrik Sjölund.



Karl-Fredrik Sjölund

Sedan i januari i år är Karl-Fredrik Sjölund studierektor med ansvar för ST-utbildning i smärtlindring i Region Stockholm.

Fördelen med långverkande opioidläkemedel är sedan länge ifrågasatt och rekommenderas inte längre vid akut smärta. Kortverkande ger lika bra smärtlindring och om patienten enbart tar tabletter när de verkligen behövs kan man slippa en del av de vanliga biverkningarna. Nya data indikerar

även att en pågående opioidbehandling innan ett kirurgiskt ingrepp och förlängd användning i det postoperativa skedet är associerat med ökad risk för komplikationer och utveckling av långvarig smärta.

Det minst problematiska området för använd-





ning av opioidbehandling mot smärta är i gruppen patienter med kort förväntad återstående livstid. De stora problem som kan uppkomma vid långvarig användning hinner inte debutera och läkemedlen kan användas och dosjusteras vid behov för att ge patienterna en dräglig tillvaro sin återstående tid. Det är i stället på området långvarig icke-cancerrelaterad smärta de största problemen med ogenomtänkt förskrivning av opioider finns, menar Karl-Fredrik Sjölund:

– Det finns, vågar jag säga, i svensk sjukvård ingen annan behandling än opioider för långvarig smärta, som ligger så uruselt till vad gäller evidensläget risk/nytta. Vi har tonvis med litteratur som beskriver fasansfulla biverkningar och död som konsekvens av hur vi faktiskt använder opioider. Samtidigt har vi bra evidens för att smärtlindrande effekt är ovanligt och på gruppnivå extremt liten. Den här ofördelaktiga risk/nytta-balansen accepteras inte i någon annan behandling.

Ett stort antal remisser till smärtkliniken på Karolinska universitetssjukhuset visar på fortsatta brister i kunskap och medvetenhet om opioidbehandling och dess risker. Ett vanligt problem är

till exempel läkare som lägger över ansvaret för fortsatt behandling på andra vårdgivare. Karl-Fredrik Sjölund efterlyser ett synsätt på opioidbehandling där förskrivaren förväntas ta fullt ansvar tills behandlingen avslutas:

– Förskriver du har du allt ansvar. Punkt, inget undantag. Vi ska vara försiktiga med beroendeframkallande läkemedel och inte skriva recept enbart för att någon annan redan förskrivit opioider till patienten. När du förskriver opioider ska du alltid ha en plan för behandlingsmål, behandlingstid och uppföljning. Det ska dokumenteras i journalföring och patienten ska vara informerad.

Martina Junström



## Klokt råd:

Om opioider behövs vid akut smärta ska behandlingen avslutas inom 3–5 dygn.

## Tre patientgrupper och behandlingsprinciper:

Akut smärta – Initial läkningsfas efter nyttillkommen vävnadsskada.

Långvarig smärta – varaktighet längre än normal läkningsperiod/mer än tre månader, och

Cancerrelaterad smärta – behandlingsprinciper vid smärta orsakad av progredierande sjukdom med relativt kort förväntad överlevnadstid.

## Att tänka på:

- Den läkare som förskriver opioider har det fortsatta behandlingsansvaret tills behandlingen avslutats, eller tills ansvaret inklusive behandlingsplan övertagits och bekräftats av kollega. Iterering medför samma ansvar som insättning. Om du inte kan eller vill ta detta ansvar ska du inte förskriva.
- Även en liten förpackning innebär fullt behandlingsansvar.
- Följ upp och avsluta behandling som inte når avsett mål (mätbar funktionsökning).
- Opioider är ett "sistahandsval" avseende symtomlindrande läkemedel. Om behandlingen inte fungerar är annan läkemedelsbehandling inte aktuell.



## Bör jag skriva ut metadon på vårdcentralen?

– Jag har på min vårdcentral fått en remiss från en smärtmottagning med begäran om övertagande av förskrivning av metadon till en av oss känd patient med långvarigt kroniskt smärttillstånd utan missbruk. De har ej resurser för att ta denna typ av patient på årliga kontroller och förnya recept. Är vårdcentralen rätt vårdnivå?



Åsa Niper, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Hökarängen, Akademiskt primärvårdscentrum

– Min reflektion är att metadon som regel inte är ett primärvårdspreparat, av flera skäl. Framst att det är så pass ovanligt preparat och att vi inte har möjligheter att vara uppdaterade på ett patientsäkert sätt. Långvarig smärta ska ju som regel inte behandlas med opioider, och just metadon är ett extra komplicerat preparat med många interaktioner med andra läkemedel.

Jag har erfarenhet både av när vi på vårdcentralen tog en förskrivning som inte gick så bra, det är sällan okomplicerat i längden. När vi sagt nej har det blivit komplicerat för patienten, eftersom det som du skriver inte finns någon annan som tydligt har detta uppdrag. Det tycker jag dock inte är skäl nog att primärvården ska ta över. Det ändrar inte vår kompetens eller våra resurser att det saknas uppdrag eller resurser på annat håll. Självklart kan en förskrivare göra egna undantag om man känner att man har kompetens och resurser men som regel skulle jag säga nej.



Per Furst, med dr, överläkare Stockholms Sjukhem Palliativ vård

– Jag håller med. Metadon kan vara en användbar opioid mot smärta i vissa situationer, men tyvärr är det ett både farmakodynamiskt och farmakokinetiskt komplext preparat. För att minska risken för allvarliga sideeffekter bör det därför främst skötas inom smärtvård eller specialiserad palliativ vård av läkare som har stor erfarenhet av att använda metadon mot smärta.

# Placebo och placeboeffekt

För att kunna värdera läkemedel mot smärta måste man även ta hänsyn till placeboeffekten. Om hur det fungerar berättar Carl-Olav Stiller, ordförande för Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar:

## Varför behövs placebo?

Att jämföra aktiva läkemedel med placebo är fortfarande det bästa sättet att ta reda på om ett läkemedel har en specifik effekt. Skillnaden i effekt mellan den aktiva behandlingen och placebo anses vara den specifika effekten. För att kunna få fram uppgifter om skillnaden på bästa sätt måste man genomföra en randomiserad och dubbelblind studie. I en sådan studie ska alla kända och okända faktorer vara lika vanliga i alla grupper och eftersom varken patienten eller läkaren/forskaren vet vem som har fått vilken behandling har man även minimerat den så kallade förväntanseffekten. Har man en placebo-grupp så är det också möjligt att ta reda på vilka biverkningar som är specifika för läkemedlet som man studerar. Om man bara jämför ett aktivt läkemedel med ett annat och utfallet är jämförbart kan det vara svårt att slå fast att båda behandlingarna är effektiva. Har man däremot en placebo-grupp och båda behandlingarna skiljer sig från placebo är det lättare att hävda att båda behandlingarna är likvärdiga.

## Vad är placeboeffekten?

Ett vanligt svar på denna fråga är effekten som man noterar i en grupp patienter eller försökspersoner som har behandlats med placebo. Det

cirkulerar även andra definitioner på placeboeffekten. En är alla effekter som inte går att förklara med det som kallas spontan förbättring eller regression mot medelvärdet, eller förändringar som kanske beror på andra levnadsvanor som sammanfaller med behandlingen. Ett sätt att få en uppfattning om placeboeffekten är att ha en grupp patienter som inte får någon behandling alls efter randomisering. Skillnaden mellan denna grupp och placebo-gruppen borde då utgöras av placeboeffekten. Ett annat mera innovativt sätt att ta reda på placeboeffekten är att tillföra ett läkemedel utan att patienten är medveten om när tillförseln äger rum och att jämföra utfallet med det när läkemedlet ges öppet. Skillnaden i effekt mellan dessa två grupper eller mellan dessa två försöksupplägg kan förklaras av placeboeffekten. En vanlig missuppfattning är att placeboeffekten bara finns hos patienter i placebo-gruppen. Men så är inte fallet: Placeboeffekten är en del av all behandling som sker på patienter som är medvetna om att de erhåller behandling.

## Hur kan placeboeffekten förklaras?

Genom att betrakta den kliniska situationen där jag som patient söker medicinsk hjälp går det

att lista olika aspekter som är av betydelse för placeboeffekten eller effekten av en behandling.

**Inledande faktorer:** Var jag söker vård har betydelse för effekten. Är det ett välkänt universitetssjukhus eller en liten nedgången mottagning i en källarlokal? Har jag själv eller närstående eller vänner positiva erfarenheter av denna vårdgivare? Är det så att jag har varit på samma mottagning tidigare och fått en behandling som har fungerat väl, kanske till och med samma behandling ett antal gånger så ökar sannolikheten att även behandlingen jag får denna gång får avsedd effekt. **Medföljande faktorer:** Mina förväntningar på en behandling är högre om jag får träffa en kunnig läkare som tar sig tid att förklara tillståndet och föreslår den bästa tillgängliga behandlingen. I andra länder är det mycket vanligt att väggarna på läkarmottagningen pryds av diverse diplom. Sker läkarbesöket på det sätt jag förväntar mig, eventuellt kompletterat med avancerade undersökningar? Instruktionen när behandlingen ges är också av betydelse.

När det gäller vissa specifika tillstånd så har man kunnat kartlägga mekanismer i hjärnan som kan förklara en del av placeboeffekten. Försökspersoner som utsätts för en experimentell smärta i form av muskelarbete eller kyla tolererar detta bättre om man ger morfin. Efter att ha fått morfin under två dagar och om försökspersonerna inte är medvetna om att morfin har ersatts av en koksaltlösning (placebo) är effekten nästa lika stor som efter morfin.

I den andra delen av försöket fick försökspersonerna istället en injektion av opioidantagonisten naloxon istället för koksaltlösning trots att de hade förväntat sig morfin. I denna situation var smärttoleransen inte längre ökad. Slutsatsen ifrån detta försök är att förväntan på att erhålla morfin kan medföra en frisättning av kroppsegna opioider som aktiverar opioidreceptorer på ett liknande sätt som tillfört morfin.

## Hur stor är placeboeffekten?

Baserat på en översiktsartikel från Beecher på 1950-talet anser många att placebo kan stå för cirka 30 procent av effekten. Denna siffra har bitit sig fast hos många, men storleken på placeboeffekten kan variera påtagligt mellan olika studier och studieupplägg. Var studierna genomförs kan också ha betydelse.

Ett exempel på detta är två identiska placebo-kontrollerade dubbelblinda och randomiserade studier på buprenorfinplåster till patienter med cancersmärta, som behandlades med höga doser opioider. I den ena studien kunde patienterna som randomiserades till placebo halvera sin opioiddos (-52,2 procent) (Boehme & Bonjean). I den andra studien med samma upplägg minskade patienterna som fick placebo-plåster sin opioiddos med cirka 8 procent (Sittl et al.). Om man jämför dessa värden mot utfallet i gruppen som fick ett plåster med buprenorfin 70 µg/h var placeboeffekten i det ena fallet 73 procent och i det andra 15 procent.

I en randomiserad och placebo-kontrollerad studie av glukosamin på patienter med artros angav cirka 45 procent en minst 20-procentig smärtlindring i såväl placebo-gruppen som glukosamingruppen efter fyra veckor. Bland patienter som erhöll COX-2 hämmaren celecoxib angav 60 procent en motsvarande effekt. I detta fall är placeboeffekten 75 procent.



Carl-Olav Stiller  
docent, överläkare,  
ME Klinisk farmakologi,  
Karolinska universitetssjukhuset,  
ordförande  
Region Stockholms  
läkemedelskommittés  
expertgrupp för  
smärta och reumatiska  
sjukdomar

# Utred och behandla rätt vid restless legs

Dopaminagonister är verksamt vid behandling av restless legs, men vid långvarig behandling finns betydande risker att tillståndet istället förvärras av läkemedlet.



Anders Johansson

**R**estless legs, eller Willis-Ekboms sjukdom, innebär ett tvingande behov att röra på benen vid vila eller inaktivitet. Oftast, men inte alltid, associerat med smärta eller obehag. Symtom som debuterar i unga år har vanligen ett mildare förlopp och beror många gånger på ärftliga faktorer. Senare insjuknande är ofta associerat med samsjuklighet, med bland annat njursvikt, diabetes,

andra neurologiska sjukdomar, kardiovaskulär sjukdom, och hypoxiska tillstånd. Även alkohol kan ha starkt negativ inverkan. En rad läkemedel kan påverka, bland annat antidepressiva, neuroleptika och antihistaminer.

– En av de viktigaste sakerna att uppmärksamma om patienten kommer med restless legs är om de har något läkemedel som förvärrar, säger Anders Johansson, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för nervsystemets sjukdomar, specialitetssakkunnig neurologi och överläkare Rörelsesjukdomar, Karolinska universitetssjukhuset.

## Värdera förvärrande faktorer

Behandling av restless legs ska i första hand ske med icke-farmakologiska metoder och inledas med

värdering och åtgärdande av förvärrande faktorer. Utöver läkemedelsgenomgång bör patienten till exempel uppmärksammas på risken att alkohol gör tillståndet värre. Regelbundna sömnvanor är viktigt och att undvika sömndeprivering. Det finns även god evidens för att fysisk aktivitet kan lindra.

Det finns flera hypoteser om vad som orsakar restless legs, men mycket pekar mot att järnbrist i centrala nervsystemet är inblandat. Trots att evidensläget inte är helt övertygande råder konsensus bland forskare om att rekommendera provtagning och att ge järn till patienter som har en transferrinmättnad under 45 procent. Peroralt järn ges till patienter som tolererar det och har en ferritinnivå under 75. Vid högre ferritinnivåer i blodet tar tarmen inte längre upp järn:

– Då kan man överväga intravenöst järn, och då är det Ferinject som förespråkas i konsensusdokumentet. Effekt kan förväntas inom 4–6 veckor, därefter ny provtagning efter 8 veckor. Om patienten har svarat positivt men besvären återkommer kan detta upprepas tidigast efter 12 veckor, säger Anders Johansson. Man måste försäkra sig om att inte överbehandla med järn, genom att följa kliniska effekter och laboratorieprover.

## Läkemedelsbehandling

Dopaminagonister har välkänd god behandlingseffekt på restless legs. Men risken för augmentation, att tillståndet förvärras av läkemedlet, är betydande vid långvarig behandling. Tioårsstudier visar till exempel att mellan 42–68 procent av de som

Preparat	Levodopa	Gabapentin	Pramipexol
<b>Dos</b>	50–100 mg vid behov.	300 mg 2 timmar före sänggåendet, att öka till max 2400 mg, fördelat på 1/3 av dosen em + 2/3 av dosen 2 timmar före sänggåendet.	0,088 mg 2–3 timmar före sänggåendet, att öka var 4–7:e dag till max 0,54 mg.
<b>När?</b>	Intermittent, speciella situationer, allra högst 2 ggr/v.	Vid smärtsam RLS; samtidig annan smärta; stora sömnsvårigheter; impuls kontrollstörning (till exempel sex, mat, shopping, spel).	Vid väldigt svår RLS; samtidig depression; njursvikt; svår Periodic Limb Movements (PLM); balanssvårigheter; övervikt; andningsproblem.
<b>Bieffekt att bevaka vid uppföljning</b>	Augmentation	Yrsel, balanspåverkan, trötthet.	Impulskontrollstörning (prevalens upp till 17 %), augmentation, sömnattacker.

**Nytt i Kloka listan:** Tidigare rangordning mellan terapival vid svårare RLS har tagits bort ur Kloka listan. Istället avgör patientens risksituation för biverkningar och hänsyn till eventuell samsjuklighet val av läkemedel.

behandlas med dopaminagonister riskerar att få svårare problem orsakade av läkemedlet.

– Levodopa har ännu tydligare kopplats till augmentation och används därför endast vid intermittenta och glesa problem. Absolut aldrig oftare än två gånger i veckan, kanske inte ens så ofta, säger Anders Johansson.

På grund av risken för augmentation har den tidigare rangordningen mellan terapival vid svårare former av restless legs tagits bort i Kloka listan, trots att dopaminagonisten pramipexol har bäst bevisad effekt på kort sikt. Avgörande för val av läkemedel är i stället patientens risksituation för biverkningar och samsjuklighet.

Läkemedelsbehandlingen ska alltid följas upp och utvärderas, säger Anders Johansson. Särskilt ska man vara vaksam på risken för

augmentation när man träffar en patient som tar ett dopaminpreparat:

– Om en patient kommer tillbaka efter mer än ett halvår och vill höja dosen därför att symtomen har blivit värre. Då ska man dra öronen åt sig och tänka att nu kanske jag håller på att ställa till det för den här stackars människan och fundera på åtgärdsalternativ.

Ett sådant kan vara att minska dosen och dela upp den i två för att lindra om symtomen har kommit tidigare på dagen, fortsätter han. Maxdosen för dopaminagonister ska inte överskridas. En annan möjlighet är att överväga mer långverkande alternativ bland dopaminagonisterna eller att välja trappa ut dopaminagonisten och kombinera med någon annan behandling.

Martina Junström

## Restless legs

Drygt hälften av dem som drabbas har släktingar med restless legs.

Sjukdomen drabbar mellan 5 och 13 procent av befolkningen (inklusive då RLS är relaterat till annat tillstånd) och är mellan 30 och 50 procent vanligare bland kvinnor.

Cirka 20 procent kvinnor drabbas av graviditets-RLS. Dessa har fyra gånger större risk att senare i livet få RLS, jämfört med kvinnor som inte haft RLS under graviditeten.

# Hypothyreos – när och hur ska det behandlas?

Det finns goda skäl att behandla primär hypothyreos i alla åldrar. Subklinisk hypothyreos däremot behöver följas noggrant med upprepade provtagningar med tre månaders intervall innan eventuell behandling initieras.



Kristian Hillert Winther

○ behandlad hypothyreos är en dödlig sjukdom som leder in i myxödemkoma och multiorgansvikt.

– Det är dock mycket ovanligt. Betydligt vanligare symtom är trötthet, nedsatt fysisk ork, långsam

tankeverksamhet, emotionell labilitet, frusenhet, muskelvärk, förstoppning och viktuppgång säger Kristian Hillert Winther, med dr, ST-läkare i diabetologi och endokrinologi på Akademiskt specialistcentrum.

Utredning av misstänkt hypothyreos innefattar TSH och fritt T4 som kan tas på vida indikationer. Vid förhöjt TSH kontrolleras TPO-ak. Dessa antikroppar bör inte kontrolleras om TSH är normalt eftersom 10–15 procent i normalbefolkningen har TPO-ak. Vid förhöjt TSH men normalt T4 och T3 föreligger subklinisk hypothyreos. Då bör proverna kontrolleras om efter cirka tre månader innan behandling initieras. Effekter av eventuell behandling bör utvärderas efter 4–6 månader och vid bristande effekt bör behandlingen avslutas.

De flesta internationella riktlinjer rekommenderar behandling med levotyroxin (Levaxin), T4, vid TSH mer än 10 mU/l och behandlingsmål för TSH till mellan 0,4–3,5 mU/l. VISS rekommenderar behandlingsstart vid TSH över 10 och behandlingsmål till 0,4–2,0. Hos äldre kan något högre TSH-värden accepteras på grund av risken för hjärtbesvär vid översubstitution. TSH-värdet stiger också med åldern, så att gränsen för subklinisk

” Såväl överbehandling som underbehandling är förenat med ökad dödlighet och övrig sjukdomsrisk. ”

hypothyreos vid >70 års ålder snarare är >6,5 mU/l. Monitorering av behandlingen sker främst med TSH men även fritt T4. Dosjustering sker främst utifrån TSH men inte oftare än var 6–8:e vecka. Generell följsamhet är viktigare än komplicerade regler för patienternas tablettintag.

– De flesta guidelines rekommenderar inte rutinmässig behandling med liothyronin, T3, i kombination med levotyroxin, T4. Men det kan övervägas i särskilda fall säger Kristian Hillert Winther.

Evidensen för kombinationsbehandling är begränsad. Men det kan övervägas om kvarvarande symtom finns trots TSH i normalområdet i minst sex månader på T4. L-T3 dosen beror på aktuell L-T4 dos och sätts till mellan 1/14 – 1/17 av L-T4 dosen. L-T3 doseras x 2–3 dagligen. Är dosen Levaxin 125 ug kan en liothyronindos på 5 mg+ 5 mg vara lagom.

Såväl överbehandling som underbehandling är förenat med ökad dödlighet och övrig sjukdomsrisk. I en stor dansk registerundersökning med data från 1995–2011 visades att tiden med sänkt TSH (överbehandling) hade en liknande inverkan på kardiovaskulär risk som tiden med förhöjt TSH (underbehandling).

Christer Norman



Utöver 200 besökare på plats i 7A Posthusets lokaler i Stockholm, följde cirka 140 personer Kloka listan forum digitalt.

# Ge inte antibiotika i onödan vid rinosinuit

I övrigt friska personer behöver sällan antibiotika för akut bakteriell rinosinuit. Allvarliga komplikationer är mycket ovanligt och antibiotika minskar inte risken för dessa.

Under 2022 beräknas över 20 000 patienter ha diagnostiserats med akut rinosinuit på husläkarmottagningarna i Stockholms län.

– Enligt data från Primärvårdskvalitet får cirka 57 procent av dessa recept på antibiotika, säger Anna Granath, överläkare ÖNH, Karolinska universitetssjukhuset.

Hon menar att många av dessa recept sannolikt skrivs ut i onödan.

Diagnostik av rinosinuit sker utifrån anamnes, symtom och kliniska fynd. Näsan bör undersökas med främre rinoskopi för att bedöma förekomst av vargata. Sväll av med lokala vasokonstriktorer som till exempel oximetazolin (Nezeril) inför undersökningen. Använd pannlampa/spekulum eller otoskop med vid tratt. Datortomografi ansiktsskelett och bihålor anges visserligen som golden standard men kan inte göras på alla. ”Käkspolning” – punktion med spolning av maxillarsinus, utförs ibland

## Rinosinuit indelas enligt följande:

### Akut viral rinosinuit (förkylning)

En vanlig förkylning ger en akut inflammatorisk reaktion i näsa och sinus och är per definition en akut viral rinosinuit. Symtomen försvinner på mindre än tio dagar.

### Akut postviral rinosinuit

En försämring efter fem dagar eller symtom mer än tio dagar, men mindre än tolv veckor.

### Akut bakteriell rinosinuit

En akut rinosinuit som orsakas av bakterier.

### Kronisk rinosinuit

Symtom i tolv veckor eller mer. Förekommer med eller utan näspolyper.

av ÖNH-läkare. Indikationen är i första hand diagnostisk för utbyte av var för odling, men även smärtlindring.

– Vanligaste orsak är luftvägsvirus, framför allt rinovirus men även parainfluenta, influensa och andra virus. Vanligaste odlingsfynden vid akut bakteriell rinosinuit är *Streptococcus pneumoniae* och *Haemophilus influenzae*. Pneumokocker och streptokocker orsakar de mest aggressiva infektionerna, säger Anna Granath.

Följande faktorer talar för akut bakteriell rinosinuit: Aanamnes på förkylning i tio dagar eller mer, alternativt försämring efter fem dagar. Ensidig smärta, smärta i tänder, dålig lukt i näsan, purulent snuva. Temp >38 grader. Ensidig vargata i mellersta näsgången.

### Antibiotika sällan verksamt

Kliniska studier visar liten effekt av antibiotikabehandling vid akut rinosinuit. En Cochrane review av 15 randomiserade studier visar att endast 5–10 procent av patienterna tillfrisknar snabbare med antibiotika. Vid svåra symtom skall dock antibiotikabehandling övervägas. Patienter med nedsatt immunförsvar skall erbjudas antibiotikabehandling.

Behandling med avsvällande näsdroppar i max tio dagar, nässköljning med koksaltlösning och analgetika vid behov rekommenderas. Nasala steroider kan vara av värde vid säsongsbunden eller perenn allergisk rinit. Om antibiotika behövs är Penicillin V förstahandsval (1,6–2 g x 3 i sju dagar).

Vid terapivikt bör diagnosen omprövas. Datortomografi sinus kan övervägas. Antibiotika bör endast bytas vid säkerställd diagnos. Då rekommenderas odling från mellersta näsgången.

– Vid misstanke om ovanliga komplikationer skall patienten remitteras till ÖNH-akut. Tecken på detta kan vara svullnad/rodnad kring ögat, mjukdelssvullnad i ansiktet eller pannan, kranialnervspåverkan eller tecken på meningit, avslutar Anna Granath.

Christer Norman



## Klokt råd:

Akuta bakteriella sinuiter som kräver antibiotika är ovanliga – ge symtomlindrande behandling i första hand.



Eli Westerlund  
och Pernilla Frid

# Nytt om tromboflebit

Tromboflebit har fått ett eget kapitel i årets Kloka listan med en ny behandlingsrekommendation.

Den årliga incidensen av tromboflebit i Sverige är cirka sex per 1 000 individer. Akut tromboflebit i en ytlig ven kännetecknas av inflammation i venväggen vilket kan trigga en lokal trombosbildning. Lokaliserad tromboflebit (<5 cm) nedom knät bör endast behandlas symtomatiskt med glukosaminoglykanpolysulfat (kräm Hirudoid) som masseras in i huden 3–4 gånger per dag tills frihet från inflammatoriska symtom, vilket brukar ta någon vecka. Den smärtstillande effekten av lokal applikation av glukosaminoglykanpolysulfat vid tromboflebit är väldokumenterad och ges även som tillägg till systemisk behandling. Preparatet omfattas inte av läkemedelsförmånen men har ett lågt pris.

Tromboflebit är associerad med djup ventrombos, DVT, i 15–25 procent av fallen och är också

en riskfaktor för framtida insjuknande i venös tromboembolism, VTE. I en Cochraneomgång<sup>1</sup> från 2018 konkluderades att profylaktiskt given fondaparinux vid ytlig tromboflebit ofta är ett välgrundat terapeutisk val. I en stor, placebokontrollerad randomiserad studie var subkutan fondaparinux associerat med en signifikant reduktion av symtomatisk VTE med en relativ riskreduktion på 15 procent mot placebo.

## Nya rekommendationer

I enlighet med dokumentation rekommenderas i årets Kloka listan att tromboflebit ovan knät och tromboflebit >5 cm i underbenet i första hand behandlas med den syntetiska pentasackariden fondaparinux (Arixtra) under minst 30 dagar. Medlet administreras med engångssprutor sub-

kutant i standarddosen 2,5 mg en gång per dygn. Målsättningen med behandlingen är att förebygga trombosutbredning och därmed minska risken för VTE. Läkemedlet har även en smärtstillande effekt. Fondaparinux är den enda behandlingen som har indikation tromboflebit i Fass och är därför vald som förstahandsbehandling trots mindre erfarenhet av detta i primärvården.

Preparatet har låg blödningsrisk även hos sköra patienter. I jämförelse med lågmolekylära hepariner har fondaparinux lång halveringstid som i hög grad är beroende av njurfunktion, vilket ska beaktas vid val av terapi.

Lågmolekylärt heparin, LMH, dalteparin (Fragmin) och tinzaparin (Innohep), rekommenderas i andra hand. Initial behandling med LMH i dos som vid venös tromboembolism ges under 2–4 veckor med påföljande klinisk utvärdering.

Vissa patientgrupper med tromboflebit ovan knät och utbredda distala tromboflebit är inte studerade med fondaparinux och för dessa rekommenderas i stället LMH i första hand, se faktaruta. Lokal applikation av kräm Hirudoid ges samtidigt som fondaparinux respektive LMH.

Sara Hallander



Tromboflebit

FOTO: SCIENCE PHOTO LIBRARY

## LMH rekommenderas i första hand vid:

- Graviditet
- Nedsatt njurfunktion eGFR <30 ml/min
- Kroppsvikt <50 kg
- Nedsatt leverfunktion
- Samtidig aktiv cancer
- Upprepade tromboflebit i närtid
- Tromboflebit som sträcker sig nära konfluens av vena saphena parva i vena poplitea (knävecket) eller konfluens av vena saphena magna i femoralis (ljumskan)

## Referens

1 Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 25;2(2):CD004982

# Ett patientfall

**46-årig kvinna med övervikt söker mig på grund av svullnad och rodnad i varikösa vener på underbenet. Det är svullet, rött och ömt längs kärlet. Hon har uttalade besvär. Kliniskt ingen misstanke på bakomliggande malignitet.**

Med enbart en klinisk undersökning ser jag en ytlig tromboflebit i varikösa vener men jag kan inte utesluta en DVT. Därför skickar jag en remiss för ultraljud som dock kan ges först nästa dag. Jag inleder i väntan på undersökningen behandling med LMH, dosering som vid DVT.

Svaret på ultraljud visar på tromboflebit i varicerna men ingen DVT. Rutinprover med blodstatus, PK och krea är normala. D-dimer och riskskattning med till exempel Wells score är inte validerat vid tromboflebit och rekommenderas därför inte som stöd i diagnostiken.

Enligt Kloka listans nya rekommendation skriver jag recept på kräm Hirudoid och Arixtra i förfyllda engångssprutor 2,5 mg/0,5 ml att injiceras subkutant en gång per dygn, tre förpackningar med tio doser vardera. Patienten får en tid till distriktsköterskan för injektionsteknik.

Patienten blir symtomfri efter cirka två veckor men tillråds fullfölja behandlingen med Arixtra hela kuren i 30 dagar. Däremot behöver jag inte lokalbehandla den kvarvarande, oömma hårda bindvävsomvandlade kärldrängen med Hirudoid.

– Det var en värdefull klinisk insikt när jag förstod det, att det är inflammationen (ömhets, svullnad, värmeökning) i kärlväggen som ska behandlas, säger Pernilla Frid.

Remiss till kärlkirurg utfärdas för ställningstagande till åtgärd av varicer. Medicinsk indikation föreligger.

**Pernilla Frid**, Specialist i allmänmedicin, Täby Centrum Doktorn, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för koagulationssjukdomar och plasmaproducter



Pernilla Frid

## Frågor från publiken

**Eli Westerlund**, Med dr, överläkare, VO Internmedicin och infektion, Danderyds sjukhus, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för koagulationssjukdomar och plasmaproducter svarade på frågor efter föreläsningen vid Kloka listan forum 2023.

**När ska man ta sprutan?**

– Det spelar egentligen ingen roll. Om du har riskaktiviteter på dagen (ex ishockeyträning), ta det på kvällen.

**Vad händer om hon glömmer en spruta?**

– Fortsätt som vanligt. Du ska inte ta dubbla sprutor.



Eli Westerlund

**Bör vi rekommendera stödstrumpor?**

– En strumpa förhindrar inte progress eller återinsjuknande. Det skulle vara för symtomlindring, det vill säga för att minska svullnaden, men samtidigt är kärldrängen öm och strumpan kanske ger mer besvär än lindring. Och den kan vara svår att få på sig. Så nej.

# Kardiovaskulär prevention i praktiken

– Ju högre utgångsrisk, desto större absolut risksänkning när en riskfaktor behandlas, påminner Tomas Forslund, med dr, specialist i allmänmedicin, Gröndals vårdcentral, ledamot i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar.

Enkelt sammanfattat så är grunden i den kardiovaskulära preventionen hälsosamma levnadsvanor, ett välreglerat blodtryck och lågt LDL-kolesterol. En samlad riskbedömning av diagnoser och riskfaktorer är en förutsättning för att ge korrekt behandling.

Ett sätt att förenkla är att dela in patienterna i fyra riskgrupper: mycket hög, hög, måttlig respektive låg risk för en hjärtkärlhändelse. Målvärdena för önskvärda LDL-nivåer sänktes redan i föregående års Kloka listan i enlighet med uppdaterade



Tomas Forslund

europiska guidelines. För patienterna med den högsta risken, patienter med etablerad hjärtkärlsjukdom, bör LDL sänkas till under 1,4 mmol/l.

– Vi ser fortfarande en underbehandling med statiner hos patienter som haft TIA eller stroke och patienter med perifer artärsjukdom, men statin-användningen ökar, säger Tomas Forslund.

## Framgångsrikt arbete

Incidensen av akut koronart syndrom eller ischemisk stroke har minskat stadigt över en tioårsperiod i Stockholms län. Minskningen av incidens har framför allt skett hos personer 75 år och äldre. Det beror bland annat på att fler patienter har fått NOAK vid förmaksflimmer, fler har fått ett blodtryck närmare de skärpta blodtrycksmålen och fler har fått statiner förskrivna. Ungefär 70 procent av de läkemedel som minskar risken för kardiovaskulära händelser förskrivs på en husläkarmottagning.

Primärpreventiv behandling av hyperlipidemi är en fråga som distriktsläkarna ofta ställs inför. Förra året introducerades riskskattningsinstrumentet för primärprevention, SCORE2, som skattar 10-årsrisken för en hjärtkärlhändelse eller död. Enligt verktyget är det emellertid en stor andel av befolkningen som skulle komma ifråga för en primärpreventiv statinbehandling med NNT 1 000–1 500/år.

Sara Hallander

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

## Riktlinjer vid behandling av hypertoni i relation till risk

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
Andra riskfaktorer, organskada eller sjukdom	Ingen behandling	Livsstilsförändringar Läkemedel om målbloodtrycket ej nås	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
Inga andra riskfaktorer	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Läkemedel om målbloodtrycket ej nås	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
1–2 riskfaktorer	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Läkemedel om målbloodtrycket ej nås	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
≥3 riskfaktorer	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Inga läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt in två läkemedel	Livsstilsförändringar Sätt snarast in två läkemedel
Hypertionorsakad organskada, njursvikt stadium 3 (eGFR 30–59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) eller diabetes mellitus utan organskada	Livsstilsförändringar Överväg läkemedel	Livsstilsförändringar Överväg 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 <sup>2</sup> ) 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 Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer 2014 och uppdaterad och modifierad efter ESC/ESH guidelines 2018

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

Låg risk &lt; 1 %

Måttlig risk 1–4 %

Hög risk 5–9 %

Mycket hög risk ≥10 %

\*Modifierat utifrån SCORE





Risikfaktorer	Hypertoniorsakad organskada	Etablerad aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manligt kön</li> <li>• Hög ålder: män &gt;55 år, kvinnor &gt;65 år</li> <li>• Rökning</li> <li>• Hyperlipidemi</li> <li>• Kolesterol &gt;4,9 mmol/l och/eller LDL &gt;3,0 mmol/l</li> <li>• Diabetes mellitus eller nedsatt glukostolerans</li> <li>• Heraldit för tidig hjärt-kärlsjukdom: män &lt;55 år, kvinnor &lt;65 år</li> <li>• BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Fysisk inaktivitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vänsterkammerhypertrofi (t.ex. EKG eller ekokardiografi)</li> <li>• Nedsatt njurfunktion (eGFR): &lt;60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></li> <li>• Mikroalbuminuri U-alb/krea-kvot ≥3,0 g/mol</li> <li>• Ankel-brakialindex (ABI): &lt;0,9</li> <li>• Uttalad retinopati (blödning, exsudat eller papillodem)</li> <li>• Ökad kärlstelhet (t.ex. pulstryck ≥60 mmHg hos äldre &gt;65 år)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerebrovaskulär sjukdom (TIA, stroke)</li> <li>• Kranskärlsjukdom</li> <li>• Perifer artärsjukdom</li> <li>• Påvisade signifikanta aterosklerotiska plack</li> <li>• Aterosklerotisk aortasjukdom</li> </ul>

## Ställningstagande till behandling med statin

Mycket hög risk	Hög risk	Måttlig risk
<p>Önskvärd nivå för LDL &lt;1,4 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 &lt;1,8 mmol/l. Behandla med atorvastatin 10–40 mg. Överväg tillägg ezetimib 10 mg/dag om önskvärd LDL-nivå inte nås inom 3 månader.</p>	<p>Önskvärd nivå för LDL &lt;2,6 mmol/l. Överväg behandling med statiner i måttlig dos, t.ex. atorvastatin 10–20 mg/dag om LDL-mål ej nås med livsstilsförändring.</p>



# Initiering och behandling med PCSK9-hämmare

PCSK9-hämmarna evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent) är monoklonala antikroppar som minskar nedbrytningen av LDL-receptorer och därmed sänker LDL-kolesterol med 50–60 procent ovanpå eller utan samtidig behandling med statin. Läkemedlen ges subkutant med en förfylld injektionspenna var 2–4 vecka.

Evolokumab och alirokumab har i kliniska prövningar vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom visat mycket effektiv LDL-sänkning ovanpå statinbehandling i hög dos och mycket få biverkningar (huvudsakligen besvär vid injektionsstället). Studien skiljer sig åt avseende upplägg och patienter som studerats, men visar båda en cirka 1,5 procent absolut riskreduktion av kombinerade kardiovaskulära händelser under 2,2–2,8 års behandling.

Enligt TLV subventioneras evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent) sedan 2022:

- Vid diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol ≥2,0 mmol/l.
- Vid diagnostiserad heterozygot familjär hyperkolesterolemi som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol ≥2,6 mmol/l.
- Vid homozygot familjär hyperkolesterolemi (endast Repatha).

## Expertgruppen bedömning

Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar bedömer att både initiering och initial uppföljning av behand-

ling med evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent) tills vidare ska ske på specialistmottagningar inom kardiologi, endokrinologi, neurologi eller internmedicin på sjukhus eller hos privat hjärtspecialist som har avtal med Region Stockholm. Läkemedlen bör prioriteras till patienter som bedöms ha störst nytta av behandlingen, såsom de med kardiovaskulär händelse i närtid (senaste 2 åren), ateroskleros i flera organ, flera hjärtinfarkter eller LDL-kolesterol ≥2,6 mmol/l. Endast patienter som själva kan lära sig sköta sina injektioner bör komma ifråga för behandlingen.

Behandlingen med evolokumab eller alirokumab är okomplicerad och utan känd förekomst av allvarliga biverkningar, varför fortsatt förskrivning kan ske i primärvården hos stabila patienter på samma sätt som för annan preventiv läkemedelsbehandling vid aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom.

För patienter med aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom som tidigare har remitterats ut till primärvården för fortsatt omhändertagande men där målvärden för LDL inte nås eller bibehålls bör man i första hand överväga återinsättning eller intensifiering av statinbehandling och vid behov kombinera med ezetimib för att uppnå målvärden. Övriga kardiovaskulära riskfaktorer ska åtgärdas på bästa sätt. Återremittering till specialistmottagning inom kardiologi, endokrinologi, neurologi eller internmedicin för ställningstagande till PCSK9-hämmare bör förbehållas utvalda fall där ovanstående inte gett tillräcklig effekt.

Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar

# Obesitasläkemedel – behandlingsarsenalens panelhonor

Socialstyrelsen kritiseras för att inte ha rekommenderat fler obesitasläkemedel i de nationella riktlinjerna och det finns önskemål om fler subventioner från TLV. Hur blev det så här?

I svensk media ifrågasätts Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas som kom 2022. Orlistat är det enda läkemedel som rekommenderas i riktlinjerna, även om tre andra godkända läkemedel är nämnda i texten. Bakgrunden till detta är att orlistat ingår i den statliga läkemedelsförmånen. Förskrivare kan dock ordinera samtliga godkända obesitasläkemedel, men det är patienten som får stå för hela kostnaden.

Subventionsansökan för Mysimba (naltrexon/bupropion) avsågs 2015. För Saxenda (liraglutid) har två ansökningar dragits tillbaka av företaget då Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) gick mot avslag. Den tredje ansökningen avsågs av TLV 2020. Wegovy (semaglutid) är ännu inte lanserat i Sverige (se tabell).

## TLV beslutar om läkemedel får ingå i läkemedelsförmånen

TLV ska utifrån principerna för människovärde, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet bedöma om ett läkemedel kan ingå i den statliga läkemedelsförmånen. Läkemedelsföretaget söker med en hälsoekonomisk analys och anger sitt önskade pris. Efter granskning av dokumentation beslutar TLV om nyttan för patient och samhälle överväger kostnaden, alltså skattepengarna.

## Beslutet om Saxenda

TLV ansåg att det fanns en kliniskt signifikant effekt av Saxenda, dels på viktnedgång och blodtryck, dels på glykemisk kontroll hos patienter med prediabetes och typ 2-diabetes (T2DM). Trots detta blev det avslag. Vi ska titta närmare på bakgrunden till det.

Företaget ansökte om subvention med följande

begränsning:

”Subventioneras för patienter med BMI ≥ 35 kg/m<sup>2</sup> med minst två viktrelaterade komorbiditeter som först har prövat orlistat eller då orlistat inte är lämpligt.

Subventioneras endast vid förskrivning av eller i samråd med endokrinolog eller läkare verksam vid klinik specialiserad på behandling av obesitas.”

Saxenda skulle kosta cirka 20 470 kronor/år. Företaget uppskattade kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) till 206 000 kronor. TLVs reviderade beräkning uppskattade kostnaden till tre gånger så mycket per QALY.

Hur lång behandlingstid med Saxenda är rimligt? Rekommendationer saknas i produktresumén. I den längsta randomiserade studien pågick behandlingen knappt tre år. TLV bedömde Saxenda utifrån en behandlingstid på ett till två år.

Information om viktutveckling efter utsättande av behandling saknas. Efter tre års behandling följdes patienterna endast tolv veckor utan behandling. Företaget antog en gradvis återgång till initiala vikten under fyra år. TLV antog att vikten återgick efter ett år, baserat på analyser utförda på andra viktminskningsläkemedel.

Det förekommer också en osäkerhet kring den hälsorelaterade nyttan. Sambandet mellan högt BMI och ökad risk för T2DM, hjärtkärlsjukdom och



FOTO ANNA MOLANDER

## Godkända obesitasläkemedel i Sverige

Produktnamn	Xenical	Mysimba	Saxenda	Wegovy
Företag	Cheplapharm	Navamedic	Novo Nordisk Scandinavia	Novo Nordisk Scandinavia
Aktiv substans	orlistat	naltrexon/bupropion	liraglutid	semaglutid
Administrationssätt	Kapsel, peroral	Depottablett, peroral	Subkutan inj, 1/dag 1	Subkutan inj, 1/vecka
Styrka, maxdos***	120 mg, maxdos 120 x 3	8 mg/90 mg, maxdos 2x2 (32mg/360 mg)	0,6 mg x 1, maxdos 3,0 mg x 1	0,25 mg/v, maxdos 2,4 mg/v
Indikation vuxna	BMI ≥ 30 / ≥ 28 med riskfaktorer*	BMI ≥ 30 / ≥ 27–<30 med ≥ en komorbiditet**	BMI ≥ 30 / ≥ 27 – <30 med ≥ en komorbiditet**	BMI ≥ 30/≥ 27–<30 med ≥ en komorbiditet**
Ålder	Vuxna	Vuxna	Vuxna / ≥ 12 år–≤17 (ungdomar specialistvård)	Vuxna
Avslutande av behandling	12 veckor om ej <5 %	16 veckor om ej <5 %	12 veckor om ej <5 %	Anges ej
Subventionerat vid	BMI > 35 kg/m <sup>2</sup> / > 28 kg/m <sup>2</sup> och T2D	Ej subventionerat	Ej subventionerat	Tillhandahålls ej
Kostnad	8,70 kr/dag	Fri prissättning (cirka 37 kr/dag)	Fri prissättning (cirka 85 kr/dag)	Anges ej
Verkningsmekanism	Hämmar fettupptag i mage och tarm	µ-opioidantagonist/ NDRI, centralt verkande	GLP-1 analog, central aptithämning, ökad mättnadskänsla	GLP-1 analog, central aptithämning, ökad mättnadskänsla
Mycket vanliga biverkningar	GI-biverkningar (fettrik/ oljig avföring)	GI-biv (allmänna), yrsel, muntorrhet, huvudvärk	GI-biv (allmänna), huvudvärk	GI-biv (allmänna), huvudvärk, trötthet
Uppskattad absolut viktnedgång (1)	2,8 %	3,0 %	4,8 %	10,8 %

BMI anges i kg/m<sup>2</sup>. NDRI - noradrenalin och dopaminåterupptagshämmare. \* i kombination med en måttligt kalorireducerad diet. \*\* i kombination med kalorireducerad diet och ökad fysisk aktivitet. \*\*\* dosupptrappning.

1. Grunwald E, et al. AGA Clinical Guidelines Committee. AGA Clinical Practice Guideline on Pharmacological Interventions for Adults With Obesity. Gastroenterology. 2022 Nov;163(5):1198-1225. PMID: 36273831

endometriecancer är accepterat. Det stora antalet vunna levnadsår i företagens skattningar drevs till stor del av risken för den senare. Det finns dock inte evidens för att en, troligen tillfällig, viktnedgång minskar risken för denna cancerform menar TLV.

## En kostsam historia

Slutligen tas även risken för så kallad ”indikationsglidning” upp. Sverige har inget register där patienters BMI kan kopplas till läkemedelsbehandling och därmed finns inte möjlighet att övervaka eventuell förmånsförskrivning utanför subventionen. Det skulle kunna bli en kostsam historia för samhället. Förmånskostnader för diabetesmedel, undantaget insulin, uppgick till 1,5 miljarder kronor under 2021. Prognosen för 2023 är 2,4 miljarder kronor. Framför allt är det just diabetesmedel som används

på andra indikationer än diabetes som driver den ökade kostnaden, till exempel SGLT2-hämmarna Forxiga och Jardiance, liksom GLP1-analogerna\*.

Sammantaget avsågs ansökan för Saxenda då kostnaden inte bedömdes rimlig i förhållande till nyttan. Flera osäkra antaganden gjorde att en tillförlitlig hälsoekonomisk analys inte kunde utföras. TLV bedömde att vissa av företagens antaganden givit en överdrivet optimistisk bild av läkemedlets kostnadseffektivitet.

Har Socialstyrelsen gjort rätt som endast rekommenderat orlistat? Där om tvistar di lärde. Tiden får utvisa om fler läkemedel mot obesitas kan komma att subventioneras och inkluderas i Socialstyrelsens riktlinjer. Tills dess konstaterar vi att användning av viktminskningsläkemedel till viss del styrs av patientens ekonomiska förutsättningar.

## Läs mer:

Nationella riktlinjer för vård vid obesitas, Socialstyrelsen

\*TLV avser att komma med ett förtydligande kring subventionerna av GLP1-analogerna den 23 mars 2023

### Missa aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på [janusinfo.se/prenumerera](http://janusinfo.se/prenumerera) och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

# Fortbildning – ett axplock

ONSDAG  
22  
MARS

## Vårmöte för Smittskydds/ Stramaansvariga

22 mars kl. 12.45–17.00

**Målgrupp:** Läkare och  
sjuksköterskor

**Plats:** Piperska Muren

ONSDAG  
22  
MARS

## Läkemedelsbehandling vid nedsatt njurfunktion

22 mars kl. 17.00–18.30

**Målgrupp:** Läkare

**Plats:** Digitalt

TORS DAG  
23  
MARS

## Informationsmöte om TBE

23 mars kl. 13.00–16.30

**Målgrupp:** Läkare, sjuksköterskor  
och vaccinationsmottagningar

**Plats:** Landstingshuset

TIS DAG  
25  
APRIL

## Antikoagulantia och behandling av VTE/ tromboflebit i primärvården

25 april kl. 13.30–16.00

**Målgrupp:** Läkare och  
sjuksköterskor i primärvården

**Plats:** World Trade Center

TORS DAG  
11  
MAJ

## Kardiorenal prevention

11 maj kl. 08.30–16.30

**Målgrupp:** Läkare och  
sjuksköterskor i primärvården

**Plats:** Danderyds sjukhus

### Region Stockholms läkemedelskommitté

anordnar fortbildningar för läkare och  
sjuksköterskor verksamma i Stockholms län.  
Se [janusinfo.se](http://janusinfo.se)



## KLOKA LISTAN 2023

Använd, beställ eller ladda ner  
Kloka listan 2023 på [klokalistan.se](http://klokalistan.se)

