

# evidens

TEMA  
BARN

MEDICIN & LÄKEMEDEL  
#3 · 2018

Undvik bred screening  
vid allergiutredning

Lugnande besked  
vid buksmärt

Restnoteringar ett  
jätteproblem

**Synnöve Lindemalm**, docent, barnläkare,  
klinisk farmakolog, Astrid Lindgrens Barnsjukhus

*”Skapa trygghet, förtroende och  
tillit hos barn och vårdnadshavare  
inför smärtsamma procedurer”*

Läkemedels-  
värdering:  
Nyckeln finns i  
metoden

## evidens #3.18

MEDICIN &amp; LÄKEMEDEL

Ge barnet tid  
inför behandling

4

Mycket skärmtid  
kan ge huvudvärk

8

Reformens baksida  
gäller förpackningsstorlek

11

Gör riktade allergi-  
utredningar – undvik  
bred screening

13



13



16



20



23

Ansvärgivare: Gerd Lärfars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté  
Redaktion: Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Jennie Cardell, allmänläkare  
Mattias Schmidt, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare  
Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Anna Riesenfeld, apotekare  
Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten@sll.se · www.janusinfo.se/evidens  
Omslagsbild: Synnöve Lindemalm. Foto Anna Molander. Tryck: Brandfactory, Årsta, 2018  
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


 TEMA  
 BARN
Eksembehandling: Mängd  
och längd blir ofta fel

16

Ojämlig farmakologisk  
behandling av ADHD

20

Många barn  
söker vård  
för buksmärtor

23

Restnoteringar  
har blivit  
jätteproblem

26

Nya data om  
minskad risk för  
stroke med NOAK

28

Nyckeln finns  
i metoden

30

Experterna  
svarar

32

Nyheter  
i korthet

34

 Behovet av  
 kvalitetsarbete  
 är stort

**EFTER EN VARM SOMMAR** kliver vi in i en intensiv höst. Hälso- och sjukvårdsfrågor har varit högaktuella i årets valdebatt, och förutom tillgänglighet och vårdplatser så finns det många frågor som berör läkemedel. Hur nya läkemedel ska finansieras är en svår fråga som återkommer, och den frågan ligger också nära diskussionen om hur vi ska säkra jämlik tillgång på läkemedel. I den diskussionen är det alltid lika viktigt att lyfta fram läkemedelskommitténs och expertrådets viktiga roll för att garantera en hög kvalitet på rekommendationer och riktlinjer inom läkemedelsområdet.

**FÖR ATT VI** ska göra mera lika i vården och i läkemedelsanvändningen över hela landet så pågår ett omfattande förändringsarbete vad gäller det nationella och regionala kunskapsstyrningsarbetet. Målet är också att vi blir bättre på att utnyttja vår gemensamma kunskap i Sverige. Läkemedelskommittéernas lokala arbete med kloka och evidensbaserade rekommendationer, fortbildning, implementering och uppföljning är ovärderliga delar av det arbetet. Likaså lyfts tillgång till bra data upp som en viktig förutsättning. Detta blir allt viktigare då vården är komplex och utvecklingen av ny kunskap så snabb.

**I DET HÄR NUMRET** av Evidens har vi lagt fokus på läkemedelsbehandling hos barn där det många gånger inte finns så mycket studier att vila sig emot utan mycket bygger på klinisk erfarenhet.



FOTO ANNA MOLANDER

Ett välkänt konstaterande är att "barn är inte små vuxna" och då blir det än mer viktigt att vi nationellt och regionalt enas om behandlingsriktlinjer och vårdprogram som utgår ifrån den bästa evidens som finns, och har god följsamhet till dessa.

**ETT EXEMPEL PÅ** hur viktigt uppföljning är finner vi i en nyligen publicerad artikel från Karolinska Institutet. Artikeln är en analys av användningen av bensodiazepiner i Sverige för barn och unga vuxna mellan åren 2006 till 2013. Författarna visar att förskrivningen av bensodiazepiner påtagligt ökat under dessa år framför allt hos yngre vuxna. Det är en utveckling som går tvärtemot gällande rekommendationer och som jag tycker är mycket oroväckande. De här resultaten visar på ett bra sätt behovet av ett systematiskt kvalitetsarbete. Läkemedelskommitténs arbete med att både rekommendera, fortbilda och följa upp är viktigt.

Gerd Lärfars, docent, överläkare, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté

**Referens:**

Sidorchuk A et al. Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: A total population register-linkage study. PLoS Med. 2018 Aug 7;15(8):e1002635.



# Ge barnet tid inför behandling

Artikelförfattare

Synnöve Lindemalm

docent, barnläkare, klinisk farmakolog,  
Barnläkemedelsgruppen, Tema Barn och  
Kvinnosjukdomar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus.  
Överläkare, Barnakutkliniken Karolinska  
universitetssjukhuset. Ledamot i Stockholms läns  
läkemedelskommitté.

Läkemedelsbehandling är den vanligaste vårdåtgärden men ibland behöver vi ta oss tid för att inte behandla med läkemedel. Räkna till exempel med att det tar tid att förklara att ett barn under sex år inte behöver någon läkemedelsbehandling vid hosta eller annan viros. Eller att argumentera för att en tvååring inte behöver antibiotika vid okomplicerad akut media otit.

**M**en kanske ett läkemedel är just det som kan hjälpa barnet. Det är då viktigt att ordinationen blir korrekt så att läkemedelsbehandlingen blir så effektiv och säker som möjligt. Det tar också tid! Väl investerad tid, särskilt när patienten är ett barn.

Följsamheten påverkas av barnets ålder och förmåga till medverkan i behandlingen och av vårdnadshavarens motivation. När barnet kan svälja mat med bitar eller äta godis kan tablettbehandling övervägas, från ca 2–3 års ålder. För att underlätta administrering finns bland annat citronsmakande dragering på apotek. Tabletten kan också läggas i en kokt makaron som gör att tabletten lätt kan slinka ner. Låt barnet själv hjälpa till så ökar följsamheten. Smälttabletter är en fantastisk beredningsform vilket gör att även yngre barn kan ta tabletter. Inhalationsbehandling kräver rätt teknik.

## Smärtsamma procedurer

Barn, i synnerhet spädbarn, har ett känsligare nervsystem avseende ingående smärtimpulser och ett sämre utvecklat inre försvar mot smärta jämfört med vuxna. Rädsla, oro och stress förstärker smärt-

impulsen. Det är därför särskilt viktigt att förbereda barnet inför en procedur för att minska stress och därmed upplevelsen av smärta. Nyckeln till framgång är att skapa trygghet, förtroende och tillit. Det är inte alltid så lätt och det tar tid. Dessutom har barn oftast en vårdnadshavare som följer med. Det är viktigt att alla inblandade är välinformerade och förberedda på vad som ska hända. Barn upplever mindre smärta om omgivningen är lugn vilket grundläggs med välinformerade föräldrar. Vårdnadshavare ska ha en stöttande roll och de ska inte behöva hålla fast barnet eller på annat sätt bidra till ökat obehag för barnet.

Icke-farmakologiska metoder minskar behovet av och optimerar farmakologisk behandling vid procedurer.

Oavsett typ av procedur och smärtbehandling bör det finnas lokala riktlinjer anpassade till verksamheten. Det är viktigt att resultaten av smärtlindringsrutiner följs upp på ett systematiskt sätt.

## Lokalbedövning

Bedövande krämer lidokain-prilokain (Emla/ Tapin) kan vara en hjälp innan ingreppet.

Lidokain-prilokain, som är applicerat i upp till fyra

Synnöve Lindemalm och Julia Ringbom, barnsjuksköterska, blåser mycket såpbubblor i jobbet. Det har en lugnande och avdramatiserande effekt på både barn och vuxna.



FOTO ANNA MOLANDER

timmar på barn över ett års ålder, kommer att penetrera ner till djupare hudlager på 6–7 mm djup. Användandet av lidokain-prilokain till nyfödda och mindre spädbarn begränsas av att beredningen innehåller prilokain. Prilokain kan ge upphov till methemoglobinemi och därigenom minskad möjlighet för syrebinding till hemoglobinmolekylen.

Lokalbedövning som injektion är förstahandsval vid procedur oavsett barnets ålder. Maxdos lidokain till barn är 4 mg/kg. Lidokain kan buffras; blanda 2 mL natriumbikarbonat (0,6 M) med 10 mL lidokain oavsett styrka. Buffringen gör att lokalbedövningen blir mindre smärtsam samt att anslagstiden förkortas. OBS! Inga andra lokalanestetika kan buffras på detta sätt.

Paracetamol har ringa analgetisk effekt vid procedursmärta, men har sin plats vid förväntad kvarstående smärta. Som **engångsdos** kan paracetamol på läkarordination ges till barn från 2 mån, 40 mg/kg, max 2 g. Vid fortsatt medicinering med paracetamol måste efterföljande doser minskas.

Vid inflammation eller vid smärtor från skelettet kan COX-hämmare ha en god effekt vid kvarstående smärta. **Engångsdos** ibuprofen, från 3 mån, 7 mg/kg, max 600 mg kan ges.

Om proceduren kan planeras kan patienten minst 2–3 timmar innan besöket ta paracetamol alternativt COX-hämmare och sätta på lidokain-prilokain kräm hemma.

Paracetamol finns i många olika beredningsformer. Munsönderfallande tablett är en för många barn mycket praktisk beredningsform som gör det möjligt ta tabletter även om barnet har svårt att svälja vanliga tabletter. Rektalt administrerat paracetamol bör undvikas vid smärtindikation då det är vanligt att tillräcklig koncentration för effekt inte uppnås. Det är bättre att välja en oral beredningsform.

Sederande behandling som komplement till analgetisk behandling rekommenderas enbart till verksamheter med tillräcklig kompetens och resurser att hantera möjliga komplikationer.

## Behandlingstrappa vid smärtsamma procedurer

### 1. Planering

Informera om risk/fördel med proceduren.

Barnets tidigare erfarenheter av samma eller liknande procedurer.

Individ- och åldersanpassad förberedelse.

Anpassa procedur utifrån barnets mat/sovtider, om relevant.

### 2. Grundläggande behandling

Hudbedövning/topikal anestesi.

Spädbarn: barnet ska inte vara hungrigt. Prova napp, söta lösningar\*, hud mot hud och att ge barnet stöd för armar och ben

### 3. Distraction/fysikaliska metoder

Se film, lyssna på musik, läsa saga, blåsa såpbubblor, värme/kyla.

### 4. Utökad farmakologisk behandling

Paracetamol eller ibuprofen.

Sederande behandling ska inte ges till barn i primärvård.

\*Spädbarn kan ordineras glukos oralt 300 mg/mL, 1 mL/kg, max 2 mL, som har en svag analgetisk effekt. Ge halva dosen cirka två minuter före ingreppet. Ge resterande mängd fraktionerat under procedur. Dosen kan upprepas 1–2 gånger.

**Referenser:** Behandlingsrekommendation Smärtsamma procedurer. Läkemedelsverket. 2014.

# Mycket skärmtid kan ge huvudvärk

Huvudvärk utan organisk orsak är det vanligaste hälsoproblemet hos barn och ungdomar. Fem till tio procent av alla barn har migrän.

## Synnöve Lindemalm

docent, barnläkare, klinisk farmakolog, Barnläkemedelsgruppen, Tema Barn och Kvinnosjukdomar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Överläkare, Barnakutkliniken Karolinska universitetssjukhuset. Ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

**M**igrän hos barn är kraftigt isättande huvudvärk och illamående. Kräkning är vanligt. Aura kan förekomma men är mer ovanligt jämfört med hos vuxna. Hos barn varar attackerna 2–8 timmar och hos riktigt små barn mindre än en timme. Barn med migrän har en ökad frånvaro från förskola/skola, de missar fritidsaktiviteter och får en sämre självkänsla. Fram till puberteten är det lika vanligt med migrän hos pojkar som hos flickor men efter puberteten är det vanligare hos flickor.

Minst en gång per vecka har 7–24 procent av barn och tonåringar spänningshuvudvärk.

” Minst en gång per vecka har 7–24 procent av barn och tonåringar spänningshuvudvärk. ”



Använd anfallsförebyggande behandling hos migränpatienter med två eller fler behandlingskrävande anfall per månad.

[www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)

Det är av mycket stor betydelse att identifiera anfallsutlösande faktorer. Här är det viktigt att involvera barnet utifrån dess egna förmåga. Utöver att diskutera mat- och sovvanor, krav, stress och mobbing är tid med mobil eller annan skärm av stor betydelse. Många barn spenderar otroligt mycket tid stillasittande vilket stjälar tid från fysisk aktivitet och framförallt från fysisk samvaro med kompisar och familj. Hur detta nya beteende verkligen påverkar våra barn behöver studeras vidare. Men det kan helt klart innebära stress, spänd nacke och axlar.

## Profylaktisk behandling kan behövas

Om farmakologisk behandling krävs ges i första hand paracetamol 15 mg/kg eller ibuprofen 7,5–10 mg/kg. Analgetika ska ges så snart som barnet

känner att migränanfallet kommer för att kunna få god smärtstillande effekt. Vid svårare migränbesvär kan nasalt sumatriptan 5–20 mg prövas om barnet är över 12 år. Oralt sumatriptan har inte visats ha effekt hos barn. Profylaktisk behandling vid migrän kan övervägas vid oacceptabel frånvarofrekvens eller tre eller fler behandlingskrävande anfall per månad. I så fall ges propranolol 0,5–1 mg/kg x 2, max 120 mg.

Om propranolol inte har effekt kan man pröva en del typer av anti epileptika eller eventuellt tricykliska antidepressiva. Barnet ska då remitteras till barnneurolog eller annan läkare med vana att använda dessa preparat.

Barn över 12 år med migrän kan handläggas inom primärvård. Små barn och barn som behöver profylaktisk behandling med propranolol ska handläggas på barnläkarmottagning.

**Referens:** Lagercrantz H. Mycket tid framför skärm splittrar barns liv. Läkartidningen nr 1–2 2013.

## ePed samlar information om läkemedel till barn

**Det är vanligt att evidens saknas vid läkemedelsbehandling av barn. Hälften av förskrivningen till barn på sjukhus sker utanför godkänd indikation, så kallad off-label. I öppenvård är det cirka 13 procent. ePed är sjukvårdens eget beslutsstöd för läkemedelsbehandling av barn.**

ePed samlar in både evidens- och erfarenhetsbaserad information. Systemet förvaltas av läkemedelsgruppen vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus, men alla som använder ePed kan bidra till innehållet.

ePed håller på att integreras i alla journalsystem i Sverige och finansieras solidariskt av alla landsting. Fokus är på information om läkemedelsbehandling som är svår att hitta i FASS, det vill säga i stor utsträckning off-label.

Eftersom barn varierar i storlek och ålder, är det relativt vanligt med doseringsfel vid ordination. I ePed finns även en rimlighetskontroll som signalerar för doseringsfel och den har medfört att doseringsfel vid ordination nästan helt försvunnit.

Synnöve Lindemalm

**Referens:** Olsson J. Paediatric drug use with focus on off-label prescriptions in Swedish outpatient care--a nationwide study. Acta Paediatr. 2011 Sep;100(9):1272-5.

# TakeCare favoriter om barnläkemedel

I TakeCare, som är huvudjournalssystem inom Stockholm läns landsting, finns tusen delvis förifyllda favoriter för behandling av barn. Favoriterna ligger i en egen mapp "BARN". Dessa favoriter uppdateras kontinuerligt utifrån vad som är upphandlat, rekommenderat enligt Kloka Listan och utifrån användarnas synpunkter. Det finns information om restsituationer, om läkemedlet

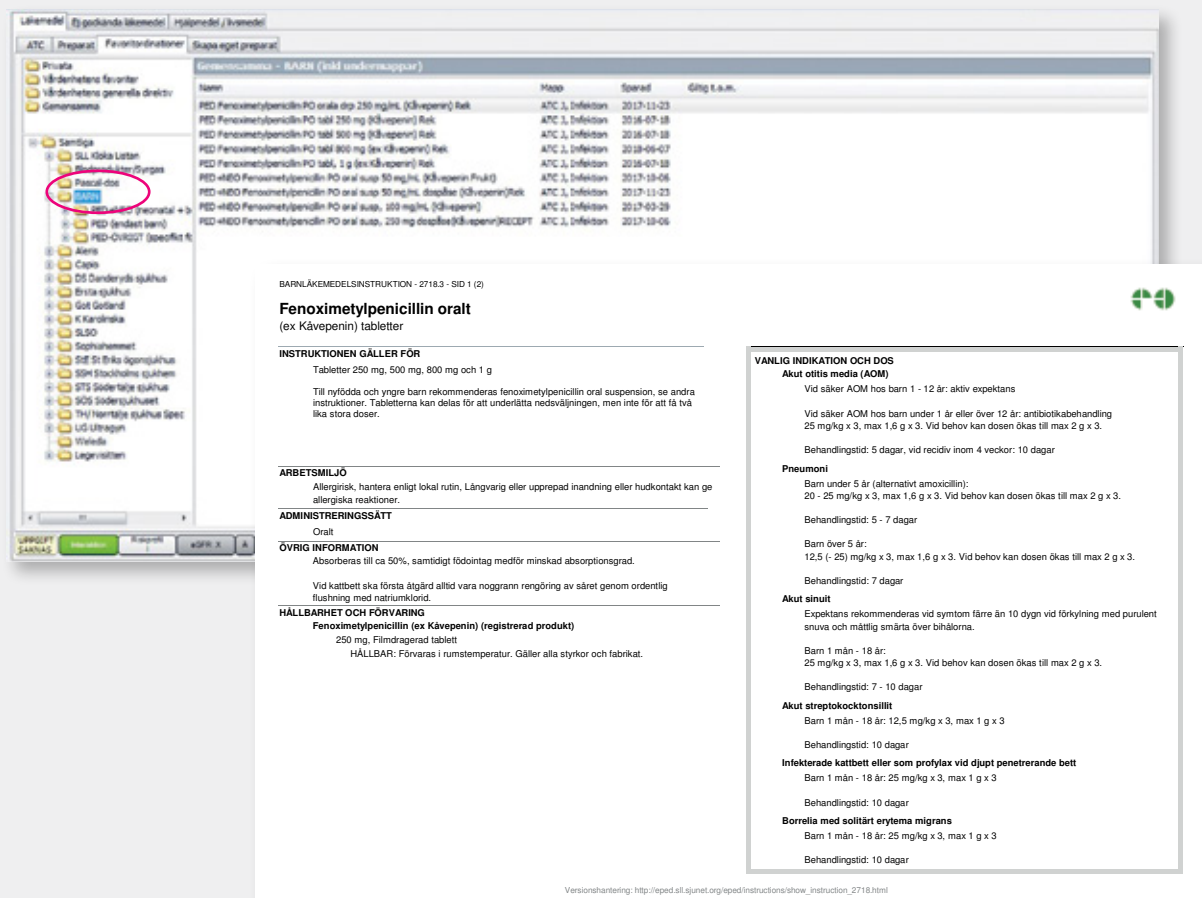
omfattas av förmånssystemet, eller annan särskild information av betydelse för just denna förskrivning. Allt för att underlätta arbetet för läkare och sjuksköterskor. Favoriterna är ofta kopplade till läkemedelsinstruktioner med substansspecifik information, alltså information från ePed.

När du sitter med din patient och undrar om just detta läkemedel går att ge till barn och Fass inte hjälper dig, ta upp en instruktion via TakeCare eller via eped.se. Finns inte information där så är vi tacksamma för ett mail till [eped@sl.se](mailto:eped@sl.se) så tar vi fram information. Barn har rätt till rätt och säker läkemedelsbehandling och det ska vara lätt att göra rätt.

Synnöve Lindemalm

## TakeCare

Cirka 1 000 favoriter med delvis förifylld information och kopplade instruktioner återfinns under mappen "Gemensamma" och "BARN" i TakeCare.



**BARNLÄKEMEDELSINSTRUKTION - 2718.3 - SID 1 (2)**

**Fenoximetypenicillin oralt**  
(ex Kävepenin) tablett

**INSTRUKTIONEN GÄLLER FÖR**  
Tabletter 250 mg, 500 mg, 800 mg och 1 g  
Till nyfödda och yngre barn rekommenderas fenoximetypenicillin oral suspension, se andra instruktioner. Tabletterna kan delas för att underlätta nedsväljningen, men inte för att få två lika stora doser.

**ARBETSMILJÖ**  
Allergisk, hantera enligt lokal rutin. Långvarig eller upprepad inandning eller hudkontakt kan ge allergiska reaktioner.

**ADMINISTRERINGSSÄTT**  
Oralt

**ÖVRIG INFORMATION**  
Absorberas till ca 50%, samtidigt födoingtar medför minskad absorptionsgrad.  
Vid kattbett ska första åtgärd alltid vara noggrann rengöring av såret genom ordentlig flushning med natriumklorid.

**HÄLLBARHET OCH FÖRVARING**  
Fenoximetypenicillin (ex Kävepenin) (registrerad produkt)  
250 mg, Filmragerad tablett  
HÄLLBAR: Förvaras i rumtemperatur. Gäller alla styrkor och fabrikar.

**VANLIG INDIKATION OCH DOS**  
**Akut otitis media (AOM)**  
Vid säker ACM hos barn 1 - 12 år: aktiv expetans  
Vid säker ACM hos barn under 1 år eller över 12 år: antibiotikabehandling 25 mg/kg x 3, max 1,6 g x 3. Vid behov kan dosen ökas till max 2 g x 3.  
Behandlingstid: 5 dagar, vid recidiv inom 4 veckor: 10 dagar

**Pneumoni**  
Barn under 5 år (alternativt amoxicillin):  
20 - 25 mg/kg x 3, max 1,6 g x 3. Vid behov kan dosen ökas till max 2 g x 3.  
Behandlingstid: 5 - 7 dagar

Barn över 5 år:  
12,5 (- 25) mg/kg x 3, max 1,6 g x 3. Vid behov kan dosen ökas till max 2 g x 3.  
Behandlingstid: 7 dagar

**Akut sinuit**  
Expektans rekommenderas vid symptom färre än 10 dygn vid förkyllning med purulent snuva och måttlig smärta över bihålorna.  
Barn 1 mån - 18 år:  
25 mg/kg x 3, max 1,6 g x 3. Vid behov kan dosen ökas till max 2 g x 3.  
Behandlingstid: 7 - 10 dagar

**Akut streptokocktonsillit**  
Barn 1 mån - 18 år: 12,5 mg/kg x 3, max 1 g x 3  
Behandlingstid: 10 dagar

**Infekterade kattbett eller som profylax vid djupt penetrerandebett**  
Barn 1 mån - 18 år: 25 mg/kg x 3, max 1 g x 3  
Behandlingstid: 10 dagar

**Borrelia med solitär erytema migrans**  
Barn 1 mån - 18 år: 25 mg/kg x 3, max 1 g x 3  
Behandlingstid: 10 dagar

Versionshänvisning: [http://eped.sl.sjunit.org/eped/instruktioner/show\\_instruktion\\_2718.html](http://eped.sl.sjunit.org/eped/instruktioner/show_instruktion_2718.html)



Synnöve Lindemalm och Julia Ringbom i läkemedelsförrådet på Barnakuten.

# Reformens baksida gäller förpackningsstorlek

→ Sedan 2016 är receptbelagda läkemedel kostnadsfria för barn i Sverige. En fantastisk reform som medfört att familjer nu har råd att exempelvis ha barnets astmamediciner på mer än ett ställe om barnet växlar bostad.

Sedan reformen är antalet barn i Stockholms län väsentligen oförändrat medan antalet recept och därmed kostnaden för läkemedel till barn har ökat med 22 procent. Den största ökningen har skett inom grupperna uppmjukande utvärtes, glukokortikoider utvärtes samt astma.

Det finns dock en baksida med reformen som medfört att läkare förskriver onödigt stora förpackningar av läkemedel till barn. Det beror på att det är vanligt förekommande att de större förpackningarna med exempelvis 100 tabletter ingår i förmånen, men inte förpackningen med 14 tabletter, som skulle räcka för en kortare behandling. Tänk vid förskrivning på vilken förpackningsstorlek som passar bäst för just din patient. Det är onödigt att antibiotika behöver slängas om en onödigt stor förpackning väljs. Det finns en uppenbar risk för intoxikation

om de stora flaskorna paracetamol oral lösning 1 000 ml förskrivs. Och det är oftast tillräckligt att hänvisa till receptfria alternativ med mindre förpackningsstorlekar vid förväntad behandlingstid under en månad.

Läkemedelsverket gav 2015 ut behandlingsrekommendationer vid sömnstörning hos barn. Melatonin är den enda substans som rekommenderas om läkemedelsbehandling överhuvudtaget är aktuell till barn. Förskriv inte bensodiazepiner eller andra beroendeframkallande läkemedel till barn.

Förskrivningen av melatonin har ökat med mer än 200 procent de senaste fyra åren. Anmärkningsvärt är att den största ökningen är i gruppen 0–2 år. Övrig förskrivning av sömnläkemedel till barn är tyvärr väsentligen oförändrad efter 2015, trots Läkemedelsverkets rekommendationer.

Synnöve Lindemalm

**Referens:** Behandlingsrekommendation: Sömnstörningar hos barn. Läkemedelsverket 2015.

Tänk på risken för intoxikation om du förskriver stora flaskor av paracetamol mixtur till barn, säger Synnöve Lindemalm.



## Gör riktade allergiutredningar – undvik bred screening

Förskolebarn med eksem och födoämnesallergi löper hög risk att utveckla astma. Barn i skolåldern med astma bör utredas för allergi även vid enbart ansträngningsutlösta besvär.

### Maria Ingemansson

med.dr, överläkare PF Barnallergi och lungmedicin, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, ledamot i expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar

Eksem är oftast den tidigaste manifestationen på atopisk läggning. Vid atopiskt eksem har hudbarriären en dysfunktion som leder till torr hud, inflammation och klåda. Regelbunden behandling med mjukgörande krämer utgör grundbehandling. Eksemfläckar behandlas med lokala glukokortikoider, vanligen grupp I eller II till klinisk läkning. Eftersom eksemklåda inte är histaminmedierad finns ingen indikation för antihistaminbehandling utom möjligen sederande antihistamin till natten. Mjukgörande krämer och glukokortikoider utgör förstahandsbehandling även mot klådan. Undervisning av smörjteknik är nödvändig.

Om debuten är tidig och eksemen svårbehandlade har barnet ofta också en allergi mot ett eller flera basfödoämnen, till exempel mjölk, ägg eller vete. Vid klinisk misstanke på födoämnesallergi rekommenderas allergiutredning. Screeningtester som till exempel Phadiatop används ibland för att avgöra om det rör sig om en allergi eller inte. Det är viktigt att frågeställningen är baserad på en positiv anamnes vid tolkning av alla typer av tester. Utred därför bara för de ämnen där det finns en misstanke om allergi. Det är vanligt med sensibilisering, det

vill säga förhöjda nivåer av specifikt IgE i blod utan kliniska symtom. Screeningstest av födoämnen kan därför leda till onödig exkludering av födoämnen. Observera att nivåerna av specifikt IgE endast anger sannolikheten för reaktion och inte reaktionens svårighetsgrad. Om födoämnen exkluderas bör detta alltid följas upp.

### Provokation för diagnos

Alla födoämnesallergier ger inte upphov till positivt allergitest. Ett typexempel är buksymtom hos småbarn till följd av mjölkallergi. Vid misstanke om allergi trots negativt test kan strikt elimination av misstänkt födoämne göras under 1–2 veckor. Vid tydlig förbättring undviks födoämnet under ytterligare 4–6 veckor. Därefter görs ett försök att återintroducera födoämnet. Vid en tydlig försämring vid provokationen kan allergidiagnosen ställas.

För cirka 20 år sedan kom rekommendationer om att småbarn med hög risk att utveckla födoämnesallergier (baserat på ärftlig benägenhet) inte skulle äta ägg, fisk och nötter under det första levnadsåret. Trots detta ökade prevalensen av födoämnesallergier och dessa kostråd har nu reviderats. Idag



Maria Ingemansson

FOTO: LOUISE INGEMANSSON

ges samma råd om matintroduktion till alla barn, oavsett ärftlig benägenhet.

Barn med allergi mot basfödoämnen bör handläggas på BUMM då resurser till regelbunden uppföljning av tillväxt och nära samarbete med dietist är nödvändigt.

## Infektion och ansträngning triggas astma

Risken att utveckla astma är hög för barn med eksem och födoämnesallergi, även om dessa läkt ut. Detta rör sig om en *äkta* astma, det vill säga en kronisk sjukdom karakteriserad av en eosinofil luftvägsinflammation. Astman kan debutera i förskoleåldern, ofta i samband med en infektion. Den kan också debutera i skolåldern och då ofta i samband med ansträngning. Det är viktigt att komma ihåg att såväl infektioner som ansträngning är triggerfaktorer för all typ av astma.

En noggrann anamnes är viktig, särskilt med avseende på atopi och tobaksexponering. Från skolåldern bör också spirometri med reversibilitets-

test utföras vid utredning och uppföljning av astma. Luftvägsallergier är mycket vanliga hos skolbarn med astma. Även om pälsdjur inte förekommer i hemmet kan astman utlösas av indirekt pälsdjursexponering via till exempel skolmiljön. En allergiutredning avseende luftvägsallergener bör erbjudas alla skolbarn med astmasymtom samt förskolebarn med kontinuerlig astma eller svårbehandlade eksem.

Alla barn med årligen återkommande luftvägsallergi och astma bör behandlas kontinuerligt med förebyggande astmaläkemedel, till exempel inhalationssteroider. Alla barn som behandlas kontinuerligt med astmaläkemedel ska följas upp regelbundet 1–2 gånger/år. Vid mild astma kan vartannat besök ske hos astmasjuksköterska.

### Varje besök ska innehålla:

- » anamnes och status
- » spirometri med reversibilitetstest
- » astmakontrolltest (AKT)
- » kontroll av inhalationsteknik

Förskolebarn med behov av astmabehandling enbart i samband med luftvägsinfektioner och inte vid fler än 4–6 tillfällen per år kan skötas inom primärvården, övriga fall bör remitteras till BUMM. Skolbarn där astman är välkontrollerad med inhalationssteroider om max 400 mikrog/dygn, och/eller montelukast, eventuellt med tillägg av långverkande beta-2-stimulerare kan skötas inom primär-

vården. För skolbarn som behandlas kontinuerligt med förebyggande astmaläkemedel bör barnläkare konsulteras vid något tillfälle.

Remisser bör innehålla uppgifter om hereditet för astma, eventuell atopi hos barnet, basal allergiutredning (skolbarn) samt resultat av lungfunktionsundersökning (skolbarn).

## Kom ihåg

- » Mjukgörande krämer och glukokortikoider med undervisning av smörjteknik utgör grundbehandlingen vid eksem.
- » Gör riktade allergiutredningar baserade på klinisk misstanke – undvik breda screeningtester.
- » Alla barn i skolåldern med astmasymtom bör allergiutredas avseende luftvägsallergener.

### Referenser:

1. Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin. Riktlinjer allergi. [www.barnallergisektionen.se](http://www.barnallergisektionen.se)
2. EAACI dokument om introduktion av tilläggskost. [www.eaaci.org/resources/guidelines/faa-guidelines.html](http://www.eaaci.org/resources/guidelines/faa-guidelines.html)
3. Kostråd och matvanor för barn och ungdomar. Livsmedelsverket. [www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo](http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo)
4. Hedlin G, Wennergren G, Alm J. Allergi och astma hos barn. Studentlitteratur 2014

## AIT en krävande behandling

### Allergen immunterapi (AIT) bör övervägas hos skolbarn med medelsvår till svår allergisk sjukdom. Indikationerna är:

- » Otillräcklig effekt av miljöåtgärder.
- » Framkallande allergen är svåra att undvika eller sanera bort.
- » Farmakologisk behandling har haft otillräcklig effekt.
- » Begynnande astma stärker indikationen vid rinokonjunktivit.
- » Svår systemreaktion vid bi/getingstick.
- » Kraftigt försämrad livskvalitet.

Tillgängliga extrakt med dokumenterad god effekt finns för pollen (björk, timotej), pälsdjur (katt), kvalster samt bi och geting. Förutom kliniska symtom krävs påvisande av specifikt IgE mot aktuellt allergen.

AIT är en krävande och långvarig (3–5 år) behandling men insatt på korrekt indikation har den en god och långvarig effekt. Remiss för AIT skickas huvudsakligen till BUMM. Om indikationen är uppenbar kan remiss skickas direkt till lung/allergimottagning.

Maria Ingemansson





Edda Nordlander med pappa Carl Nordlander uppskattar behandlingen som Annette Gromell ger. I vården används handskar vid smörjningen men det behövs inte vid behandling hemma.

” Eksem är en sjukdom i sig som inte är kopplad till allergi. ”

FOTO KARIN NORDIN

# Mängd och längd blir ofta fel

Barn med eksem får oftast rätt diagnos och rätt behandling. Problemet är att familjerna inte vet hur de ska använda krämerna. På Södersjukhuset finns en eksemskola.

– Vi skulle aldrig ge en patient en burk piller och säga: Ta lite grand. Även när det gäller krämer måste vi informera om hur mycket, hur ofta och hur den ska smörjas in, säger Annette Gromell, hudsjuksköterska vid Hudenheten, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset.

Ålder på barnet och eksems inflammations- och svårighetsgrad påverkar hur mycket kräm som ska användas. Men i regel ska det vara mycket större mängder än många patienter och föräldrar tänker sig. Annette Gromell arbetar i eksemskolan tillsammans med medarbetarna Emma Johansson, hudläkare, och Natalia Ballardini, överläkare. När Emma Johansson träffar sina patienter brukar hon

kupa handen för att visa hur mycket som behövs. Och så informerar hon:

– Ta en hel handflata med kräm. När ni kommer tillbaka på återbesök förväntar jag mig att ni har gjort av med två till tre tuber.

Det gäller förstås att skriva ut så stora mängder att det räcker. En 30 gramstube kan gå åt på en enda smörjning. En tonåring som behöver smörja rygg, mage, ben och armar gör av med en tube på 100 gram på tre smörjningar. Den vanliga rekommendationen är att använda mjukgörare på morgonen och att smörja med kortisonkräm på kvällen, en timme innan sänggåendet.

– För mig tar det 10–20 minuter att smörja ett



Ta en hel handflata med kräm.

.....▶ mellanstort barn, säger Annette Gromell.

Hon visar hur det går till. Vid smörjningen ska det vara så mycket kräm att huden blir vit. Man smörjer sedan med stora drag tills krämen gått in helt i huden. Krämen syns då inte längre men huden kan kännas lite kladdig. Många barn klarar att smörja sig själva, men det bör ändå vara föräldrarnas ansvar och ofta kan man göra det tillsammans.

Annette Gromell ger också råd om allt från tvål till kläder och hjälpmedel. Målet är att barnet ska kunna leva sitt liv som alla andra barn och därför avråder hon inte heller från bad. Men ett besök i simhallen kan kräva lite extra smörjning både innan och efter badet.

– Och klipp naglarna på barnet! Det är det råd

som vi önskar att även primärvården påminner om. Det är så onödigt att barnet river sönder huden med naglarna när eksemen kliar.

## Fortsätt smörja till utläkning

Det finns ofta oro och rädsla hos familjerna när det gäller kortisonkrämer.

– Det blir också vilseledande när man läser Fass. Där står det att man ska smörja tunt och inte i öppna sår. Men det man ska göra är att smörja rikligt och i öppna sår, säger Natalia Ballardini.

Och länge.

– Trappa inte ner behandlingen bara för att det blir en förbättring. Fortsätt smörja tills eksemet läkt ut helt, manar hon.

Södersjukhusets filmer om behandling av eksem

Gå till [vimeo.com](https://vimeo.com) och sök på eksem, södersjukhuset.

De som har återkommande eksem ska inte trappa ut alls utan underhållsbehandla med kortisonkräm två gånger i veckan.

Ett barn som inte svarar på behandling ska utredas vidare, men först behöver läkaren försäkra sig om att tidigare behandling varit tillräckligt uthållig. Äldre barn följs upp efter en till en och en halv månad.

– Fråga hur många tuber som har gått åt, tipsar Natalia Ballardini.

## Eksem och allergi

Eksem är en sjukdom i sig som inte är kopplad till allergi. Det kan ofta vara en pedagogisk utmaning att förklara det för föräldrar. Samtidigt är det sant att det kan finnas försämrande faktorer i kosten. Det som i första hand bör misstänkas hos barn under två år är i så fall ägg- eller mjölkproteinallergi.

– För äldre barn är det extremt ovanligt med matallergi som försämrar eksemet. Jag avråder familjer att hålla på och prova olika dieter själva.

” Det man ska göra är att smörja rikligt och i öppna sår. ”

Det är en doktorsfråga och måste följas upp på rätt sätt för att ge tillförlitliga svar.

Minst hälften av de barn som hade eksem före två års ålder är eksemfria när de fyllt 16 år. Det visar Natalia Ballardinis och Emma Johanssons studier av barn i Stockholm.

– Klåda och störd nattsömn är problem. Men även lindriga eksem är besvärande och påverkar livskvalitet. Tyvärr ser jag ofta obehandlade barn när jag arbetar på akuten. Det är onödigt när vi har bra behandling, säger Natalia Ballardini.

Karin Nordin



Natalia Ballardini, överläkare, Emma Johansson, hudläkare, och Annette Gromell, hudsköterska, vid Södersjukhusets eksemskola.

# Ojämlig farmakologisk behandling av ADHD

Att funktionsbegränsningar som orsakas av ADHD upptäcks tidigt och behandlas rätt kan vara avgörande för ungas framtid. Men möjligheterna till rätt stöd kan se ganska olika ut beroende på var man bor.

## Josef Milerad

överläkare, docent, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, ordförande Svenska Skolläkarförbundet, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för vaccinationer

## Magnus Landgren

docent, överläkare vid Skaraborgs sjukhus barn- och ungdomsmedicinmottagning i Mariestad



Josef Milerad



Magnus Landgren

ADHD-symtom som kort uppmärksamhetsspann, bristfällig impuls kontroll och svårigheter att planera och organisera i vardagen påverkar i hög grad skolgången. Det gör ADHD till den sannolikt vanligaste medicinska orsaken till att unga lyckas sämre i skolan.

Då läkemedelsuttag dokumenteras detaljerat är Socialstyrelsens kartläggning av förskrivningen av ADHD-läkemedel till barn och unga ett viktigt instrument för att mäta diagnosutveckling och behandling över tid<sup>1</sup>. En tydlig trend är att förskrivningen har ökat kraftigt över tid och att de regionala skillnaderna är betydande både i riket och i Stockholms län. Att förskrivning är ett bra sätt att följa diagnosutveckling innebär inte att farmaka är den bästa behandlingen. En kombination av farmakologisk behandling och psykoedukativa åtgärder (riktad information) kan hos många barn vara det effektivaste sättet att förbättra skolresultaten och för att fungera väl socialt både i skolan och på fritiden.

Bland pojkar 10–17 år, den åldersgrupp som oftast utreds och behandlas, hade 5,5 procent fått läkemedel för ADHD utskrivet år 2016. Flest uttag av läkemedel för ADHD skedde i Gävleborgs län och minst i Jönköpings län, 8,6 respektive 3,6 procent. Medelvärdet för Stockholms län var 6,7 procent men varierade från 12,4 i Nynäshamn till 3,7 i Danderyd och 4,7 procent i Sollentuna.

Liknande mönster finns när det gäller andra åldersgrupper och för flickor.

## Utredningsresurser påverkar

Hur kan man tolka dessa regionala skillnader då valet av bostadsort knappast kan påverka om ett barn får eller inte får ADHD?

Förskrivningen av medicin för ADHD är starkt reglerad. Endast specialister i psykiatri och barnneurologi samt barnläkare med särskild erfarenhet av området får skriva ut dessa medel vilket innebär att både tillgången till specialister och neuropsykiatriska utredningsresurser påverkar förskrivningsmönstret.

## ADHD

Den vanligaste utvecklingsneurologiska/neuropsykiatriska funktionsnedsättningen hos barn och unga vuxna. Omkring fem procent av barn i skolåldern beräknas uppfylla diagnoskriterierna. Huvudsymtomen är svårigheter att reglera uppmärksamhet (attention) och överaktivitet (hyperactivity) men ADHD innefattar ett brett spektrum av svårigheter som varierar beroende på ålder, kön och olika individuella faktorer. Det är därför inte diagnosen i sig utan dess konsekvenser för den unges välbefinnande som utgör indikationen för utredning och behandling.

Långa väntetider för utredning i en region resulterar i en lägre förskrivning. Negativa attityder till neuropsykiatriska diagnoser i skolan kan ha samma effekt. Skolor där ledningen är kritisk till ADHD som diagnos skickar mer sällan elever till utredning vilket medför att färre får diagnos och att färre behandlas. Omvänt kan man tänka sig en mer liberal förskrivning i områden där stödresurser till elever är otillräckliga, det ökar efterfrågan på farmakologisk behandling.

Vad som är rätt nivå för medicinering är alltså en komplex fråga. En indikator på hög förskrivning är om uttaget av läkemedel för ADHD ligger högre än den beräknade prevalensen av ADHD i de aktuella åldersgrupperna. Socialstyrelsens analys pekar på att så kan vara fallet. En förklaring kan vara indikationsglidning, det vill säga att unga med ADHD-symtom får tillgång till behandling utan att de helt uppfyller diagnoskriterierna. Skulle så vara fallet är det viktigt att förskrivarna dokumenterar att användningsområdet har vidgats och att effekterna följs upp noggrant. I små kommuner kan enstaka individer påverka förekomsten av ADHD både uppåt och nedåt och det bör också uppmärksammas när prevalensen diskuteras.

## Socioekonomins betydelse

Kan en del av den geografiska snedfördelningen i förskrivning förklaras av socioekonomiska förhållanden? Socialstyrelsens data pekar på att förskrivningen kan vara högre i ekonomiskt svaga områden, något som är väl känt från andra undersökningar. I en stor svensk befolkningsstudie<sup>2</sup> kunde man visa att diagnosen ADHD var 2,5 ggr vanligare bland låginkomstfamiljer. Grupper som är kritiska mot neuropsykiatri har tolkat detta som en medikalisering av sociala problem. Den socioekonomiska gradienten tycks dock hänga samman<sup>3</sup> med en ärftlighet för ADHD.

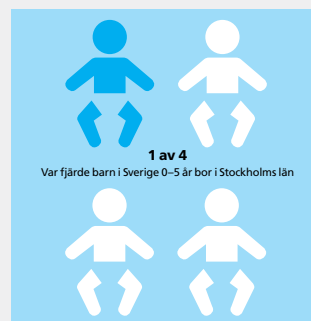
En studie visade att överrepresentationen i låginkomstfamiljer berodde på att föräldrarna själva hade ADHD. När man korregerade för föräldrarnas ADHD-problematik försvann den sociala gradienterna.

Vad kan göras för att få en mer jämlik vård av unga med ADHD? Att kartlägga orsakerna till de regionala skillnaderna är självklart viktigt men lika angeläget är att undersöka utfallet för patienterna. Påverkas prognosen när det gäller skolgång och social anpassning av förskrivningsnivån och i så fall på vilket sätt? Kanske kan *Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD (BUSA)* som samlar sådana data bidra med en analys.

### Referenser:

1. Socialstyrelsen. Förskrivning av ADHD-läkemedel 2016.
2. Larsson H et al. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 May;55(5):428-35.
3. Rowland AS. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Mar;59(3):213-222.

## Barnhälsovårdsrapporten



Barnhälsovårdens årsrapport innehåller information om läget i Stockholm kring bland annat amning, rökning och vaccinationer. Ladda ner på Vårdgivarguiden. [www.vardgivarguiden.se](http://www.vardgivarguiden.se)



## Många barn söker vård för buksmärta

Petter Malmberg, med dr, överläkare, Sachsska barnsjukhuset, ledamot Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för gastroenterologiska sjukdomar

Ola Olén, med dr, överläkare, Sachsska barnsjukhuset

Henrik Arnell, med dr, överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus

Agneta Uusijärvi, med dr, biträdande överläkare, Astrid Lindgrens barnsjukhus



Petter Malmberg



Ola Olén



Henrik Arnell



Agneta Uusijärvi

En tydlig diagnos, förklaring av sjukdomsmekanismer och lugnande besked är viktigast vid omhändertagandet av barn med buksmärtor. Vid funktionell buksmärtor hos barn finns bäst evidens för psykologiska behandlingar.

**M**an räknar med att drygt tio procent av alla barn besväras av buksmärtor. Förekomsten av buksmärtor verkar vara tämligen oförändrad över tid och vara relativt lika i olika delar av världen. Från tidig skolålder är buksmärtor vanligare hos flickor.

Buksmärtor hos barn är endast sällan ett symptom på underliggande organisk magtarmsjukdom som celiaki eller IBD. I de flesta fall där barn söker vård för buksmärtor utmynnar utredningen i att besvären förklaras av funktionell buksmärtor. Orsaken till funktionella magtarmsjukdomar hos barn är okänd men samspelet mellan tarm och hjärna (gut-brain axis) verkar vara av stor betydelse för uppkomsten av långvarig buksmärtor hos barn. Som grupp har barn med funktionella buksmärtor mer psykosociala besvär, men de flesta barn med funktionella buksmärtor verkar inte ha någon psykosocial problematik. Kända riskfaktorer för funktionell buksmärtor är ärftlighet, genomgången infektiös diarré, depression och traumatiska livshändelser.

De flesta barn med buksmärtor har övergående symptom eller så pass lindriga besvär att de inte söker vård. Utredningen kan ofta begränsas till anamnes och granskning av tillväxtkurvan. Vid låg misstanke om organisk sjukdom rekommenderas provtagning med transglutaminas-antikroppar och blodstatus, CRP, och urinsticka. Vid förekomst av avföringsrubbing rekommenderas även utredning med faeces-kalprotektin även om inflammatorisk tarmsjukdom är ovanlig hos barn. Utredning bör alltid innebära två besök (helst hos samma läkare) som vid det andra besöket bekräftar den diagnos

som misstänktes redan vid första besöket. Prognosen vid funktionella buksmärtor hos barn är god och de flesta patienter kan räkna med att vara besvärsfria inom månader till något år.

## Aktiv behandling vid svåra besvär

Funktionella buksmärtor kan delas in i irriterad tarm (IBS), funktionell dyspepsi och ospecificerad funktionell buksmärtor (Rome IV-kriterierna). Vid buksmärtor med samtidigt påverkade avföringsvanor är diagnosen IBS. Vid smärta i övre delen av buken och tidig mättnadskänsla klassificeras besvären som funktionell dyspepsi. Vid buksmärtor utan avföringsrubbing och utan dyspepsisymtom benämns besvären som ospecificerad funktionell buksmärtor.

För de flesta barn med funktionell buksmärtor är lugnande besked och ett uppföljande besök med erbjudande om att familjen kan återkomma om besvären skulle tillta oftast tillräcklig behandling. Vid svårare och mer långdragna besvär med funktionell buksmärtor bör mer aktiv behandling övervägas.

## Farmakologisk behandling

Att barn med funktionell buksmärtor och förstoppning oftast har glädje av behandling med osmotiskt aktivt laxantium är oomtvistat. Det finns dock mycket få placebokontrollerade studier hos barn med funktionell buksmärtor som visar på nytta med annan läkemedelsbehandling. Pepparmintolja anses ha en relaxerande effekt på övre magtarmkanalen och har i en barnstudie visats lindra magknip. Syrahämmande, antidepressiva och kramplösande (antikolinergika) läkemedel provas ibland på barn med funktionella

### Läs mer:

1. Uusijärvi A. Dissertation: Recurrent abdominal pain in children: the concept, aetiology, diagnostics and prognosis. Stockholm: Karolinska Institutet; 2018:1–64.
2. Uusijärvi A, Olén O. Information från Läkekemedelsverket nr 3. Läkekemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna, behandlingsrekommendationer 2017.
3. Bonnert M, Olen O, Lalouni M, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Adolescents With Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2017;112:152-162.

## Förstoppning

Vid kronisk förstoppning hos barn rekommenderar expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar i första hand laktulos (Laktulos, Duphalac) eller makrogol + elektrolyter (Lacrofarm, Laxido, Movicol med flera).

Läs hela expertrådets rekommendation: [www.janusinfo.se/forstoppning](http://www.janusinfo.se/forstoppning)

buksmärtor men det finns svag evidens för att behandlingarna skulle ha någon betydande klinisk effekt. Det viktigaste vid all läkemedelsbehandling är att effekten utvärderas av behandlande läkare och avslutas vid utebliven effekt.

## Kostbehandling

Det finns hittills inget vetenskapligt stöd för nyttan med dietbehandling vid funktionella buksmärtor hos barn. Laktosfri kost har i upprepade studier inte visats minska besvären vid funktionell buksmärtor. Det finns visst vetenskapligt stöd för att laktobaciller är bättre än placebo på att minska buksmärtan hos barn med IBS.

## Psykologisk behandling

Kognitiv beteendeterapi, KBT, designad för att behandla buksmärtor hos barn har visat sig vara effektivt i ett stort antal prövningar. Tillgången på terapeuter som kan ge KBT-behandling till barn för mag-tarmsymtom är dock begränsad. Internetfördelad KBT för barn med buksmärtor har potential att öka tillgängligheten, men finns i Sverige i nuläget endast tillgängligt inom ramen för kliniska studier.

# Restnoteringar har blivit jättestor problem

Det blir allt vanligare att läkemedelsföretagen inte kan tillhandahålla läkemedel i Sverige. När ett läkemedel är tillfälligt slut ger det upphov till en restnotering och detta ställer till det i barnsjukvården. Malin Ryd Rinder, funktionsområdeschef Akutsjukvård Barn, Karolinska universitetssjukhuset och ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för infektionssjukdomar:

3  
frågor till  
Malin Ryd  
Rinder



FOTO KARIN NORDIN

## Vilka läkemedel gäller det?

– Ofta gäller det vanliga, för oss basala läkemedel, till exempel antibiotikamixturer som vi använder vid urinvägsinfektioner, hudinfektioner och luftvägsinfektioner. På senare tid har det även hänt att stolpiller med paracetamol har restats och det används ju flitigt inom barnsjukvård mot feber. Tyvärr kan det hända med vilket läkemedel som helst.

## Vilka är konsekvenserna?

– Det uppstår en obehaglig osäkerhet kring vad som finns tillgängligt att skriva ut när man står med sin sjuka patient. Det blir krångligt och dyrt att behandla vanliga åkommor. Det genererar merarbete för vårdpersonalen vid förskrivning samt när man måste söka licens för ersättningspreparat som ofta också är betydligt dyrare. Det har blivit ett stort problem i vår vardag och det handlar både om patientsäkerhet och om arbetsmiljö. Mest påtagligt är det när det saknas generiska eller lämpliga behandlingsalternativ.

– Vi riskerar också att behandla med bredare antibiotikapreparat än nödvändigt. Det kan innebära biverkningar och på sikt påverka utvecklingen av resistens. Vi ser dessutom tydligt ökade läkemedelskostnader, för vår egen barnakutverksamhet på Karolinska har kostnaderna bara för urinvägsantibiotika ökat med 200 000 kronor detta år.

## Hur kan situationen förändras?

– Det är komplext. Jag önskar att vi hade en nationell produktion av de läkemedel som vi anser är basala för att bedriva säker sjukvård. Eller att vi

” Det är ändå företagen som bestämmer vilka produkter de vill ha på den svenska marknaden. ”

kan tillverka dem när det behövs, ex tempore. Det har gjorts en del, bland annat finns nu ett förenklat licensförfarande som omfattar hela sjukhus. Men det räcker inte för att lösa barnsjukvårdens problem nationellt.

– Läkemedelskommitténs expertråd arbetar med upphandlingar av läkemedel till länet. Vi bör ställa högre krav på leveranssäkerhet i upphandlingarna. Vi bör också säkra att det finns beredningar som går att ge till barn och förtydliga det kravet.

– Men det är ändå företagen som bestämmer vilka produkter de vill ha på den svenska marknaden. Det är önskvärt att de bidrar till en hållbar lösning kring de här problemen.

Karin Nordin

## Vilka läkemedel går inte att få tag på?

Läkemedelsverkets lista över restade läkemedel: [lakemedelsverket.se/rest](http://lakemedelsverket.se/rest)

Apoex lista över rester i SLL: [sll.apoex.rest](http://sll.apoex.rest)

Restnoterade vacciner i SLL finns på [vardgivarguiden.se](http://vardgivarguiden.se)

# Nya data om minskad risk för stroke med NOAK

Sedan introduktionen av non-vitamin K orala antikoagulantia (NOAK) vid förmaksflimmer har risken för stroke minskat, utan att öka risken för allvarliga blödningar. Mest har risken minskat hos dem med störst risk för stroke och blödningar.

FOTO KARI KOHVAKKA



Tomas Forslund

Stockholms läns läkemedelskommitté har i flera analyser av data från Vårdanalysdatabasen kunnat visa på de goda effekterna av orala antikoagulantia. Nu finns en ny studie som stärker de tidigare rapporterade fynden. I den jämförs alla patienter med diagnosen icke-valvulärt förmaksflimmer i Stockholms läns landsting år 2012 och år 2017. I kohorterna fanns drygt 41 000 patienter år 2012 och knappt 50 000 patienter år 2017.

År 2012 behandlades 51 procent av patienterna med warfarin och ytterst få med NOAK. År 2017 behandlades 74 procent med warfarin eller NOAK (34 procent). Mest ökade behandlingen bland äldre, över 79 år, och bland potentiellt sköra patienter med både hög strokerisk och hög blödningsrisk. Behandling med ASA i monoterapi minskade drastiskt. Andelen som varken fick orala antikoagulantia eller ASA låg oförändrat på cirka 16 procent.

## Minskad strokeincidens

Strokeincidensen minskade från 2,0 per 100 personår 2012 till 1,2 per 100 personår 2017. Minskningen var mest uttalad bland högriskpatienter. Cirka 10 procents absolut minskning kunde förkla-

STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

ras av ökad användning av orala antikoagulantia, medan 27 procent var relaterat till en generell minskning av stroke.

– Jag tror att den generella minskningen av stroke kan bero på att 80-åringar är biologiskt yngre nu än tidigare. De har också rökt mindre och har sannolikt bättre behandlat blodtryck och blodfetter. Men att vi upptäcker och behandlar förmaksflimmer tidigare kan också spela in, säger Tomas Forslund, med dr, distriktsläkare, studiens förstaförfattare, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar.

Incidensen av allvarliga blödningar var oförändrad mellan åren. Risken för allvarliga blödningar var lägre med NOAK jämfört med warfarin.

– Vi har tyvärr inte haft tillgång till information om mindre allvarliga blödningar. Men vi har betydligt fler antikoagulantibehandlade patienter nu än 2012 och det är en växande uppgift för vården att hantera både små och stora blödningar hos patienter som helst ska fortsätta med behandlingen, säger Tomas Forslund.

Den totala mortaliteten bland patienterna med förmaksflimmer var lägre 2017 jämfört med 2012. – Man ska inte ge orala antikoagulantia vid låg risk för stroke eller i livets slutskede. Vid upprepade större blödningar måste man också ifrågasätta om nyttan överväger riskerna och problemen med blödning, säger Tomas Forslund.

Elin Jerremalm

**Referens:** Forslund T, Komen J, Andersen M, Wettermark B, von Euler M, Mantel-Teeuwisse A et al. Improved stroke prevention in atrial fibrillation after the introduction of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants. The Stockholm Experience. *Stroke*. 2018;49:2122–2128

## Förmaksflimmer

Förmaksflimmer är en stor riskfaktor för stroke och den vanligaste formen av hjärtarytmi. Prevalensen i Sverige är minst 3 procent.

## Vårdanalysdatabasen

Databasen innehåller bland annat information om vårdkonsumtion i öppen- och slutenvård samt information om uthämtade recept inom Stockholms läns landsting.

## Parenteralt järn kan ge överkänslighetsreaktioner

På förekommen anledning vill Stockholms läns läkemedelskommitté uppmärksamma att parenterala järnpreparat kan ge upphov till överkänslighetsreaktioner inklusive allvarliga anafylaktiska/anafylaktoida reaktioner. Det är därför viktigt att ha beredskap för att hantera sådana reaktioner i samband med

parenteral järnadministrering och att vara väl förtrogen med de anvisningar som gäller för respektive preparat vid behandling.

I Stockholms län har användningen av parenterala järnpreparat ökat väsentligt under senare år.

STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Eva Wikström  
Jonsson  
tipsar om  
läkemedels-  
värdering



FOTO: KARI KOHVAKKA



# Nyckeln finns i metoden

Det kanske kan vara frestande att bara sammanfatta fynd och slutsatser när man ska värdera en vetenskaplig studie. Men nyckeln till kritisk värdering ligger i metodbeskrivningen.

STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

En första sak att tänka på är vilken fråga som besvarades i studien. Är den frågan ny och tidigare obesvarad, eller en sedan länge bekräftad vetenskaplig tes? Å ena sidan är en studie sist i en lång rad av studier som visar samma sak kanske inte så intressant och innovativ, men fynden bör vara tämligen pålitliga. Å andra sidan är ett fynd som gjorts endast av en forskargrupp förvisso intressant, men innan man vet om någon kommer att kunna upprepa och bekräfta resultatet kan det vara osäkert.

Vid bedömning av kliniska prövningar kan man också fundera över om frågeställningen är relevant ur ett sjukvårdsperspektiv? Har de metoder alternativt läkemedelsalternativ som jämförs relevans i den kliniska vardagen? Eller utgör jämförelsealternativet exempelvis ett läkemedel som redan förkastats ur våra vårdprogram och som vi idag inte skulle se som ett alternativ?

Det är också bra att fundera över om frågeställningen är relevant för just mina patienter. Urvalet av försökspersoner eller patienter i studien kan vara avgörande för resultatens generaliserbarhet. Hur ser ålders- och könsfördelningen ut i studien jämfört med i den kliniska vardagen? Vilka avgränsningar har gjorts avseende den aktuella sjukdomens svårighetsgrad respektive samsjuklighet? Samtidig annan läkemedelsbehandling och därmed sammanhängande potential för läkemedelsinteraktioner? Svaren på dessa frågor brukar gå att finna i inklusions- och exklusionskriterier.

## Risk för selektionsbias

Hur skiljer sig den studerade gruppens levnadsbetingelser, socioekonomi och tillgång till hälso- och sjukvård från de egna patienternas förutsättningar? Hur såg rådgivningen, uppföljningen och eventuella stödjande insatser ut i studien jämfört med de som kan erbjudas i sjukvården hos oss? Hur rekryterades studiepopulationen? Det finns en risk för selektionsbias, i det att patienter som söker sig till och vill medverka i studier kan vara extra motiverade. Faktorer som dessa kan bidra till att läkemedel på gruppnivå ofta förefaller att vara

STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

” Det är också bra att fundera över om frågeställningen är relevant för just mina patienter. ”

mer effektiva i randomiserade kliniska prövningar än i sjukvårdssituationen.

Det primära effektmåttet i studien är avgörande för tolkningen. Hårda effektmått som död, hjärtinfarkt eller KOL-exacerbationer är av uppenbar betydelse för patienten. Däremot kanske det inte finns en lika klar bild av sambandet mellan undersökningsfyndet och symtomgivande sjukdom med mått som till exempel gastrokopiskt konstaterade erosioner. Mått som används istället för de hårda effektmåtten kallas ofta surrogatvariabler, exempelvis blodtryck, lipidnivåer och HbA1c. För vissa av dessa kan det finnas ett starkt och tydligt samband med de hårda effektmåtten, exempelvis i fallet blodtryck och risk för stroke, medan sambandet i andra fall inte alls är lika övertygande. När det gäller skalor är det också viktigt att undersöka om det finns någon fastställd minsta kliniskt signifikanta skillnad. En statistiskt signifikant skillnad behöver ju inte nödvändigtvis betyda att skillnaden är kliniskt märkbar.

I studier av läkemedelseffekter är det också viktigt att undersöka om doserna som jämförts har varit rättvisa. Har lägsta effektiva dos av samtliga preparat använts, eller är det ena medlet högt doserat med ökad risk för dosberoende biverkningar, eller lågt med ökad risk för terapivikt som följd? Har doseringen justerats på ett rättvist sätt? I exempelvis smärtstudier förekommer att det ena läkemedlet titreras upp enligt sedvanliga kliniska rutiner, medan det andra sätts in i en fast dosering.

Eva Wikström Jonsson



# Experterna svarar



evidens

Njursvikt är en riskfaktor för hjärtkärlsjukdom. Hur ser mekanismen ut?



Peter Bárány,  
docent, överläkare  
barnnjursjukdomar,  
Karolinska  
universitetssjukhuset  
samt ordförande  
i expertrådet  
för medicinska  
njursjukdomar

Det finns ett starkt samband mellan njursjukdom och hjärtkärlsjukdom. I flertalet internationella riktlinjer ingår både albuminuri och nedsatt njurfunktion som viktiga riskfaktorer att beakta vid handläggning av patienter med hypertoni och hjärtkärlsjukdom. Flera välgjorda epidemiologiska studier visar ökad risk för kardiovaskulär sjuklighet och mortalitet redan vid albuminuri över normalgränsen (mikroalbuminuri) och vid njurfunktionsnedsättning med estimerad glomerulär filtrationshastighet (eGFR) mindre än 60 ml/min\*1,73 m<sup>2</sup>. Vid tilltagande njursvikt ökar hjärtkärlrisken exponentiellt.

Folksjukdomarna hypertoni och diabetes mellitus bidrar båda till kärlskador i såväl hjärta som njurar, men det finns även andra specifika faktorer vid njursjukdom som förstärker risken för hjärtkomplikationer. Störningar i mineralmetabolismen som leder till kärlkalcifiering och inflammation vid njursvikt har studerats mest.

Vid njursjukdom inträder kompensatoriska mekanismer för att upprätthålla homeostas med normala kalk-fosfatvärden. Detta sker bland annat med ökning av parathormon (PTH) och det fosfaturiska hormonet FGF23 och minskning av dess kofaktor klotho. Kostnaden för detta är negativa effekter på hjärta och kärl som förstärks vid tilltagande njursvikt när fosfat stiger. Samtidig inflammation och låga nivåer av flera kalcifieringshämmande proteiner interagerar i denna komplexa patofysiologi.

Vid njursvikt behandlar vi med antihypertensiva läkemedel och statiner samt strävar efter god metabol kontroll av diabetes mellitus och optimal kontroll av mineralmetabolismen. Behandling för att specifikt hämma kalcifieringsprocessen saknas ännu.



evidens

Är läkemedel eller kognitiv beteendeterapi, KBT, bäst när det gäller att minska risken för återfall vid depression?



Johan Lundberg,  
docent, specialist-  
läkare Norra  
Stockholms psykiatri

Risken för återinsjuknande efter depression är inte väl känd, men brukar uppges till 50 procent inom två år och 85 procent under resten av livet efter en första episod. Efter ytterligare episoder antas risken öka.

En direkt jämförelse av resultat av kliniska prövningar av psykoterapi och läkemedel försvåras av deras olika design, där de förra genomgående har en lägre kvalitet med avseende på blindning och kontrollbehandling. Socialstyrelsen publicerade 2017 nationella riktlinjer där denna fråga trots allt berörs. Det korta budskapet är att någon av interventionerna läkemedelsbehandling med (1) SSRI, SNRI, TCA; (2) litium (ensamt eller i kombination med något av de förra); alternativt (3) kognitiv beteendeterapi, KBT, eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi, MBKT, bör erbjudas vuxna patienter med recidiverande depression som nått remission.

I grupp (1) utgjordes underlaget av 97 dubbelblinda, randomiserade placebokontrollerade studier. Slutsatserna baserades på 14 450 personer för återfall under de första 12 månaderna och 7 253 personer för återfall efter 12 månader. Man noterade en stor minskning av återfall i depression upp till 12 månader samt efter 12 månader jämfört med placebo.

Underlaget för grupp (3) utgjordes av 16 studier av KBT omfattande 529 deltagare och 7 studier av MBKT omfattade 473 deltagare. Man noterade för KBT samt för MBKT en måttlig minskning av återfall i depression jämfört med sedvanlig behandling och ingen påvisad skillnad i återfall i depression jämfört med antidepressiva läkemedel.

En rationell tillämpning av dessa riktlinjer är att för att förebygga återfall hos patienter med recidiverande depression fortsätta med en vältolererad behandling som lett till remission tills vidare. Om patienten trots detta återinsjuknar får annan behandling övervägas.

#### Referenser:

1. Belsher G. et al. Relapse After Recovery From Unipolar Depression: A Critical Review. *Psychol Bull.* 1988 Jul;104(1):84-96.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. 2017.



FOTO ISTOCK

Fusidinsyra vid svinkoppor när tvål och vatten inte räcker till.

## Retapamulin slut på svenska marknaden

Sedan tidigare har tillverkningen av retapamulinsalva (Altargo) som används vid svinkoppor upphört och under sommaren 2018 har lagret tagit slut på den svenska marknaden. Som ersättning vid måttlig impetigo, när tvål och vatten inte hjälper, rekommenderas kräm eller salva som innehåller fusidinsyra

(Fudicin) två till tre gånger dagligen i sju dygn.

Hela rekommendationen från Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för infektionssjukdomar finns på [www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)

## Info vid osteoporos-behandling

Osteonekros och atypisk femurfraktur är problem som kan uppstå vid behandling med bisfosfonater eller denosumab vid osteoporos. Nu har Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar tagit fram ett nytt informationsmaterial om detta. Det innehåller information till vården och informationsblad att ge till patienten. Skriv ut dem från [www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)

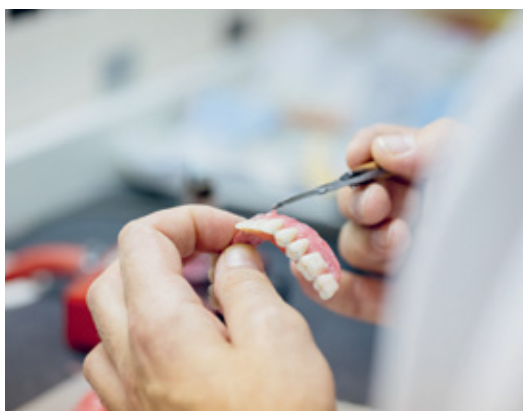


FOTO ISTOCK

Patienten bör informera tandläkaren om behandling med osteoporosläkemedel.

## SGLT2-hämmare bäst minska hjärt-kärl-dödlighet

SGLT2-hämmare rankades bäst för reduktion av hjärtkärldödlighet vid diabetes typ 2, följt av GLP-1-agonister. DPP-4-hämmare var inte associerade med lägre mortalitet. Resultaten stöder användning av de läkemedel som rekommenderas i Kloka Listan, alltså empagliflozin (Jardiance) och liraglutid (Victoza).

Jämförande studier mellan olika nya läkemedel utförs sällan. Med tekniken network meta-analysis finns möjlighet att ändå kunna jämföra olika läkemedel. Den här analysen redovisas i tidskriften JAMA och omfattar 236 studier av läkemedel vid diabetes typ 2 med 176 000 deltagare.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

## Risk med LCHF-kost vid typ 2-diabetes

**Kost enligt LCHF (low carb high fat) i kombination med SGLT2-hämmare och metformin kan ha bidragit till utvecklingen av allvarig intensivvårdskrävande ketoacidosis hos två patienter med diabetes typ 2.**

Ta födoanamnes hos patienter där SGLT2-hämmare övervägs som behandlingsalternativ. Vid alla tillstånd med ökad ketosbenägenhet bör SGLT2-hämmare och metformin temporärt utsättas. Det gäller även vid fasta (till exempel vid ramadan), allvarliga infektioner samt intorkning.

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

[www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)

## Uppdaterat om makuladegeneration

Var fjärde person över 75 år har åldersförändringar i gula fläcken, makuladegeneration. För den torra typen saknas behandling medan den aggressivare formen som kallas våt typ, kan behandlas med läkemedel.

Expertrådet för ögonsjukdomar har uppdaterat sitt dokument om makuladegeneration på [www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden)



## Till dig som prenumererar på Evidens

EU:s nya dataskyddsförordning, GDPR, har trätt i kraft. Om du har en prenumeration på Evidens ställd till dig personligen finns dina personuppgifter i vårt prenumerationsregister. Vi hanterar dina personuppgifter för att skicka tidningen till dig och till statistik. Mer information om hantering av personuppgifter finns på [www.janusinfo.se/personuppgift](http://www.janusinfo.se/personuppgift).

**Missa aldrig ett nummer av Evidens!**

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

Adresskälla: Stockholms läns landsting

# Fortbildning – ett axplock

FREDAG  
19  
OKT

## Sex and gender in physiology and pharmacology

19 oktober 9:00–16:00  
Kungl. Vetenskapsakademien (KVA),  
Lilla Frescativägen 4A  
Målgrupp: Läkare  
Karin Schenck-Gustafsson medverkar.



FREDAG  
19  
OKT

## Depression hos äldre

Nationellt symposium  
19 oktober 9:30–16:30  
Nobel Forum, Karolinska Institutet,  
Solna  
Målgrupp: Läkare

ONSDAG  
24  
OKT

## Trängningar och andra urogynekologiska besvär

24 oktober 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor  
Anette Sjösten medverkar



MÅNDAG  
12  
NOV

## Hud- och mjukdelsinfektioner

12 november 18:00–20:00  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

TISDAG  
20  
NOV

## Endokrinologi i primärvården

Allmänmedicinsk utbildningsakademi  
20–21 november  
Collector's Victory Hotel,  
Lilla Nygatan 5, Gamla Stan  
Målgrupp: Läkare

TORSDAG  
22  
NOV

## Risk-nytta med COX-hämmare

22 november 14:00–17:00  
Svenska läkaresällskapet,  
Klara Östra Kyrkogata 10  
Målgrupp: Läkare  
Carl-Olav Stiller medverkar



ONSDAG  
12  
DEC

## Pascal

Hur undviker vi Lex-Maria-ärenden för dospatienter?  
12 december 18:00–19:30  
Svea konferens & matsal,  
Holländargatan 10  
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor  
Roswitha Abelin medverkar



## Kloka Listan Forum 2019



TISDAG

22  
JAN

Allt nytt i Kloka Listan 2019 under en dag. Våra främsta experter inom många sjukdomsområden föreläser om läkemedel ur ett brett medicinskt perspektiv.

Clarion hotell Sign,  
Östra Järnvägsgatan 35  
Målgrupp: Allmänläkare



Följ oss på Facebook!  
[facebook.com/lakemedelskommitten](https://facebook.com/lakemedelskommitten)

Se [www.janusinfo.se/fortbildning](http://www.janusinfo.se/fortbildning) för mer information om kommande utbildningsaktiviteter och föranmälan.