MEDICIN & LÄKEMEDEL #3· 2024

evidens

Fler patienter med kronisk njursjukdom diagnostiseras

Antibiotikamyter – vad innebär det att ta det säkra före det osäkra

Peter Johansson, specialist i allmänmedicin och vårdcentralschef vid Vibblaby husläkarmottagning i Järfälla

"En framgångsfaktor för bättre vård är att få med hela personalen på tåget så att alla förstår vikten av alla delar i arbetet"

I FOKUS: Kronisk njursjukdom

En tidning från Region Stockholms läkemedelskommitté
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Region Stockholm

evidens MEDICIN & LÄKEMEDEL #3·2024

I fokus

KRONISK NJURSJUKDOM

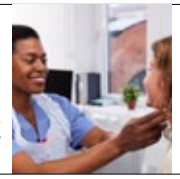
Krossningsdatabasen nu på Janusinfo 4

Fler patienter med kronisk njursjukdom diagnostiseras 6

Flaggade njurvärden fångar upp patienter i riskzonen 8

Sätt diagnos och individualisera behandlingen för bästa njurskydd 12

Antibiotikamyter – vad innebär det att ta det säkra före det osäkra 14



Ny behandlingsrekommendation om faryngotonsillit 18

Mässlingsfall ökar i Europa och i Norden 21

4 frågor
”En del har hänt, men inte tillräckligt!” 24

Tips från farmakologen
Skamligt att prata pengar i vården? 25

Lathund för Läkemedelslingo 26

Ansvarig utgivare: Mats Ek, ordförande Region Stockholms läkemedelskommitté.
Redaktion: Martina Junström, chefredaktör, martina.junstrom@regionstockholm.se · Jennie Cardell, allmänläkare · Raina Hanna Chabo, allmänläkare · Åsa Derolf, med dr, enhetschef · Elin Jerremalm, apotekare · Maria Ljungdahl, ST-läkare i klinisk farmakologi · Layout: Magnus Edlund.
E-post: lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se · Webbplats: www.janusinfo.se/evidens.
Omslagsbild: Från vänster: Lizette Thyresson, Anneli Malmström och Peter Johansson. Foto: Anna Molander.
Tryck: By Wind, Ödeshög, oktober 2024
Du som har en personlig prenumeration på Evidens finns i prenumerationsregistret.
Se www.janusinfo.se/personuppgift för mer info.
EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier: www.isdbweb.org

Min vision är att du har koll på läget

FOTO: ANNA MOLANDER

DET FINNS ETT ÖVERFLÖD av information, både korrekt och direkt missvisande. Inom Läkemedelskommittén arbetar vi aktivt med att föra fram korrekt information. Vi vill vara lättillgängliga och trovärdiga. Vi vill motverka vilseledande, missvisande och felaktig information om läkemedel och läkemedelsbehandling. Eller ska vi kalla det desinformation, osanningar, lögner och alternativa fakta? Ett steg i den riktningen är att identifiera myter som fått fäste inom sjukvården. I det här numret kan du läsa om två antibiotikamyter. Vi får även ett mer allvarligt exempel på konsekvensen av att myter sprids och får fäste, som att vaccinationer orsakar autism eller innehåller microchips. Nu ökar mässling i Europa. Mässling är lätt att förebygga genom vaccinationer.

DET VAR FRÅN BÖRJAN inte tänkt att vi skulle ha något tema för det här numret, men under arbetets gång har fokus hamnat på kronisk njursjukdom. Hur vanligt är kronisk njursjukdom (CKD)? Vilka risker medför CKD? Gör vi det vi behöver för att identifiera CKD? Hur kan man använda sekreterarna på mottagningen till en mer riktad insats? Många av er har säkert redan fått besök av informationsläkare från APC som i samarbete med RPO njursjukdomar och Läkemedelskommitténs EG njursjukdomar har tagit fram ett utbildningspaket. Läs mer om detta goda exempel från kunskapsstyrningen i det här numret. Vem vet, kanske även förkortningar som APC, RPO och EG får sin förklaring?

NÄR JAG TILLTRÄDDE min roll som ordförande i Region Stockholms Läkemedelskommitté började jag arbeta med en vision. Jag kallar det vision och inte mål eftersom jag fått lära mig att ett mål går att uppnå medan en vision är något man strävar mot. Min vision är visserligen teoretiskt möjlig att uppnå, men i praktiken tror jag inte att det kommer att ske inom överskådlig framtid. Min vision är att alla läkare ska ha ett övergripande grepp om vilka läkemedel som förskrivs på deras enhet. Inte bara vilka läkemedel som är rimliga att använda, utan vilka läkemedel som förskrivs. Vilka som förskrivs för mycket, vilka som förskrivs för lite, åtminstone ett hum om vad de kostar och vad man på enheten bör arbeta med för förändringar. Ett steg på vägen är att förstå de termer som används i läkemedelsstatistiken. För att hjälpa er med detta har Maria Ljungdahl tagit fram en Lathund för Läkemedelslingo. Jag föreslår att ni klipper ut, ramar in och hänger upp i konferensrummet så att ni har det lättillgängligt nästa gång ni går igenom läkemedelsstatistik på mottagningen.

Mats Ek, ordförande i Region Stockholms läkemedelskommitté, med dr, master i folkhälsa. Överläkare vid Wemind Psykiatri Tyresö.

Krossningsdatabasen nu på Janusinfo

Nu kan du använda Region Skånes krossningsdatabas via janusinfo.se. Databasen innehåller information om det går att krossa tabletter och öppna kapslar eller om de måste sväljas hela. Tjänsten är till för hälso- och sjukvårdpersonal och innehållet är av allmän och rådgivande karaktär. Användaren måste själv bedöma om innehållet är tillämpbart i varje aktuell situation och för den enskilde patienten.

Anders Ahlsson utsedd till särskild utredare

Region Stockholms hälso- och sjukvårdsdirektör Anders Ahlsson ska på regeringens uppdrag se över läkemedelsförskrivningen i Sverige.

Översynen av läkemedelsförskrivning omfattar myndigheters och regioners möjligheter till tillsyn av den förskrivning som sker och hur läkemedelsförmåner används. I uppdraget ingår bland annat att analysera och ta ställning till om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör få utökade möjligheter att ta del av uppgifter och ingripa vid tillsynen över förskrivare samt om regelverket för arbetsplatskoder bör ändras för att underlätta uppföljning av läkemedelsförskrivningar. Även reglerna för dokumentation och åtkomst till patientjournaler ska ses över för att kunna följa upp läkemedelsförskrivningar på ett bättre sätt. Syftet med utredningen är att motverka felaktiga läkemedelsförskrivningar och hindra att offentliga medel går till kriminella och oseriösa aktörer.

– Läkemedel är en central del av hälso- och sjukvården och de ska användas för största möjliga patientnytta på ett patientsäkert sätt. Jag är mycket glad över att regeringen valt att utreda detta, då Region Stockholm upplevt brist på lagstöd för att komma åt den oseriösa förskrivning av läkemedel som ibland sker, säger Anders Ahlsson.

FOTO: JANN LIPKA

Utredningen kommer genomföras tillsammans med en huvudsekreterare och en jurist och redovisas senast den 12 mars 2026.

Ny utbildning om vaccinationssamtal

Nu finns webbutbildningen ”Bemötande för att främja vaccinationer” till stöd för dig som möter patienter som har frågor och funderingar om vaccinationer.

Syftet med utbildningen är att du ska få stöd i hur du kan besvara övergripande frågor om vaccinationer och varför de rekommenderas. Den ökade kunskapen kan ge dig möjlighet att lättare kunna stödja tilliten till vaccination som ett sätt att främja hälsa, förhindra svår sjukdom och till och med död hos framför allt små barn, äldre personer och de med underliggande sjukdom.

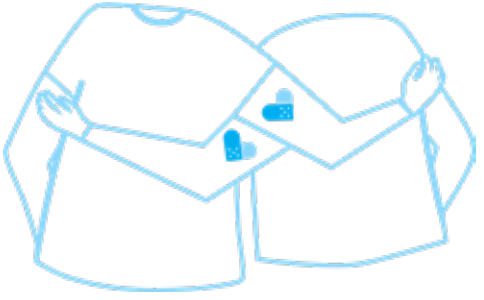
Utbildningen tar cirka 40 minuter att genomföra och finns tillgänglig på Region Stockholms utbildningsportal Lärtorget.

Årets vaccinationsperiod är igång

I oktober startade vaccinationsperioden mot covid-19 och säsongsinfluensa. Rekommenderade grupper för vaccination är personer födda 1959 eller tidigare, gravida från vecka 12 och de som har annan ökad risk för att bli allvarligt sjuka.

Rekommenderade grupper kan vaccinera sig mot covid-19 och influensa kostnadsfritt och samtidigt, om så önskas. De bokar tid via Alltid öppet eller genom att kontakta vårdcentralen alternativt en vaccinationsmottagning.

Information om vaccinationsinsatsen, som pågår 15 oktober–31 december, finns på Vårdgivarguiden och på 1177.se. Berörda invånare uppmärksammas om rekommendationen att vaccinera sig i en kampanj och via Region Stockholms kanaler. Vårdgivare har en viktig roll i kampanjen och som stöd för det finns kampanjmaterial att ladda ned och beställa på vardgivarguiden.se.



Fler patienter med kronisk njursjukdom diagnostiseras

Under 2024 pågår en satsning för att fler patienter med kronisk njursjukdom ska få rätt diagnos, behandling och läkemedel i tid. Ett initiativ som redan har visat resultat i ökat antal registrerade diagnoser.

Kronisk njursjukdom, CKD, är ett dolt och allvarligt folkhälsoproblem. Många patienter är omedvetna om sin sjukdom eftersom de inte har märkbara symtom. Det är därför svårt att tidigt upptäcka sjukdomen för att sätta diagnos och ge rätt behandling och läkemedel. Patienter riskerar att utveckla allvarliga komplikationer såsom hjärt-kärlsjukdom, behöva dialys eller tvingas genomgå njurtransplantation.

Under 2024 pågår en satsning för att öka kunskapen och medvetenheten om kronisk njursjukdom bland vårdpersonal vid cirka 200 vårdcentraler i Stockholms län. Det sker genom besök av informationsläkare från Akademiskt primärvårdscentrum, APC. De har hittills utbildat cirka hälften av vårdcentralerna och resterande får besök under hösten.

– Effekterna märks redan genom att allt fler patienter får diagnos kronisk njursjukdom och att diagnoskoder i kvalitetsregistret Primärvårdskvalitet ökar. Vi informerar också om de nya läkemedel för diabetes och njursjukdom som kommit, framför allt SGLT2-hämmare, samt om eGFR-prov som är ett säkert sätt att mäta njurfunktion, säger Christer Norman, specialistläkare allmänmedicin och informationsläkare vid APC.

Under informationsläkarnas besök ges bland annat grundläggande information om kronisk njursjukdom, basal utredning och kriterier för diagnossättning. Man går igenom behandlingsstrategier och remitteringsindikationer.

– Just remissförfaranden för CKD-patienter mellan vårdcentralen och specialiserad njurmedicin skapar ofta diskussioner. Medan några ser det som en positiv möjlighet till förbättrad samordning och vårdkvalitet upplever andra det som en försvårande faktor. Särskilt när specialiserad njurmedicin kräver att primärvården genomför fler utredningar innan patienten kan överföras, säger Rania Chabo, specialistläkare i allmänmedicin och informationsläkare vid APC.

Egna utfallsmått grund för förbättringsarbete

En ytterligare viktig punkt på programmet vid besöken på vårdcentralerna är hur uppföljning av CKD-patienter ska tas om hand inom primärvården.

– För att öka medvetenheten om sjukdomens prevalens bland mottagningens egna patienter presenterar vi data från vårdcentralens PVQ i Med Rave. Genom att analysera och förstå sina egna CKD-utfallsmått får personalgruppen möjlighet att identifiera styrkor och svagheter i sin nuvarande hantering, vilket i sin tur blir en plattform för konkreta förbättringar, anpassade rutiner och implementering av evidensbaserade strategier, säger Rania Chabo.

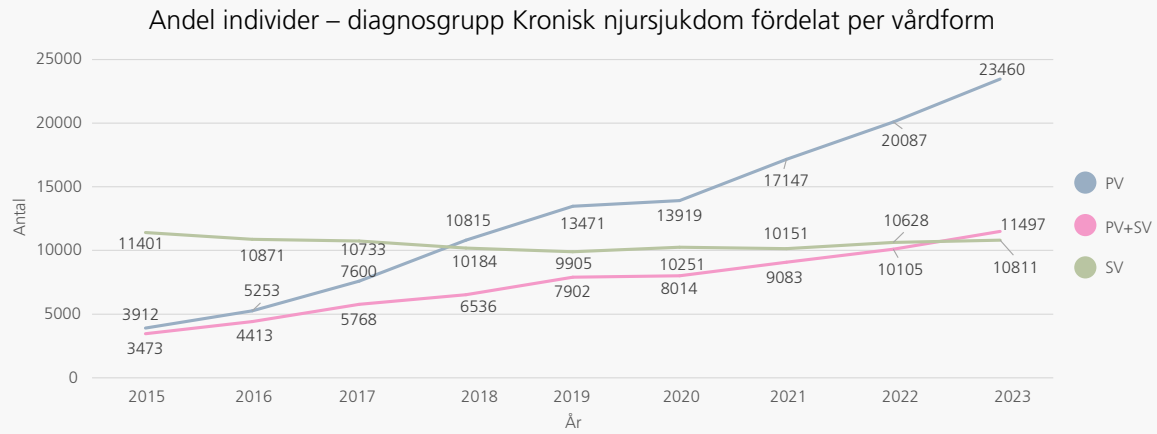
Fortbildningssatsningen sker genom ett nära samarbete mellan APC:s informationsläkare, läkemedelskommitténs expertgrupp njursjukdomar och regionalt programområde, RPO, njursjukdomar. Ett av RPO njursjukdomars mål är förbättrad prevention och behandling av kronisk njursjukdom, bland annat genom att införa nationellt vårdprogram för njursjukdomar.

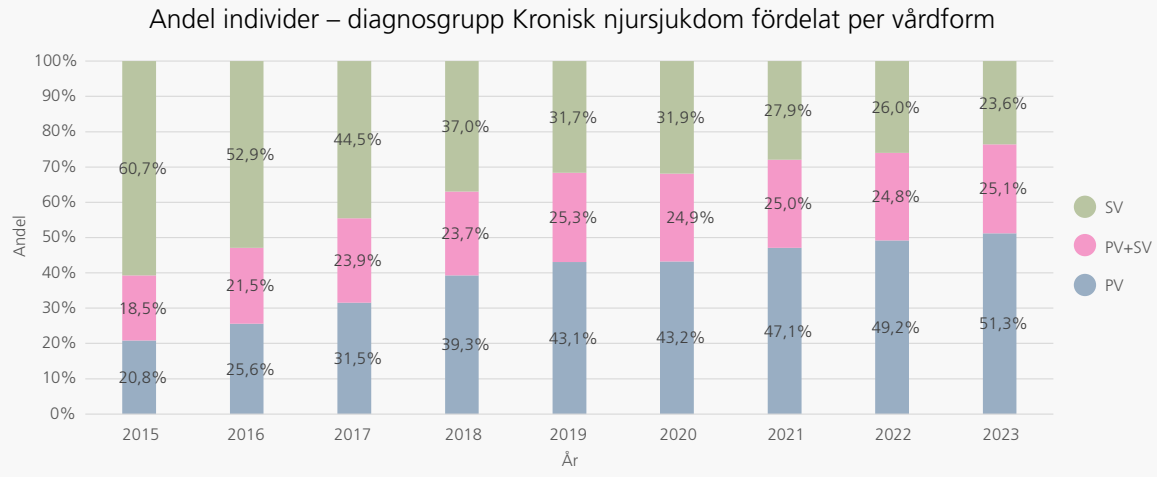
– Samarbetet mellan RPO njursjukdomar och informationsläkarna har fungerat ovanligt bra. Vi har genomfört fortbildningar för vården som informationsläkarna nu följer upp med diskussioner på vårdcentralerna. Detta har skapat ett stort engagemang som nu bidrar till den positiva utveckling som behövs för att personer med kronisk njursjukdom ska få en mer jämlik, god och kunskapsbaserad vård, säger Sara Lind af Hageby, överläkare i njurmedicin vid Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande för RPO njursjukdomar.

Text: Ann-Christine Berg

Kronisk njursjukdom

- Andelen individer med kronisk njursjukdom som helt tas om hand inom primärvården (PV) har ökat från 21% till 51% under åren 2015–2022
- Antalet individer har ökat markant, från ca 4 000 till ca 24 000, en ökning med 500%
- Andelen som helt tas om hand i specialiserad vård (SV) har minskat tydligt





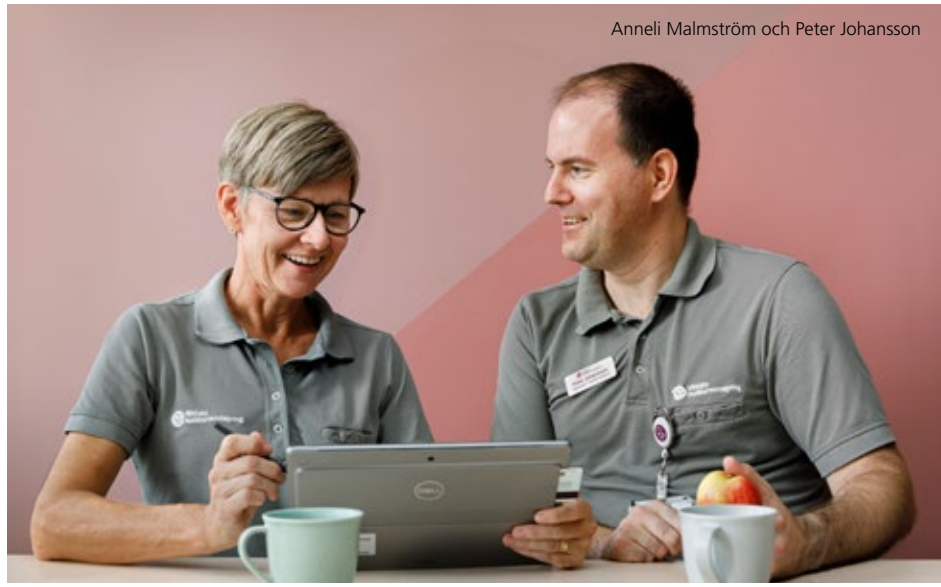
Källa: Region Stockholms vårddatalager (VAL), Kunskapsutvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Flaggade njurvärden fångar upp patienter i riskzonen

Medicinska sekreterare bidrar i Vibblaby vårdcentrals kvalitetsarbete, genom att tydligt markera vilka patienter som har sänkta njurvärden så att dessa uppmanas att lämna urinprov vid nästa besök. Så kan fler med kronisk njursjukdom identifieras.

Peter Johansson och Lizette Thyresson

Under 2024 bedriver informationsläkarna vid Akademiskt primärvårdscentrum, APC, i Stockholm en specialsatsning på kronisk njursjukdom. Men det var inte det som inspirerade Peter Johansson, specialist i allmänmedicin och vårdcentralchef vid Vibblaby husläkarmottagning i Järfälla, till deras kvalitetsarbete.


Anneli Malmström och Peter Johansson

– Vi var lite före i vårt fall. I personalgruppen gick vi igenom våra rutiner och tyckte att detta var ett område där vi hade tydlig förbättringspotential, säger han.

Gruppen specificerade två orsaker till att man inte presterade som målet – att det saknas en lokal process för omhändertagande av patienter med kronisk njursjukdom (eGFR < 60) och att man hade brist på specialister i allmänmedicin. De lösningar man identifierade var – inte helt oväntat – att efter kartläggning skapa en ny process och följa upp den, samt att rekrytera fler allmänspecialister.

Det sistnämnda jobbar man långsiktigt med, berättar Peter Johansson.

– När vi har duktiga läkarstudenter från sista terminen här stämmer jag av om de vill komma tillbaka efter sin examen eller AT. Nu har vi en nyanställd ST-läkare, som tidigare gjort AT hos oss och två till på ingång i november och december, säger han.

Han beskriver att man på vårdcentralen för länge sedan tog urinprov (U-Alb/krea-kvot) på alla patienter med förhöjt blodtryck.

– Men det blev söligt och tog en massa tid och fångade inte upp så många. Därför ville vi se om vi kunde göra en mer riktad insats.

Arbetet med att fånga upp riskpatienterna inleddes med en kartläggning utifrån journaler hur det såg ut bland mottagningens 7 600 listade patienter. Med det webbaserade verktyget Medrave m4 tog man fram statistik om vilka patienter som hade ”glomerular filtration rate”, GFR, lägre än riktvärdet 60 ml/min/1,73 m².

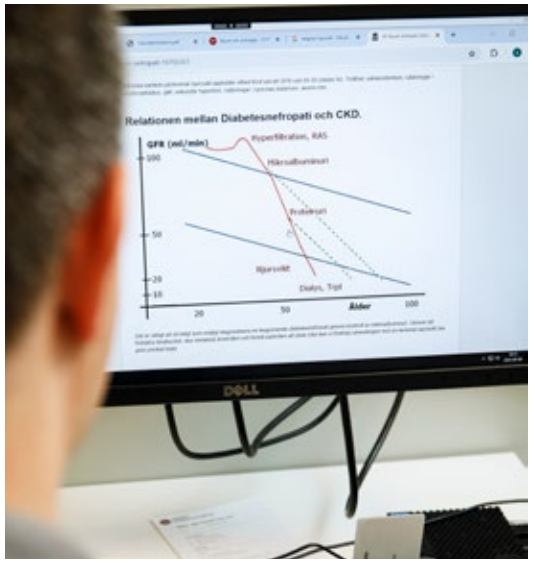
För att mäta utfallet av den sedan framtagna processen angav man fyra indikatorer: De som hade diagnos kronisk njursjukdom, de som uppnår målblodtryck på lägre än 130/80, de där man kontrollerat albumin/kreatinin-kvot minst en gång samt de som behandlas med statiner.

Årskontroll av alla med kronisk sjukdom

Något som enligt Peter Johansson skiljer ut vårdcentralen är att alla patienter med kronisk sjukdom, oavsett om det handlar om hjärt-kärlsjukdom eller sköldkörtelhormonbrist, också är uppsatta på väntelista och kallas varje år.

– Så ser det oftast inte ut när jag pratat med kollegor på andra vårdcentraler, något som oftast beror på underbemanning. Man tänker lite snett att ”om inte patienten är uppsatt på listan, så finns de inte” men så funkar det ju inte, säger han.

Patienter med högt blodtryck behöver förnya sina recept. Peter Johansson menar att det spar tid att kalla regelbundet, istället för att patienten i



desperation ringer när medicinen är slut. ”Det blir mindre jobb för alla”, som han uttrycker det.

I den nya processen deltar tre yrkeskategorier – medicinska sekreterare som flaggar upp patienter med sänkt GFR, sjuksköterskor som bokar in patienter och beställer vilka prover som ska tas från laboratoriet, samt läkare som gör uppföljning.

Anneli Malmström arbetar som medicinsk sekreterare sedan 1989 och är anställd på vårdcentralen sedan 2003. Hon tonar ner sin roll men beskriver arbetsgången:

– Läkarna samlar in statistik från journalsystemet och hittar de som har sänkta värden och vi får den listan. Står patienten på väntelista för återbesök markerar jag i infotexten ”kronisk njursjukdom?” och lägger in en påminnelse så att det i kallelsemallen står att patienten ska lämna urinprov inför besöket, säger hon.

Effektivare vård med samordnad provtagning

I de fall patienten inte står på väntelista, utan redan är inbokad för besök, skrivs istället in att patienten ska lämna urinprov i samband med besöket.

– Genom att samordna provtagningen med den övriga vården kan vi jobba mer effektivt, säger Anneli Malmström.

Patientenkät

För att fånga upp patienternas upplevelse gjorde man en enkät med fyra frågor, som postades till patienterna efter besöket.

- Hur rankar du besöket som helhet? Skala från 1–10 där 10 är bäst.
- Diskuterade läkaren njurfunktion med dig? JA/NEJ
- Om JA: Vad uppfattade du själv av den diskussionen? Fritext.
- Vad kan göras bättre vid nästa besök? Fritext.

Hon gillar att arbeta i en liten organisation där arbetet inbegriper olika uppgifter.

– I begynnelsen satt man som medicinsk sekreterare bara och skrev diktat hela dagarna. Här skriver läkarna själva, det tycker våra doktorer går nog så snabbt, säger hon och fortsätter:

– Det är kul att alla vi som jobbar här hjälps åt för att få till en så bra vård som möjligt för våra patienter.

Peter Johansson beskriver ett tydligt fall där patienten haft glädje av den nya processen. Det handlade om en 88-årig man som hade haft sänkt njurfunktion under många år, vilket framgick av journalen.

– Men i och med projektet har vi nu kontrollerat urinprov på honom enligt de nya rutinerna för första gången i fjol. Urinproverna, tagna med tre månaders mellanrum, visade på att han, trots bra blodtrycksmedicinering, hade påverkan på njurarna, säger Peter Johansson.

Detta gjorde att mannen har förskrivits SGLT2-hämmare, vilket har normaliserat hans värden.

– Så jag skulle säga att patientvinningen med projektet i just hans fall är ganska solklar, säger han.

Man har även använt en patientenkät för att mäta utfallet (se ruta). Hittills har 44 personer

svarat. Av dem har 84 procent uppfattat att man pratat om njurfunktionen.

– Men de nämner inte vårt förbättringsarbete för det ska ju inte märkas.

Vad gäller önskade förbättringar anser en del att det tagit för lång tid till besöket och önskade att det skulle vara mer punktligt årsvis.

– Vi vet om att vi har släpat efter lite, då vi har haft läkarbrist, säger Peter Johansson.

Förändringar tar tid

Precis som Peter Johansson jobbar långsiktigt för att rekrytera läkare, ser han att förbättringsarbete också är en långsiktig process.

– Vi började med ett kvalitetsarbete inom diabetes 2017 och nu har vi femårsdata som visar på fantastisk effekt. Men det tar alltid tid, säger han.

Han tycker att kvalitetsarbeten borde löpa på två år istället för som nu på ett år.

– Då kan man planera projektet ett år och genomföra det under nästa. Och samtidigt som man genomför arbete ett kan man planera nästa, så att man saxar, förklarar han.

Vad gäller kvalitetsarbetet om kronisk njursjukdom stämde man av och skrev rapport per den sista december 2023.

Då sågs en del förbättringar. Exempelvis vad gällde indikator ett, andel patienter som hade fått diagnosen njursvikt. Vid projektets inledning var

Tre tips för bättre kvalitetsarbete

- Involvera hela personalgruppen.
- Tänk långsiktigt och fortsätt följa upp även efter att projektet är avslutat.
- Sätt upp kroniska patienter på väntelista – det lönar sig i längden.

den andelen 28 procent och i dess slut 45 procent, med ett målvärde som enligt vårdprogram hade satts till 60 procent.

– Nu när jag tar fram data per den 31 maj i år är andelen 54,2, så det fortsätter uppåt, säger Peter Johansson.

Han menar att en framgångsfaktor för bättre vård är att få med hela personalen på tåget så att alla förstår vikten av alla delar i arbetet.

– Sedan handlar det om långsiktighet – att man håller i de nya rutinerna och fortsätter utvärdera över tid. Det är då kvalitetsarbete blir riktigt roligt, säger han.

Och det gäller också att inte stagnera.

– Nästa år är det dags för ett kvalitetsarbete om astma, säger Peter Johansson.

Text: Lotta Fredholm Foto: Anna Molander

Så flaggades patienterna

Vid vårdcentralen har man skapat en tydlig process för att patienter med lågt GFR verkligen lämnar urinprov.

- Med hjälp av det webbaserade programmet Medrave m4 tas statistik fram ur journalsystemet för att fånga upp patienter med sänkt njurfunktion. Det värdet är satt som ”glomerular function rate”, GFR, lägre än 60 ml/min/1,73 m^2.
- De med sänkt värde som står på väntelista för återbesök markeras med ”kronisk njursjukdom?”, vilket föranleder att de i sin kallelse ombeds ta med morgonurin.
- Patienter som inte stod på väntelista flaggas också, men får lämna urinprov i samband med det redan bokade besöket.

Sätt diagnos och individualisera behandlingen för bästa njurskydd

Trots att kronisk njursjukdom medför kraftigt förhöjd risk för hjärt-kärlssjukdom och i längden risk att utveckla njursvikt är underdiagnostik och underbehandling vanligt.

Sara Lind af Hageby, med dr, överläkare, ME Njurmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande RPO njursjukdomar, ledamot i expertgrupp njursjukdomar

Kronisk njursjukdom (CKD) orsakas av en bakomliggande njursjukdom eller en systemsjukdom med njurpåverkan som leder till försämring av njurfunktionen och/eller tecken på njurskada som till exempel albuminuri. Forskning från andra länder visar att prevalensen av CKD i befolkningen är ungefär 10 procent och att måttlig till uttalad CKD (GFR <60 ml/min/1,73 m²) förekommer hos ungefär 5 procent. Trots att sjukdomen medför en kraftigt förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom och risk att utveckla livshotande njursvikt är underdiagnostik och underbehandling vanligt.

Sara Lind af Hageby

I Stockholm har den så kallade SCREAM-studien bekräftat att underdiagnostik är ett problem även i vår region. Studien samlade in alla P-kreatinin som kontrollerats i Stockholms län 2006–2011 och kunde genom beräkning av eGFR identifiera att i kohorten hade 6 procent, eller drygt 68 000 personer, ett eGFR <60 ml/min/1,73 m². I kontrast till detta hade 2017 cirka 11 000 personer en registrerad diagnoskod för kronisk njursjukdom. Om man sätter siffran i relation till Stockholms befolkning motsvarar det en prevalens på 0,5 procent, det vill säga diagnos hade registrerats för endast en liten del av den uppskattade populationen med CKD. Registrerad diagnos är inte en nödvändig förutsättning för att en patient ska få rätt behandling men är ett tecken på att en sjukdom har uppmärksammats och det finns studier som talar för att korrekt diagnos ökar sannolikheten att få rätt behandling. I vårt arbete för att öka medvetenhet om och förbättra behandlingen av CKD är därför ett delmål att öka diagnosgraden.

Sedan 2017 har antalet patienter med CKD-diagnos successivt ökat. Aktuella siffror från Primärvårdskvalitet, ett nationellt system för kvalitetsdata, visar att i gruppen <80 år med eGFR <30 ml/min/1,73 m² har ca 80 procent en registrerad CKD-diagnos medan andelen är betydligt lägre – cirka 26 procent – för de med eGFR <60 ml/min/1,73 m².

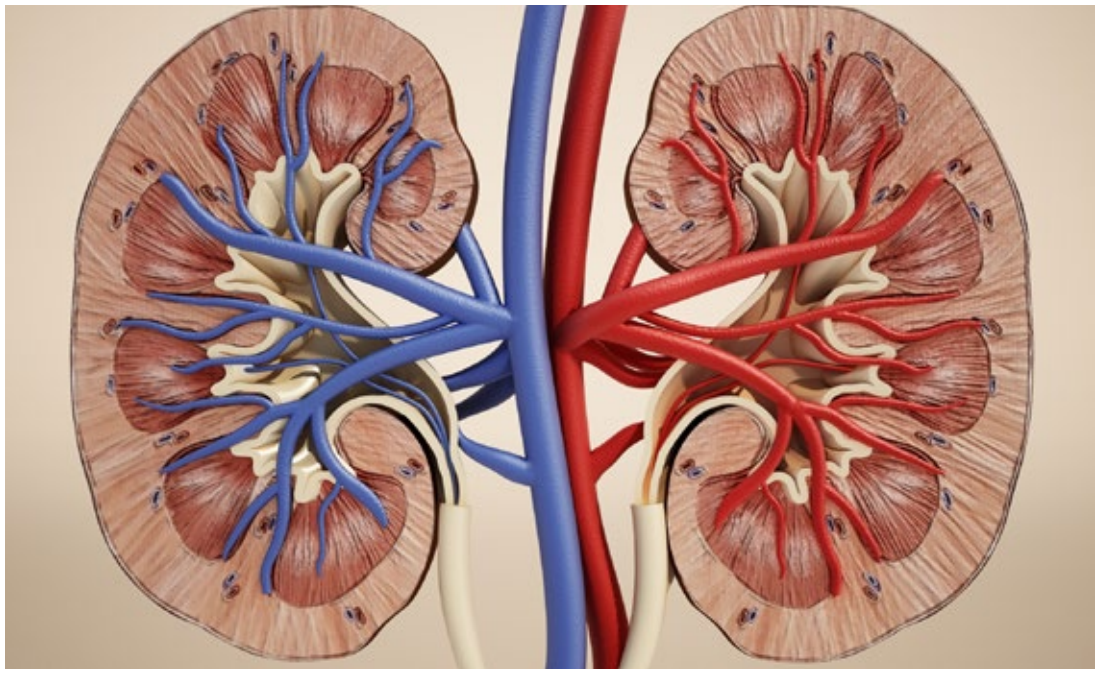
Låg diagnosgrad för måttlig CKD

Den låga diagnosgraden gäller nu alltså framför allt patienter med mer måttlig nedsättning av njurfunktionen. Skälen till detta kan naturligtvis vara skiftande men vår erfarenhet säger att en orsak är den skepsis som finns i delar av primärvården mot nyttan att sätta diagnos för patienter måttlig CKD, framför allt hos äldre. Även från njurmedicinare framförs ibland att en nedsatt njurfunktion hos äldre patienter är så vanligt att det inte är att betrakta som sjukdom. Förslag har väckts att införa åldersrelaterade CKD-gränser.

Samma diagnoskriterier för alla

Idag saknar dock diagnoskriterierna åldersgräns

BILD: ISTOCK



och grundar sig helt på njurfunktionsnivå och tecken på njurskada (grad av albuminuri). Därför har en 22-åring och en 92-åring med eGFR 58 ml/min/1,73 m² samma diagnos – CKD stadium 3. Detta kan upplevas missvisande för den äldre patienten som har en låg risk att utveckla grav njursvikt under sin återstående livstid, men kan vara det även för den yngre patienten där den långsiktiga risken lätt underskattas. Samtidigt finns det uppenbara fördelar att inte använda ålder vid diagnossättningen. Exempelvis ska anpassning av läkemedelsdosering på grund av nedsatt njurfunktion göras på samma sätt oavsett patientens ålder. Det stämmer inte heller att alla äldre har nedsatt njurfunktion med god prognos utan variationen är stor.

Behandling alltid individuell

Att sätta korrekt diagnos enligt uppsatta kriterier bör därför inte vara kontroversiellt. Det avgörande är att därefter anpassa behandlingsinsatser och information efter patientens individuella prognos och önskemål för att uppnå så god nytta som möjligt. Patientens risk bör skattas genom att beakta GFR-nivå, nuvarande försämringstakt, grad av albuminuri och komorbiditet, och sättas i relation till uppskattad återstående livslängd. Lätt eller måttlig nedsättning av njurfunktionen, njurfunktion med ingen eller långsam försämringstakt och ingen eller låggradig albuminuri talar för låg risk att försämras i njurfunktion. Vid diabetes mellitus med höggradig albuminuri är risken för försämrad njurfunktion hög.

Patienter >80 år med CKD 3 progredierar sällan till symtomgivande njursvikt under sin livstid. I den gruppen är god blodtryckskontroll och kardiovaskulär prevention viktigast. Läkemedelsbehandling för att bromsa försämring av njurfunktionen är här av värde främst till patienter med makroalbuminuri och pågående försämring av njurfunktionen. För yngre patienter är det med tanke på den långa återstående livslängden angeläget att vara aktiv med både njurskyddande behandling och kardiovaskulär prevention. De allra äldsta och de sköra patienterna med kort förväntad överlevnad har sällan nytta av förebyggande behandling och det är då rimligt att prioritera bort den för att undvika biverkningar.

Referenser Se janusinfo.se

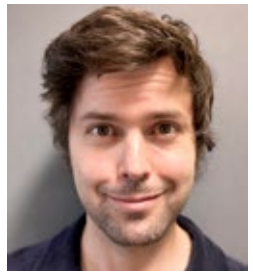
Antibiotikamyter – vad innebär det att ta det säkra före det osäkra

Medvetenheten om att antibiotika inte hjälper vid förkylning är numera väl förankrad. Det florerar dock fortfarande många myter om infektionssjukdomar och behandlingar, både i sjukvården och ute i samhället.

Rebecka Widerström, ST-läkare, Klinisk mikrobiologi, Strama Västmanland
Gabriel Heyman, Infektionsläkare, Strama Västmanland

Den här artikeln belyser två vanliga myter om antibiotika som fortfarande förekommer inom sjukvården. Den första: det är alltid säkrast att undvika penicillin och andra betalaktamantibiotika om det finns en överkänslighetsvarning i journalen. Den andra: en påbörjad antibiotikabehandling måste fullföljas helt för att motverka utvecklingen av resistens.

Rebecka Widerström


Gabriel Heyman

Myt 1: "Att ta det säkra före det osäkra vid penicillinallergi"

Läkare är vana att efterfråga och dokumentera misstänkt överkänslighet mot läkemedel i patientmötet och att noga överväga risken för allergisk reaktion och korsallergi när nya läkemedel sätts in. Den vanligaste journalvarningen för läkemedelsallergi i världen är för penicillin och följaktligen avstås ofta penicillin och närbesläktade antibiotika till patienter med bakteriella infektioner.

För säkerhets skull avstås ofta penicillin även om allergivarningen är otydlig eller innehåller ofullständig information. Att klassas som penicillinallergiker av sjukvården är dock inte riskfritt. Patienter med journalvarning för penicillinallergi har längre sjukhusvård, ökad risk för läkemedelsbiverkningar, oftare infektion med Clostridoides difficile, fler bärarskap av multiresistenta bakterier och till och med en ökad mortalitet jämfört med andra patienter. Orsaken till detta är sannolikt att de ersättningspreparat som ges när penicillin avstås kan ha sämre effekt, värre biverkningsprofil eller bredare antibakteriellt spektrum. På grund av detta blir det viktigt att endast de som verkligen är allergiska avstår penicillin och annan betalaktamantibiotika.

Sällan äkta allergi

Studier har visat att de utbredda varningarna för penicillinallergi sällan korrelerar med äkta allergi. Det är alltså mycket vanligare att tro att man är allergisk mot penicillin än att faktiskt vara det. Orsakerna till detta är många. Dels är ospecifika icke-IgE-medierade reaktioner med exantem vanligt under infektion och penicillinbehandling, dels klingar risken för upprepad överkänslighetsreaktion av med tiden och dels kan besvärliga biverkningar som illamående och diarré misstolkas som överkänslighet. Därför är det angeläget att plocka bort felaktiga varningar för penicillinallergi från patientjournaler. Ofta går det att från varningen eller tidigare journal värdera den misstänkta allergin. Varningar om isolerade GI-biverkningar som illamående eller diarréer är i princip aldrig allergiorsakade. Även många hudreaktioner tolkas felaktigt som IgE-medierade. Om reaktionen var mild och kom sent under eller till och med efter antibiotikakuren talar det starkt för att det inte är en äkta IgE-medierad överkänslighetsreaktion med risk för en ny snabb allvarlig reaktion vid reexponering.

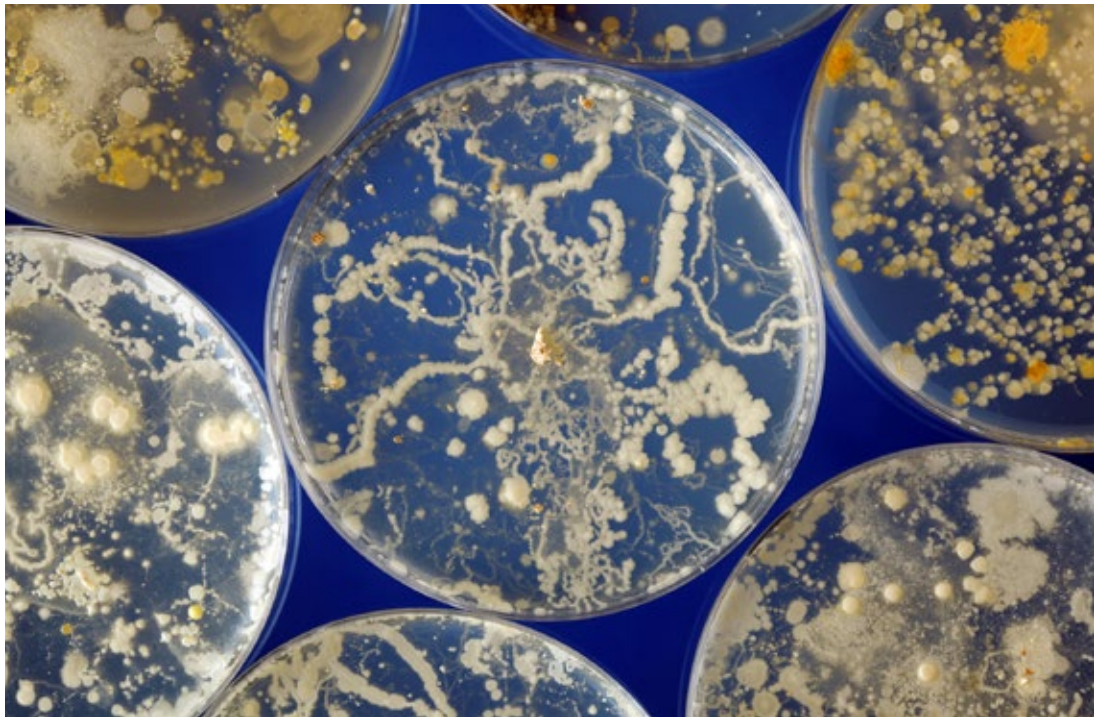
Rensa journalen på felaktiga varningar

Ställt i relation till ovan nämnda risker med att vara misstänkt penicillinallergisk och mängden av felaktiga allergivarningar bör det ses som ett viktigt patientsäkerhetsarbete att plocka bort dessa när så är möjligt, ibland på basen av anamnes, ibland efter provokationstest och ibland efter allergiutredning. Gränsfall kan med fördel diskuteras med allergolog eller infektionsläkare.

Ett annat område där det iakttagits överdriven försiktighet är risken för korsallergi mellan olika antibiotika, särskilt vad gäller korsallergi mellan olika grupper av betalaktamantibiotika, det vill säga risken för en patient med misstänkt allvarlig allergi mot penicillin att få en allvarlig reaktion på de besläktade läkemedelsgrupperna cefalosporiner och karbapenemer. Dessa läkemedel utgör den bästa behandlingen för många av våra svårast sjuka infektionspatienter och är inte riskfria att avstå "för säkerhets skull".

Det är i själva verket så att allergi mot enskilda betalaktampreparat som regel inte är riktad mot den generella betalaktamstrukturen utan mer mot undergruppspecifika sidokedjor. Det gör det enklare att värdera risken för korsallergi. Dessa sidokedjor varierar även inom respektive läkemedelsgrupp. För ceftibuten, cefixim, cefotaxim och ceftazidim finns ingen gemensam sidokedja med penicillinerna och inte heller någon ökad risk för allvarlig allergisk reaktion för den som tidigare

FOTO: ISTOCK



> Problemet med att avsluta en antibiotikabehandling för tidigt är endast i undantagsfall resistensutveckling

haft en tidig överkänslighetsreaktion på penicillin. Detta gäller inte för piperacillin/tazobactam som är penicillinbaserat och således har en hög risk för korsreaktion med andra penicillinpreparat.

Historiskt har risken för korsallergi mellan betalaktamer generellt överskattats baserat på erfarenheter av äldre cefalosporiner med mer penicillinlika sidokedjor. Ett specialfall är de patienter som haft en fördröjd allvarlig reaktion såsom Stevens-Johnsons syndrom eller toxisk epidermal nekrolys på något betalaktamantibiotika. Här rekommenderas att avstå hela betalaktamgruppen (penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer) då kunskapsläget inte är sådant att man kan utesluta risk för korsreaktivitet.

Myt 2: "Ta alltid hela antibiotikakuren för att undvika att resistens uppstår"

Det finns en utbredd uppfattning om att hela antibiotikakuren måste fullföljas som den ordinerades från början för att undvika resistensutveckling, även om patienten känner sig helt återställd. Den här idén är lika gammal som själva upptäckten av antibiotika. Detta tankesätt går dock stick i stäv med allt vi vet om naturligt urval, drivkraften för resistensutveckling. Vid enbart ett fåtal infektionstyper uppkommer resistens vid infektionsfokuset.

Resistens uppkommer istället typiskt hos bakterier i normalfloran, vilka inte är målet för antibiotikabehandlingen. Miljarder bakterier lever på huden, på slemhinnor eller i mag-tarmkanalen och under antibiotikatryck sker i dessa miljöer selektion och klonal amplifiering av resistenta stammar. Mutationer som medför resistens uppkommer spontant vid replikation och dessa innebär överlevnadsvinst enbart i närvaro av antibiotika. Därtill förekommer alltid arter med naturlig resistens mot olika antibiotika. Bakterier är synnerligen duktiga på att dela med sig av sitt genetiska material och gener som medför resistens kan med lätthet spridas mellan bakteriestammar och arter. Resistenta stammar kan sedan spridas mellan asymtomatiska bärare.

Dessa bakterier kan sedan leta sig in i sår, urinvägar eller andra infektionsfokus och orsaka svårbehandlade opportunistiska infektioner i ett senare skede. Miljön, framför allt i tarmen, är dessutom idealisk för selektion av resistenta varianter, eftersom koncentrationen av antibiotika/dess metaboliter är låg medan bakteriebördan och biodiversiteten är enorm, vilket ger mycket bra förutsättningar för utbyte av genetisk information bakterierna emellan. Ju längre och bredare behandling desto högre selektionstryck och desto större risk för resistensutveckling. Även höga nivåer av antibiotika i miljön i stort driver den här typen av resistensutveckling.

Antibiotikakurers längd ofta baserade på tradition

Problemet med att avsluta en antibiotikabehandling för tidigt är endast i undantagsfall resistensutveckling, utan snarare risken för utebliven utläkning eller recidiv. Antibiotikakurers längd baseras för det mesta på tradition, och de har ofta varit väl tilltagna för att undvika återinsjuknande efter avslutad behandling, medan oron för riskerna med överbehandling inte varit så stor. Därtill sammanfaller längderna ofta med multiplar av antalet dagar i veckan eller fingrar på handen, vilket indikerar ett visst godtycke i hur behandlingstiderna har valts.

Rekommenderade behandlingslängder för flera av våra vanligaste infektioner har de senaste decennierna kunnat förkortas allt eftersom nya studier visat att kortare kurer är lika effektiva som

FOTO: ISTOCK

långa. En grupp som studeras alltmer är patienter som svarat snabbt på insatt antibiotikabehandling. Det finns data som talar för att korta behandlingstider, så som tre dagar för pneumoni och fem dagar för erysipelas, inte är sämre än våra vanliga kurer på sju respektive tio dagar för denna specifika patientkategori. Evidensläget är dock ännu inte sådant att behandlingsriktlinjer kunnat justeras.

Kortare behandling kan motverka resistensutveckling

I framtiden kommer vi sannolikt att se mer individanpassade behandlingslängder där det i utvalda fall kan ges kortare behandlingar än det görs idag. Eftersom den totala antibiotikaexponeringen för patient, sjukhus och samhälle har stor betydelse för anrikningen och spridning av antibiotikaresistens kan kortare behandlingar vara en viktig del i kampen mot antibiotikaresistensen, förutsatt att det görs på ett patientsäkert sätt. I dagsläget ska dock aktuella riktlinjer om behandlingslängder följas, särskilt vid allvarliga tillstånd med hög risk för recidiv eller komplikationer som exempelvis led- och skelettinfektioner, bakteriemier och infektiös endokardit.

Antibiotikabehandling ska alltid utvärderas kontinuerligt, oavsett om 5, 7, 10 eller 14 dagars behandling har uppnåtts. Om den ursprungliga behandlingsindikationen visade sig vara felaktig kan man byta eller sätta ut antibiotika utan oro för resistensutveckling. För både patientens risk att bli bärare av resistenta bakterier och den globala resistensproblematiken gäller att kortare kurer är bättre.

Denna artikel har tidigare varit publicerad i Läkemedelsbulletinen, nr 2 maj 2024/Läkemedelskommittén i Västmanland

Ny behandlingsrekommendation om faryngotonsillit

I slutet av augusti publicerade Läkemedelsverket en ny behandlingsrekommendation om faryngotonsillit. Den största nyheten är att många patienter nu kan erbjudas en femdagarskur med antibiotika istället för tio dagar. Här ges en kort sammanfattning av den nya rekommendationen.

Anna-Lena Fastén, allmänläkare, Strama Stockholm

FOTO: ANNA MOLANDER

Anna-Lena Fastén

Faryngotonsillit är en inflammation i tonsiller och svalg orsakad av en akut infektion. Det vanligaste symtomet är nytillkommen smärta i halsen som förvärras när man sväljer. Ofta förekommer även feber och svullna ömma lymfkörtlar i käkvinklarna. Samtidigt debuterande snuva, hosta, heshet och mun- och svalgblåsor talar starkt för virusorsakad sjukdom.

Faryngotonsillit orsakas oftast av luftvägsvirus. Grupp A-streptokocker, GAS, är den vanligaste bakteriella orsaken till faryngotonsillit. Vid faryngotonsillit hos en i övrigt frisk patient behöver man inte leta efter något annat än GAS. Oavsett genes är faryngotonsillit vanligen självläkande.

I sällsynta fall kan patienter med faryngotonsillit bli allvarligt sjuka. Det är viktigt med tidig identifiering av tecken på allvarlig infektion, till exempel uttalad allmänpåverkan eller konfusion. Patienten ska då remitteras akut till sjukhus.

Bärarskap av GAS i svalget utan tecken till sjukdom är vanligt. Klinisk undersökning ska alltid föregå beslut om snabbtest för påvisande av GAS i svalget. För att identifiera patienter med hög sannolikhet för GAS-orsakad faryngotonsillit används centorkriterierna (faktaruta). Om minst tre centorkriterier uppfylls tas snabbtest för GAS. Om patienten har minst tre centorkriterier och fynd av GAS rekommenderas antibiotikabehandling, vilket förkortar symtomdurationen med 1–2,5 dygn. Vid 0–2 centorkriterier, eller vid 3–4 centorkriterier med ett negativt snabbtest för GAS, rekommenderas symtomlindrande behandling med analgetika.

Patienterna ska informeras om naturalförloppet. Ny kontakt bör ske omedelbart vid försämring eller vid utebliven förbättring efter tre dagar, oavsett om patienten förskrivits antibiotika eller ej.

CRP och LPK bör undvikas eftersom även virusorsakad halsinfektion kan ge förhöjda värden.

Handläggning av patienter med bakomliggande sjukdomar, immunsuppression eller med tidigare svår GAS-infektion, bör ske med hög riskmedvetenhet och en låg tröskel för såväl provtagning som antibiotikabehandling.

FOTO: JOHNER

Centorkriterierna

- Feber ≥ 38,5 °C.
- Ömmande käkvinkeladeniter.
- Beläggning på tonsillerna (*).
- Frånvaro av hosta.

* Hos barn 3–6 år räcker inflammerade (rodnade och svullna) tonsiller som kriterium

Behandling

Vid antibiotikabehandling av patienter över sex år utan underliggande sjukdom rekommenderas penicillin V i fem dagar med fyrdos eller tio dagar med tredos. Till övriga patienter rekommenderas tio dagars behandling.

Antibiotikabehandling av vuxna:

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dygn)
PcV	800 mg x 4 För vuxna utan allvarlig underliggande sjukdom, utan immunmodulerande behandling. *alternativt* 1 g x 3	5 10
Vid penicillinallergi typ 1		
Klindamycin	300 mg x 3	10
Vid terapisvikt och recidiv		
Klindamycin *alternativt* Cefadroxil	300 mg x 3 500 mg x 2	10 10
Gravida		
PcV	1 g x 4	10
Gravida vid terapisvikt och recidiv		
Cefadroxil *alternativt* Klindamycin	1 g x 2 300 mg x 3	10 10

Antibiotikabehandling av barn, upp till vuxendos:

Läkemedel	Dosering	Behandlingstid (dygn)
PcV	12,5 mg/kg x 3 *alternativt* 12,5 mg/kg x 4 för barn ≥6 år utan allvarlig underliggande sjukdom, utan immunmodulerande behandling	10 5
Vid penicillinallergi typ 1		
Klindamycin	5 mg/kg x 3	10
Vid terapisvikt och recidiv		
Klindamycin *alternativt* Cefadroxil	5 mg/kg x 3 15 mg/kg x 2	10 10

De nya rekommendationerna om läkemedelsbehandling vid faryngotonsillit finns att ladda med på lakemedelsverket.se.

Mässlingsfall ökar i Europa och i Norden

Mässling är en allvarlig sjukdom som ökar i hela Europa. Även i Sverige har fler fall än på många år rapporterats. De flesta har smittats på utlandsresor, även inom Europa. Det finns anledning till vaksamhet på symtom och att påminna om vaccination inför utlandsresor, både för barn och vuxna.

Cathierine Isitt, med dr, ST-läkare infektionssjukdomar, Karolinska Universitetssjukhuset, ledamot Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer

Helena Hervius Askling, överläkare och docent infektionssjukdomar, Akademiskt Specialistcentrum, SLSO, ordförande Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för vaccinationer

Det senaste året har vi sett ett stigande antal fall av mässling i Europa. I EU har det rapporterats nästan 18 000 fall, varav 13 dödsfall det senaste året. De flesta mässlingsfallen har rapporterats från Rumänien, Italien, Belgien Frankrike, Tyskland, Österrike och Spanien. I Storbritannien rapporterades 2300 fall av laboratorieverifierad mässling i England varav ungefär hälften av fallen i London, sedan januari 2024. Majoriteten av fallen i det pågående utbrottet har rapporterats bland barn under 10 års ålder. Huvudanledningen till spridningen är att för många barn och unga vuxna är ovaccinerade mot mässling. Antalet mässlingsfall i Sverige är relativt lågt men har också ökat, under 2024 hittills 37 fall enligt Folkhälsomyndighetens statistik. De flesta av dessa fall är importerade från andra länder i Europa där mässling förekommer.

Cathierine Isitt

Helena Hervius Askling

FOTO: ANDREAS ANDERSSON

Ingår i det svenska vaccinationsprogrammet

I Sverige ges MPR-vaccinet rutinmässigt till barn i två doser, vid 18 månaders ålder och i årskurs 1–2. Efter första dosen har ungefär 96 procent av barnen skydd mot mässling. Efter dos två ökar det till 99 procent. Skyddet räcker livslångt i de allra flesta fall. Vid resor utom Norden kan MPR-vaccin ges från 6 månaders ålder. Om det ges före 12 månaders ålder behövs en extra dos vid 18 månaders ålder, eftersom maternella antikroppar dämpar effekten av dos 1. Om vaccinet ges efter 12 månaders ålder kan denna dos däremot räknas som dos 1 och ingen extra dos behöver ges.

Mässlingvaccinet introducerades i Sverige 1971 men med ganska låg vaccinationstäckning de första åren. Från 1982 introducerades 2-dosschemat med MPR-kombinationsvaccin. Vuxna födda innan 1970 är oftast, men inte alltid, immuna mot mässling på grund av naturlig infektion. Man kan räkna med immunitet hos de som är födda före 1960.

> Varje person med mässling beräknas sprida smittan till 18 andra personer

Dödlighet i mässlingssjukdom ligger kring 1/1000–5000 fall i höginkomstländer. Komplikationer i form av bland annat sekundära bakteriella infektioner uppstår i 20 procent av fallen men bland vissa grupper såsom spädbarn, äldre och immunsupprimerade personer är risk för komplikationer högre. En sällsynt men dödlig komplikation är subakut skleroserande panencefalit (SSPE) som visar sig först 7–10 år efter den initiala infektionen. Detta är en form av degenerativ hjärninflammation med dödlig utgång. Incidensen av SSPE är svårt att kartlägga men i USA ligger den på 22/100 000 och man har sett högre incidens ju tidigare i livet man drabbas. Mässlingsvaccin ger inte SSPE.

Smittvägar och symtom

Mässling orsakas av morbillivirus och sprids via både dropp- och luftburen smitta. Inkubationstiden är mellan 7–14 dagar. De första symtomen är oftast feber, torrhosta, konjunktivit (röda ögon) och ljuskänslighet. Mellan 3–5 dagar efter symtomdebut kommer utslag som oftast börjar i hårfästet och runt öronen innan det sprider sig till resten av kroppen. I kindslemhinnan kan man även få små vita prickar, så kallade Kopliks fläckar, som bara kan ses vid mässlingsinfektion. Febern brukar börja lägga sig efter en vecka om förloppet är komplikationsfritt. Mässling är så pass smittsamt att innan vaccinet fanns hade nästan alla barn haft infektionen före 15 års ålder. Varje person med mässling beräknas sprida smittan till 18 andra personer. Genomgången mässlingsinfektion ger livslång immunitet.

Kom ihåg att mässling finns i Europa

- Påminn om vaccinering inför resa
- Tänk på sjukdomen hos ovaccinerade barn som söker med feber efter resa utanför Norden. Kontakta Smittskydd direkt om du misstänker mässling.

Mässlingsvaccin

Ett vaccin mot mässling har funnits i Sverige sedan 1971. Idag ges mässlingsvaccin som kombination tillsammans med vaccin mot påssjuka och röda hund, så kallat MPR-vaccin, som introducerades i barnvaccinationsprogrammet till barn födda efter 1981.

Vaccinet är välbeprövat och säkert. Två vaccin finns på marknaden i Sverige, MMR-Vax-Pro och Priorix.

MPR-vaccinet innehåller försvagade virus mot mässling, påssjuka och rödahund. Det är ett så kallat levande försvagat vaccin.

De allra flesta personer kan vaccineras med mässlingsvaccinet. Några få kontraindikationer finns, till exempel ska vaccinet inte ges till gravida eller till kraftigt immunsupprimerade barn eller vuxna.

Två doser med minst fyra veckors intervall rekommenderas för immunitet, men fler doser kan ges om det är aktuellt till exempel vid osäker vaccinationsstatus.

FOTO: JOHNÉR

MPR-vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund rekommenderas till:

Personer som är osäkra på om de haft mässling eller röda hund och inte säkert fått två doser vaccin. Det gäller framför allt hos personer födda i Sverige 1960–1980, eller utomlands utan vaccindokumentation.

Vårdpersonal ska erbjudas MPR-vaccin på arbetsgivarens bekostnad om de inte säkert är immuna.

Läs mer om MPR-vaccin här:

Vaccination för vuxna och riskgrupper – Janusinfo.se

Mässlingsvaccination – Riktlinjer för vårdgivare | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se) Två doser med minst 4 veckors intervall rekommenderas för immunitet, men fler doser kan ges om det är aktuellt/osäkert vaccinationsstatus.

Referenser

Se janusinfo.se

4 frågor till Karin Schenck-Gustafsson

”En del har hänt, men inte tillräckligt!”

Karin Schenck-Gustafsson, har tilldelats Karolinska institutets stora silvermedalj för forskning och arbete kring könsaspekter på läkemedelsbehandling.

FOTO: STEFAN ZIMMERMAN

Karin Schenck-Gustafsson, professor emeritus i kardiologi vid institutionen för medicin, Karolinska Solna

Hur kom du in på ämnet köns- och genustänkande inom forskning, utbildning och klinik?

På grund av mina erfarenheter av dålig kvinnorepresentation i studier. Till exempel vid studier på hjärt-kärlsjukdom fanns inget köns- och genusperspektiv trots att det är den vanligaste dödsorsaken även för kvinnor. Efter att som chef för hjärtintensiven insett att kvinnors hjärt-kärlsjukdom var annorlunda än männens startade jag upp forskning på kvinnors hjärtinfarkt. 2001 bildade jag Centrum för Genusmedicin med inriktning biologiska könsskillnader.

Med hjälp av jämställdhetsmedel från SKR/SLL kunde jag för tolv år sedan starta upp Janusmed kön och genus.

Hur långt har arbetet nått?

Inom området har det hänt en del men inte tillräckligt! Forskningsråd med amerikanska NIH (National Institutes of Health) och Kanadensiska forskningsråd i spetsen har kommit med rekommendationer om att inkludera bägge könen i såväl preklinisk som klinisk forskning. Svenska Vetenskapsrådet och andra forskningsråd har antagit detta, liksom Läkemedelsverket via EMA. Ansökningar utan könsskillnadsperspektiv kan numera avslås.

Inom läkemedelsindustrin kan dock fortfarande ses att man enbart anger antal deltagande män och kvinnor utan att analysera könsskillnad i resultaten.

Vad är du mest nöjd med att ha uppnått inom området?

Åtminstone inom hjärt-kärlområdet finns ett bättre könstänk i forskningen men även inom flera andra områden.

Centrum för Genusmedicin och Klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset bedriver fortfarande mycket utbildning för läkarstudenter, sköterskor och sjukgymnaster, liksom föreläsningar för allmänheten. Studenter vi föreläser för efterfrågar alltid kön- och genusaspekter.

När det gäller riktlinjer för behandling av hjärt-kärlsjukdom ses till exempel från ESC (Europeiska kardiologföreningen) att kvinnor numera inte sorteras under ”special groups” tillsammans med äldre, invandrare, diabetiker, utan finns med i huvudgruppen.

Vad finns kvar att göra?

Om vi inte fortsätter att påminna om köns- och genustänkande i klinik, forskning och undervisning kommer många patienter att bli lidande och forskningen sämre.

Text: Martina Junström

Skamligt att prata pengar i vården?

FOTO: ANNA MOLANDER

Maria Ljungdahl om läkemedelsfrågor

Minnet sviker. Men som jag kommer ihåg det nämndes inte vårdkostnader under läkarutbildningen vid olika blodprov, operationer, sjukhusinläggning eller rätt till sjukresor. Inte heller läkemedelskostnader och läkemedelsstatistik. Eller så var jag sjuk den dagen. Det var nästan skamligt att prata pengar när det gällde att rädda liv och ge rätt vård. Väl i verkligheten märktes dock att ekonomi är en oundviklig del av sjukvården. Sanningen är att pengapåsen är begränsad och för att kunna erbjuda den bästa vården till de allra flesta måste vi bli medvetna om hur vi använder våra resurser.

I Region Stockholms handlingsplan ”Läkemedelsstrategi 2023–2026” är hållbar läkemedelsanvändning ett fokusområde och det innefattar kostnadseffektivitet. Medel för att uppnå kostnadseffektiv läkemedelsanvändning kan vara att öka medvetenheten om nationella och regionala rekommendationer och även att enskilda vårdgivare ska kunna följa upp sina läkemedelskostnader. Men läkemedelsstatistik, i detta fall vad vi betalar för läkemedel, är inte det lättaste att förstå.

Region Stockholm hade under 2023 samlade läkemedelskostnader på 11 miljarder kronor och efter *återbäringen* (se lathund sid. 26) från nationellt framtagna avtal landade notan på 10 miljarder. Huvudandelen av kostnaderna uppstår vid *expedition av receptläkemedel* på apotek med 70 procent och därefter följer *rekvisitionskostnader* på 26 procent. Några av sjukvårdsområdena med högst kostnader inbegriper cancer, inflammation och autoimmunitet, diabetes och hematologi. I primärvården kan kostnaderna vara onödigt höga om läkemedel utan säker evidens förskrivs, om ett dyrare men likvärdigt preparat skrivs ut eller förskrivning fortsätter utan ställningstagande och försök till avslut. Läkemedelskostnaderna ökar kraftigt, och förväntas fortsätta öka under kommande år, bland annat på grund av att vi behandlar fler patienter och får tillgång till nya behandlingsalternativ. Dessutom ökar *restsituationerna* och det kan leda till ökade kostnader i samband med att alternativ köps in från andra länder, så kallade *licensläkemedel*. När *patentutgångar* för läkemedel med stor omsättning sker kan kostnaderna dock minska påtagligt. Det varje vårdgivare kan bidra med för att öka effektiv, patientsäker och jämlik läkemedelsanvändning är:

1. Följsamhet till Kloka listan när det är möjligt.
2. Byt till *generika* och *biosimilarer* (den senare när kliniken tillåter).
3. Inhämta kunskap från *informationsapotekare* från *Akademiskt Primärvårdscentrum (APC)* och delta i Stramas utbildningsinsatser.
4. Följ *NT-rådets* rekommendationer för nya läkemedel.
5. Kolla in din enhets läkemedelsstatistik.

Slutade du läsa nu? Läkemedelsstatistik kan få vem som helst att gäspa. Men ge mig en liten stund till. Har du suttit på ett möte och fått se en graf över läkemedelskostnader men inte riktigt förstått vad du ser? Vad innebär till exempel *DU90%*? Vad är *särläkemedel*? Det finns så många begrepp, för att inte nämna olika samarbeten och överenskommelser mellan läkemedelsaktörer, som gör läkemedlets väg i samhället svårförståelig. Se Lathund för Läkemedelslingo för att lära dig några grundläggande läkemedelsbegrepp och definitioner som används vid beräkning av läkemedelskostnader. Det är bra att kunna, även om du ”bara” räddar liv och ger rätt vård. Alla kursiverade begrepp i texten finns beskrivna i lathunden på nästa uppslag, samt några fler jag ville skicka med till dig. Lycka till!

Lathund för Läkemedelslingo

AIP – apotekets inköpspris
AUP – apotekets utförsäljningspris
Akademiskt primärvårdscentrum – primärvårdens stöd för forskning, utbildning och utvecklingsarbete i Region Stockholm.
Apotekens handelsmarginal = apotekets utförsäljningspris (AUP) minus apotekets inköpspris (AIP). TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) bestämmer marginalen för receptbelagda läkemedel, stomi- och förbrukningsartiklar som ingår i högkostnadsskyddet.
Begränsad subvention – läkemedlet är subventionerat bara för en viss patientgrupp eller en viss sjukdom. T.ex. Ozempic (semaglutid) som endast är subventionerat för patienter med DM typ 2 som först provat andra läkemedel.
Biosimilarer – biologiskt läkemedel med likvärdig aktiv substans som ett annat biologiskt läkemedel. I Sverige finns ännu inte utbyte av biosimilarer på apotek, till skillnad mot generika.
DDD – (definierad dygnsdos) – antagande om vuxnas medeldos/dag för ett läkemedel givet på dess primära indikation. Utvecklades för att läkemedelsstatistik lättare skulle kunna jämföras mellan olika länder. Vid bruk av DDD är det viktigt att bedöma risken för över- eller underskattning av användandet. Till exempel har warfarin, som ju har en högst individuell dosering, DDD på 7,5 mg/dag.
DU90% (drug utilization 90%) – ett kvalitetsmått på läkemedelsförskrivningen. Ett exempel är att titta på en vårdcentrals utförda förskrivningar under tre månader, beräkna vilka läkemedel som står för 90 procent av förskrivningsvolymen (mätt som DDD) och jämföra läkemedlen med behandlingsrekommendationer som till exempel Kloka listan.
Expedition av receptläkemedel – apoteket lämnar ut läkemedel som är förskrivet på recept till patient. Förskrivaren tar vid förskrivning ställning till om patienten är förmånsberättigad och om hen uppfyller villkoren för subvention (vid begränsad subvention).
Generika – när patentet går ut för originalläkemedlet får andra företag producera läkemedel med samma aktiva substans. Det brukar leda till konkurrens och sänkt läkemedelskostnad. I de flesta fallen kan utbyte till billigare vara ske på apoteket av receptarier eller apotekare (utan kontakt med förskrivare).
Informationsapotekare – från APC. Gör uppsökande besök på vårdcentraler i Stockholms län för att ge information om läkemedel, till exempel förändringar i Kloka listan. Varje vårdcentral har sin ”egen” ansvariga informationsapotekare.
Licensläkemedel – ett läkemedel som inte är godkänt i Sverige. Förskrivaren skriver en motivering varför licensläkemedel behövs och skickar den till ett apotek som sedan utför själva licensansökan till Läkemedelsverket. För licensansökan används e-systemet KLAS.
Läkemedelsförmånen – de flesta receptläkemedel ingår i den statligt finansierade förmånen, de är alltså subventionerade. Receptbelagda förmånsläkemedel kostar lika mycket på samtliga apotek.
Läkemedelsstatistik över konsumtion – kan mätas i kostnad (till exempel regionens eller patientens kostnad) antal enheter (till exempel förpackningar eller DDD), antal förskrivningar eller i fysisk kvantitet av läkemedel (volym). Antal individer som hämtar ut receptläkemedel kan också mätas, för rekvisitionsläkemedel finns inte den informationen i nuläget.
NT-rådet (Rådet för nya terapier): en expertgrupp som beslutar om vilka nya läkemedel som ska ingå i den nationella processen för ordnat införande. De ger även rekommendationer om användning av dessa läkemedel. Det gäller främst rekvisitionsläkemedel.
Patentutgångar – När originalläkemedlet kan få konkurrens av andra läkemedel med samma aktiva substans. Det gäller både kemiskt framställda läkemedel och biologiska läkemedel. Till exempel gick Zytigas (abirateron) patent ut år 2023 och generisk konkurrens finns vilket förväntas sänka läkemedelskostnaderna framöver.
Rekvisition – läkemedel som köps in av en vårdgivare för att ges till patienten, till exempel läkemedel på en slutenvårdsavdelning på sjukhus. Omfattas inte av läkemedelsförmånen. Utöver trepartsöverenskommelser (se ”återbäringen” nedan) upphandlar regionerna själva läkemedel på rekvisition och det är viktigt att välja upphandlade preparat för att hålla kostnaderna nere, till exempel vid beställning till läkemedelsförråd på sjukhus.
Restsituationer – läkemedelsföretag kan inte tillhandahålla läkemedel i samma mängd som efterfrågan. Läkemedelsverket sammanställer information om restanmälda läkemedel och ger information om eventuella läkemedelsalternativ på apoteken att byta till. Om det inte finns kan ett nytt recept med annan styrka behövas och ibland behövs licensansökan för läkemedel från annat land. Om läkemedelsföretaget inte anmäler risk för restsituation minst två månader innan faktisk restsituation, undantaget särskilda skäl, kan Läkemedelsverket utfärda sanktionsavgifter.
Smittskyddsläkemedel – kostnadsfria för patienten och betalas av regionerna. Regionerna ersätts sedan för dessa kostnader genom statsbidrag.
Subvention – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om pris och subvention på läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen. Subventionen innebär att staten går in och betalar en del av kostnaden.
Särläkemedel (orphan drugs) – används mot mycket sällsynta tillstånd med sjukdomsprevalens högst fem per 10 000 personer. Läkemedelsföretagen får fördelar från Europeiska läkemedelsverket (EMA) för att främja utveckling av läkemedel mot sällsynta sjukdomar. Kaftrio (ivakaftor, elexakaftor, tezakaftor) mot cystisk fibros är ett exempel på särläkemedel.
Återbäringen – regioner och staten får tillbaka en viss andel av läkemedlens kostnad från läkemedelsföretaget. Det sker genom trepartsöverläggningar som TLV koordinerar, där TLV, läkemedelsföretag och regioner förhandlar om återbäring för receptläkemedel. Avtalen, som också kallas "sidoöverenskommelsen", mellan företag, regioner och staten är sekretessbelagda. Den vanliga fördelningen av återbäringen är 60 procent till regionerna och 40 procent till staten, men 2023 fick regionerna 70 procent. Eftersom sidoöverenskommelserna är sekretessbelagda är det svårare att beräkna de faktiska läkemedelskostnaderna. Återbäringen gäller till exempel särläkemedlen Kaftrio och Kalydeco som används mot cystisk fibros.

ILLUSTRATION: ISTOCK

REGION STOCKHOLMS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ

Returadress vid okänd adressat:
Internpost: Region Stockholms läkemedelskommitté. Lindhagensgatan 98
Postadress: Box 30017, 104 25 Stockholm

Missa aldrig ett nummer av Evidens!
Gå in på janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Region Stockholm

Fortbildning – ett axplock

MÅNDAG 4 NOV

Behandling av aktiniska keratoser och prissättning av läkemedel

4 november kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

TORSDAG 7 NOV

Antibiotika och resistens i slutenvården – Vad är sjuksköterskans roll?

7 november kl. 12.45–17.00
Målgrupp: Sjuksköterskor i slutenvården
Plats: Westmanska Palatset

ONSDAG 13 NOV

Temakväll om infektioner med grupp A-streptokocker

13 november kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

TORSDAG 14 NOV

Hygien och smitta i förskolan

14 november kl. 12.45–17.00
Målgrupp: Personal på förskola
Plats: ABF-huset

ONSDAG 20 NOV

Psykofarmakologisk behandling under graviditet och amning – risk-nytta värdering och multiprofessionellt samarbete

20 november kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

TORSDAG 28 NOV

Antikoagulantia – falldiskussioner

28 november kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

ONSDAG 15 JAN

Kloka Listan Forum

15 januari
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor
Plats: Posthuset 7A

MÅNDAG 10 FEB

Uppdatering om sexuellt överförda infektioner

10 februari kl. 17.00–19.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor
Plats: World Trade Center