MEDICIN & LÄKEMEDEL #2· 2025

evidens

Sätt ut SSRI-behandlingen där det är lämpligt

Överbehandling med levotyroxin vanligt – överväg utsättning

Läkemedelsrond i team minskar onödig förskrivning

tema Utsättning

Ayda Shaker, överläkare vid Sollentunageriatriken
Katarina Holmgren, specialist i allmänmedicin vid Kista vårdcentral

Utsättning av läkemedel lika viktigt som insättningen

En tidning från Region Stockholms läkemedelskommitté
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

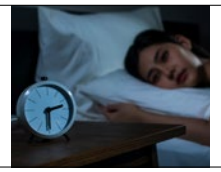
Region Stockholm

evidens MEDICIN & LÄKEMEDEL #2·2025

tema Utsättning

sid 6–27

Kloka kliniska val ska minska onödig primärvård **4**



Risk för överanvändning av melatonin **5**

Utsättning av läkemedel lika viktigt som insättningen **6**

Utsättning av läkemedel en vinst också för miljön **14**

"Sätt ut SSRI-behandlingen på prov där det är lämpligt" **17**

Överbehandling med levotyroxin vanligt – överväg utsättning **22**

Läkemedelsrond i team minskar onödig förskrivning **26**

Så hittar du interaktioner med annat än läkemedel i Take Care **28**

Ny bok lär patienter konsten att gå till doktorn **30**

Tips från farmakologen
Better out than in – kuriosa och praktiska tips om läkemedelsutsättning **34**

Ansvarig utgivare: Mats Ek, ordförande Region Stockholms läkemedelskommitté.
Redaktion: Fredrik Hedlund, chefredaktör, fh@fhmj.se· Jennie Cardell, allmänläkare · Raina Hanna Chabo, allmänläkare · Åsa Derolf, med dr, enhetschef · Elin Jerremalm, apotekare · Maria Ljungdahl, klinisk farmakolog · Martina Lund, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund.
E-post: lakemedelskommitten.hsf@regionstockholm.se · Webbplats: www.janusinfo.se/evidens.
Omslagsbild: Från vänster: Ayda Shaker, Katarina Holmgren. Foto: Anna Molander
Tryck: Åtta45 Tryckeri AB, Järfälla, Maj 2025
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
SVERIGES TIDSKRIFTER PUBLICISTER I SAMVERKAN

Kontinuitet och uppföljning

GÅR DET ATT använda läkemedel på ett klokt sätt? Frågan är retorisk, men svaret är tyvärr ofta nej – särskilt när det gäller uppföljning av insatt behandling. I mina samtal med förskrivare upplever jag att vi är överens om vikten av uppföljning. Men…

EFTER "MEN" FÖLJER nästan alltid två återkommande hinder: brist på kontinuitet och brist på tid. De hänger förstås ihop. Att följa upp en behandling tar tid – ännu mer om man inte själv varit med och planerat vården. Det tar tid för att samla in information om behandlingens resultat.

SAMTIDIGT ÄR DET få som ifrågasätter behovet av uppföljning. Ibland lyfts tanken att ansvaret kan lämnas till patienten: man sätter in en behandling och ber patienten höra av sig när det är dags för nytt recept. Jag förstår att modellen kan verka effektiv, men den har flera uppenbara brister.

FÖR DET FÖRSTA lägger den ett ansvar på patienten som inte alla har förutsättningar att ta. Det riskerar att leda till överbehandling – när patienten uppfattar att läkaren "vet bäst" och inte inser att ett eget ställningstagande förväntas. Men det kan också leda till underbehandling – när patienten utgår från att läkaren ska ta initiativ till förnyelse av recept. Dessutom ökar risken för att biverkningar inte upptäcks i tid, trots att de skulle kunna hanteras.

EN MÖJLIG LÖSNING är att mer konsekvent tillämpa delat beslutsfattande. Genom att ge patienten tydlig information om behandlingsalternativ, förväntad effekt och möjliga biverkningar,

FOTO: ANNA MOLANDER

kan vi göra patienten **delaktig i beslutet** – och därmed bättre rustad att utvärdera resultatet själv.

MEN DET KRÄVER också att patienten förstår sin vårdplan. Hur länge ska behandlingen pågå? Vart kan man vända sig vid frågor? När är det rimligt att följa upp? Även detta kräver tid. Och vi får inte glömma: delat beslutsfattande förutsätter att ansvaret är just delat – det innebär inte att hela beslutet lämnas över till patienten.

OM VI – SOM jag hoppas – vill att våra patienter ska få en så bra läkemedelsbehandling som möjligt, måste vi avsätta tid både för insättning och uppföljning. Vi måste också våga avsluta behandlingar som inte längre ger nytta. Det kan kännas jobbigt i stunden, men om det förenklar framtiden är det sannolikt mödan värt.

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

Kloka kliniska val ska minska onödig primärvård

Sveriges allmänläkare har fått ett nytt verktyg för att göra kloka kliniska val som ska leda en förbättrad kvalitet i primärvården.

Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, presenterar för första gången sina ”Kloka kliniska val” som har inspirerats av internationella motsvarigheter som ”Choosing wisely” och ”Preventing overdiagnosis”. De kloka valen består av en lista på fem punkter som ofta handlar om att undvika att göra saker.

– Listan ska ses som ett verktyg till allmänläkare, ett underlag som läkare kan ha i den kliniska verksamheten med patienter, säger Josabeth Hultberg, allmänläkare och initiativtagare till listan i en intervju i Läkartidningen.

Fredrik Hedlund

SFAM:s Kloka kliniska val

1. Medicinsk uppföljning bör ske utifrån individens behov, inte utifrån standardiserade tidsintervall och innehåll.

2. Undvik bilddiagnostik av knäled för att ställa diagnosen artros.

3. Undvik förskrivning av magsyrahämmande läkemedel för långtidsanvändning utan tydlig indikation. Gör aktiva nedtrappnings- eller utsättningsförsök vid okomplicerad sjukdom.

4. Undvik rutinmässig insättning av antidepressiva läkemedel vid lindriga till måttliga psykiska symtom.

5. Undvik upprepad kontroll av blodfetter för patienter med välfungerande blodfettssänkande behandling.

Stärkt koppling mellan finasterid och självmordstankar

Läkemedelsmyndighet uppmanar läkare att vara uppmärksamma på humörsvängningar hos patienter.

Den europeiska läkemedelsmyndigheten, EMA, uppmanar läkare att vara uppmärksamma på tecken på humörsvängningar och självmordstankar hos patienter som behandlas med finasterid (Propecia) eller dutasterid (Avodart).

Varningar för humörsvängningar och självmordstankar finns redan inskriven i de flesta preparatens produktresuméer, men efter en fördjupad granskning vill myndigheten rikta nytt fokus mot risken. Totalt 325 rapporter om självmordstankar som klassades som troligen eller möjligen kopplade till behandlingen hittades i myndighetens biverkningsregister, en klar majoritet, 313 stycken, för finasterid. Vanligast var självmordstankar hos patienter som behandlades med finasterid i den lägre dosen, 1 mg, mot håravfall (androgen alopeci).

Fredrik Hedlund

FOTO: ISTOCK

Risk för överanvändning av melatonin

FOTO: ISTOCK

Det finns en risk att melatoninläkemedel används alltför lättvindigt i Sverige, menar Läkemedelsverket. Det gäller både receptbelagda och receptfria preparat.

Enligt Läkemedelsverket har förskrivningen av melatonin ökat med 27 procent under tiden 2021 till 2024. I första hand handlar det om förskrivning till barn mellan 6 och 17 år där förskrivningen har ökat med 35 procent under samma period.

Receptbelagt melatonin är godkänt för behandling av sömnproblem hos barn 6–17 år med ADHD, där sömnhygienåtgärder har varit otillräckliga, och hos vuxna över 55 år samt för korttidsbehandling av jetlag hos vuxna, men subventioneras endast för barn 6–17 år.

Receptfritt melatonin är endast godkänd för korttidsbehandling av jetlag hos vuxna. Mellan åren 2021 och 2024 ökade den receptfria försäljningen med 125 procent, trots att merparten av tiden inföll under covidpandemin då flygtrafiken var ytterst begränsad.

En av tio tillfrågade uppgav att de använt receptfritt melatonin för att behandla sömnproblem under de senaste tolv månaderna samtidigt som antalet som använt det mot jetlag var mycket litet, enligt myndigheten.

– Vi ser en risk för att melatoninanvändningen görs för lättvindigt i takt med att det är mer lättillgängligt. I första hand ska patienter som söker hjälp för sömnproblem få råd om sömnhygien eller erbjudas psykologiska insatser, säger Elin Kimland, senior utredare vid Läkemedelsverket.

Fredrik Hedlund

Expertgrupp varnar för riskerna med gabapentin

Ökningen av gabapentinförskrivningen i Region Stockholm de senaste åren oroar.

Förskrivningen av gabapentin i Region Stockholm har ökat med cirka 50 procent sedan 2020. Något som får Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för smärta och reumatiska sjukdomar att höja ett varningens finger på Janusinfo.se.

Förutom epilepsi är gabapentin godkänt för behandling av perifer neuropatisk smärta. Vid smärtsam diabetespolyneuropati och postherpetisk neuralgi finns det evidens för en viss effekt. För övriga smärttillstånd är effekten mer tveksam, enligt expertgruppen.

Rapporter om missbruk av gabapentin har funnits i medicinsk litteratur sedan 2012 och i Storbritannien och ett antal delstater i USA är gabapentin narkotikaklassat. Dock inte i Sverige. I kombination med opioider kan gabapentin även leda till dödsfall, något som ses internationellt i takt med ökande förskrivning.

Expertgruppen pekar därför på vikten att följa upp behandlingseffekten, att göra återkommande uttrappningsförsök vid längre tids behandling och att undvika kombinationer med opioider.

Fredrik Hedlund

FOTO: ANNA MOLANDER

Katarina Holmgren, allmänläkare vid Kista vårdcentral, är på hembesök hos Rut Vestberg, en av patienterna inom Basal hemsjukvård.

Utsättning av läkemedel lika viktigt som insättningen

Antalet läkemedel som en person använder ökar vanligtvis med stigande ålder och ökad sjukdomsbörda. I takt med att befolkningen blir allt äldre ökar antalet som behandlas med många läkemedel. Något som har resulterat i insikten att det är lika viktigt att avsluta behandling med olämpliga läkemedel som det är att initiera behandling med lämpliga.

Utsättning av läkemedelsbehandling som en integrerad del i nationell kunskapsstyrning var en nyhet i Handlingsplan 2025 för den Nationella läkemedelsstrategin som presenterades tidigare i våras. Handlingsplanen har tagits fram i samarbete med 20 myndigheter och organisationer på regeringens uppdrag och gäller för den Nationella läkemedelsstrategin 2024–2026.

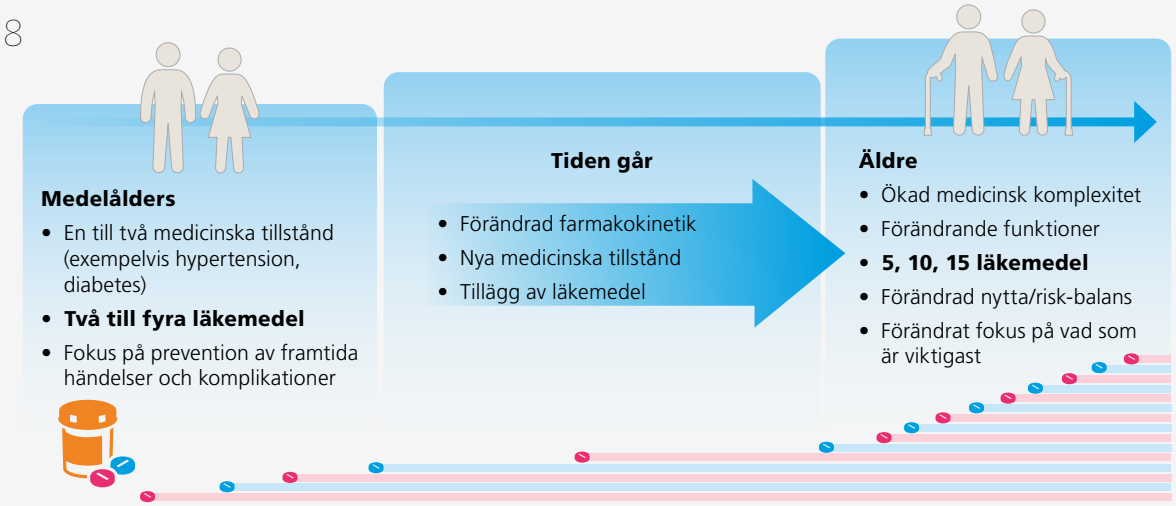
Myndigheterna har identifierat utsättning av läkemedel som en central del av en rationell och säker läkemedelsbehandling. Genom att minska onödig läkemedelsanvändning inte bara minskas patientsäkerhetsriskerna, utan det bidrar även till att reducera miljöbelastningen och sänka kostnaderna.

Kombinationen av att fler sjukdomar behandlas med läkemedel, att antalet sjukdomar generellt ökar med åldern och att fler människor lever längre, har lett till att en allt större andel av patienterna behandlas med fem eller fler läkemedel. Det är den vanligaste definitionen av begreppet polyfarmaci, vilket betecknar ett tillstånd där det börjar bli komplicerat att veta vilket läkemedel som orsakar vilken effekt, eller biverkan för den delen.

I takt med att en enskild patient blir äldre förändras också kroppsfunktioner som njurar och fett/muskelsammansättning vilket kan påverka farmakokinetiken av flera läkemedel.

Ökar risken för fallolyckor

En olämplig läkemedelsbehandling, särskilt hos äldre, kan öka risken för fall som i sin tur ökar risken för frakturer. Olämpliga läkemedel kan påverka patientens kognitiva förmåga negativt – från lindrig nedsättning till allvarliga tillstånd som akut delirium. Sammantaget innebär en olämplig



Livets gång. Från några få sjukdomar och läkemedel till många, kanske för många, är för de flesta bara en tidsfråga. Fritt efter Thompson W et al. Polypharmacy and Deprescribing in Older Adults. Annu. Rev. Med. 2024;75:113-27.

läkemedelsbehandling en ökad risk för akutbesök, sjukhusinläggning och i slutändan död.

När det handlar om utsättning av läkemedel är det i första hand två aspekter som är viktiga, menar Katarina Holmgren, specialist i allmänmedicin vid Kista vårdcentral och ledamot av Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa.

– Dels är det en säkerhetsfråga. Man ska inte ha läkemedel där nackdelar och risker med behandlingen överväger nyttan. Dels är det en livskvalitetsfråga. Om man har mycket besvär och biverkningar av sin läkemedelsbehandling så kan det i vissa fall, eller i många fall kanske, vara bättre att vara utan den, säger hon.

Allmänläkaren har huvudansvaret

Många patienter träffar flera olika läkare, både sin allmänläkare och olika specialister, som alla har ett ansvar över patienten, men den som har det övergripande ansvaret för en patients totala läkemedelsbehandling är ändå tydligt, menar Katarina Holmgren.

– Som allmänläkare skulle jag säga att huvudansvaret ligger på allmänläkaren. Det är en viktig roll som vi har. Vi har ofta den största möjligheten till personkännedom om den enskilda individen. Sedan är varje förskrivare skyldig att göra en bedömning av patientens hela läkemedelsbehandling varje gång man sätter in eller sätter ut en medicin. Man behöver säkerställa att varje ny insats passar ihop med de övriga medicinerna och behandlingarna som patienten har. Finns det risker med att ta bort eller lägga till det som jag vill ändra på? Varje gång man förskriver något nytt eller tar bort något så ska man bedöma helheten. Men jag skulle ändå säga att huvudansvaret, det extra ansvaret, ligger hos allmänläkaren, säger hon.

En uppgift som hon anser att allmänläkare generellt hanterar ganska bra, och som hon själv oftast kan ta sig an.

– Vi lyckas kanske inte alltid, men när det fungerar optimalt så klarar vi det. Jag jobbar mycket i Basal hemsjukvård och där tycker jag att jag har möjlighet att bedöma hela läkemedelsbehandlingen. Men det bygger på att det finns tid för det förstås. Framförallt det, att det finns tillräckligt med tid, säger hon.

Lång lista av läkemedel

Katarina Holmgren har många exempel på läkemedelsgrupper som ofta blir aktuella för utsättning.

– Jag hittar ganska ofta läkemedel som inte längre har någon indikation. Som till exempel protonpumpshämmare. Det är inte ovanligt att folk står på dessa år efter år, utan att det finns någon skarp indikation. De kan ofta gå att trappa ut.

FOTO: ANNA MOLANDER

”Huvudansvaret för patientens totala läkemedelsbehandling ligger på oss allmänläkare”, säger Katarina Holmgren

Kalk- och D-vitamin-tabletter är också vanligt att patienter står kvar på utan att det finns någon indikation. Man kanske har haft en osteoporosbehandling, men den är avslutad. Då ska man oftast också sätta ut kalk- och D-vitaminet. Det kan ge förstoppning. Då och då hittar jag patienter som fortfarande står på acetylsalicylsyra som primärprofylax. Det har vi ju gått ifrån för länge sedan i riktlinjerna. Då har man oftast en större blödningsrisk än potentiell nytta av behandlingen. Det kan ju vara skönt att slippa, säger hon.

Annat handlar om att förskrivningarna inte riktigt har hängt med i patientens livsutveckling.

– Jag upplever att det är rätt så vanligt att patienter i hemsjukvården har olika läkemedel mot överaktiv blåsa, urinläckage eller mot LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) och prostatabesvär. Detta trots att de har en mer eller mindre total urininkontinens och har på sig blöja hela tiden. Då har man oftast inte mycket vunnet av sådana läkemedel. Då kan man ta bort dem, säger hon.

– Sedan har jag läkarkollegor i hemsjukvården som ganska ofta plockar bort urinssyrasänkande medel mot gikt. Har patienten gått ganska många år utan giktattacker och är till åren kommen och vill ha lite färre tabletter, då kan man ofta prova att ta bort allopurinol, säger hon.

Kan behöva sättas tillbaks

Utöver rena utsättningar handlar det en hel del om att sänka doserna i takt med att kroppen åldras och de farmakokinetiska förutsättningarna förändras.

– Då gäller det att hänga med i doserna av till

FOTO: ANNA MOLANDER

Ayda Shaker, överläkare vid Sollentunageriatriken.

exempel blodförtunnande läkemedel och se till att dosen inte är för hög. Samma sak med hjärtmediciner, till exempel digoxin som sänker pulsen vid förmaksflimmer. Det kan ansamlas i kroppen om man får en sämre njurfunktion. Då kan man behöva sänka dosen ganska mycket och ibland ta bort det helt. Det stöter jag också på då och då, säger Katarina Holmgren.

Men av alla läkemedelstyper finns det en som är besvärligare än alla andra, menar hon.

– Generellt det som brukar vara knepigast att trappa ut är läkemedel med beroendepotential. Det brukar vara jobbigast för både patient och doktor, är min erfarenhet. Patienten får utsättningssymtom och ofta ökar både smärta och ångest tillfälligt. Det är det som brukar vara kämpigast, säger hon.

Sedan händer det att patienter faktiskt försämras efter en utsättning.

– Ja, det är klart att man kan bli sämre efter en utsättning, även om jag tycker att jag ganska sällan ser det. Men det är klart att man får vara beredd att sätta tillbaka behandlingen om patienten blir sämre utan den. Om man trappar ut en protonpumpshämmare och patienten sedan får väldigt mycket sura uppstötningar så får man sätta tillbaka behandlingen, säger hon.

Modigare att sätta ut än sätta in

Det är dock inte alltid så lätt att som allmänläkare plocka bort läkemedel som har satts in av organspecialister på sjukhus. Det finns en hierarki inom sjukvården som kan försvåra. Men det behöver inte vara så dramatiskt, menar Katarina Holmgren.

– Ofta behöver man kanske vara lite modigare för att sätta ut än för att lägga till läkemedel. Många gånger skickar jag frågeremisser och samråder med organspecialister kring dosering, behov och indikation för olika läkemedel. Så det är inte så att jag bara plockar bort utan att ha på fötterna, säger hon.

Även om syftet är att minska läkemedelsbördan och förbättra livskvaliteten för patienten är det inte alltid att patienten uppfattar det så. Ibland motsätter sig patienten utsättning av läkemedel trots att läkaren är tydlig med att behandlingen inte längre gör någon nytta eller till och med kan vara skadlig.

– Det händer ibland. Mest gäller det beroendeframkallande läkemedel. Patienten kan ha provat att vara utan någon gång tidigare och mått jättedåligt. Då får man förklara och motivera. Ibland händer det också när jag har velat sätta ut till exempel blodförtunnande läkemedel då det inte längre funnits någon indikation. Några patienter har varit väldigt tveksamma mot det. De har haft det i många år och det är en läkare som de har haft en god relation med och som de litar på som har satt in det en gång i tiden. Då får man prata om det. Jag brukar förklara varför jag gör den bedömning som jag gör. Men i slutändan är det jag som är ansvarig för vad jag förskriver. Om det är något som jag bedömer är skadligt för patienten så väljer jag att inte förskriva det oavsett patientens önskemål. Det kan patienter ibland tycka är

fel, men det är ju ändå det som är mitt jobb, säger Katarina Holmgren.

Kan göra stor skillnad

Att utsättning av läkemedel hos äldre med många mediciner påtagligt kan förbättra situationen finns det många historier om och Katarina Holmgren har även exempel på detta.

– Den jag tänker på främst är en äldre kvinna som bor på ett LSS-boende som jag rondade förut. Hon var ganska tungt medicinerad, både med neuroleptika, benzodiazepiner och antiepileptika. Hon gick och ramlade hela tiden och slog sig. Det var ett stort problem och hon hade hela tiden en mjuk hjälm på sig. Jag började trappa ut och sänkte dosen på flera av hennes läkemedel. Då slutade hon att ramla. Så det var ju jätteskönt, säger hon.

Just fallolyckor är en av de vanligaste konsekvenserna av olämplig läkemedelsbehandling hos äldre. Något som Ayda Shaker, överläkare vid Sollentunageriatriken och ledamot av Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för äldres hälsa kan intyga.

– Många äldre kommer in till oss på grund av att de har ramlat hemma. Då försöker vi alltid se om det finns någon förklaring till fallet i läkemedelslistan, säger hon.

Granskar läkemedlen efter fall

En av flera misstänkta läkemedelsgrupper vid fallolyckor är blodtryckssänkare, berättar hon.

– Har vi en sådan misstanke så gör vi alltid ett ortostatiskt prov, alltså att vi mäter blodtrycket i stående ställning, säger hon.

Andra läkemedel som ofta kan ligga bakom fallolyckor är neuroleptika, opioider och lugnande läkemedel.

Hade vården fungerat optimalt så hade olämpliga läkemedel redan identifierats och satts ut innan de resulterade i ett fall. Men det är inte alltid som det fungerar så. Då blir det Ayda Shaker och hennes kollegor som får gå igenom läkemedelslistan, efter fallolyckan, och se vad som kan ligga bakom.

– En hörnsten i vår verksamhet på geriatriken är att titta på patienternas, ofta ganska komplexa, läkemedelslistor. Redan vid inskrivning av patienten gör vi en avstämning så att läkemedelslistan stämmer med verkligheten. Och sedan under vårdtiden gör vi alltid en läkemedelsgenomgång. Vi gör då en individuell bedömning av hur skör den här människan är, vilka läkemedel som gör nytta och inte, säger hon.

Hjälpmedel för att hitta problemläkemedel

Till sin hjälp har hon då ofta den så kallade ”Clinical Frailty Scale”, CFS, som ger ett mått på hur

Exempel på läkemedel där utsättning kan övervägas

Läkemedel där indikationen inte längre finns kvar

- Protonpumpshämmare.
- Kalk- och D-vitamin.
- Acetylsalicylsyra som primärprofylax.
- Läkemedel mot överaktiv blåsa, urinläckage eller mot LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms), eller prostatabesvär när patienten har urininkontinens och har på sig blöja hela tiden.
- Allopurinol efter många år utan giktanfall.

Läkemedel som kan öka risken för fall eller konfusion

- Blodtryckssänkare.
- Neuroleptika.
- Opioider.
- Lugnande läkemedel.

Läkemedel där utsättning kan övervägas i livets slutskede

- Blodtryckssänkare.
- Blodfettssänkare.
- Blodförtunnare.
- SGLT2-hämmare.

skör en patient är. Tillsammans med ett symtomskattningsformulär för att upptäcka läkemedelsbiverkningar som kallas ”Phase 20” ger det oftast en god bild av vilka läkemedel som kan misstänkas ligga bakom problemen. Dessa, tillsammans med andra, verktyg och resurser kan hittas på Janusinfo.se, Praktisk information, Läkemedelsgenomgångar.

Hon tipsar också om funktionen i läkemedelsmodulen i Take Care där man kan skriva in ett symtom och så visas alla läkemedel som har symtomet som en biverkan. Det gör det lättare att hitta de läkemedel man bör titta närmare på.

Ayda Shaker håller med om att det naturligtvis hade varit bättre om läkemedelsgenomgången hade gjorts innan patienterna kommer in akut till henne.

– Men jag har känslan av att systemet inte riktigt räcker till för de här multisjuka äldre, säger hon.

Ingen statistik över läkemedelsgenomgångar

I Socialstyrelsens föreskrift HSLF-FS 2017:37, kapitel elva, regleras läkemedelsgenomgångar. Där anges att patienter över 75 år med fem eller fler läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid varje besök i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Hur väl detta följs i primärvården i Stockholm är dock svårt att svara på eftersom Region Stockholm inte längre har någon tillförlitlig statistik över genomförda läkemedelsgenomgångar.

Ayda Shaker pekar också på att som vården är organiserad är det ibland omöjligt att uppfylla alla krav i lagar, författningar och föreskrifter.

– Den som sätter in ett läkemedel ska ju egentligen ha en plan för hur lång behandlingen ska vara och när den ska följas upp. Och om den då inte visar sig ha effekt ska den sättas ut. Men där blir det ofta glapp. Det kanske är vi i slutenvården som sätter in en behandling, men vi har inga uppföljningsmöjligheter. Eller så sätts det in på vårdcentralen, men där byts doktorn ut eller så byter patienten vårdcentral och så faller det mellan stolarna, säger hon.

Olämpliga läkemedel kan även orsaka andra, mer diffusa, symtom som illamående, konfusion och nedsatt allmäntillstånd.

– Patienten kan antingen redan ha en underliggande kognitiv sjukdom, en demenssjukdom, eller inte, men anhöriga kan ha uppfattat patienten mer förvirrad. Också då är det en väldigt viktig del av handläggningen att gå igenom aktuell läkemedelsbehandling, särskild de som har en CNS-påverkan, och sätta ut läkemedel om det bedöms nödvändigt, säger Ayda Shaker.

I livets slutskede kan många läkemedel sättas ut

En särskild utsättningssituation uppstår i livets slutskede. När en patient bedöms ha en återstående livstid som är ett halvår eller kortare finns det knappast behov av att förebygga hjärt-kärlsjukdom eller behålla andra profylaktiska behandlingar vars syfte är att skydda mot framtida sjukdom. Det innebär att det är rimligt att överväga utsättning av blodtryckssänkare, blodfettssänkare, blodförtunnare, SGLT2-hämmare och andra behandlingar.

– Det är ju många patienter som blir glada över att få rensa. De som har haft en näve med läkemedel blir ofta tacksamma av att bli av med några stycken. Sen finns det ju de som är lite oroliga. Oj, den där medicinen har jag haft jättelänge, den vågar jag inte släppa. Man får då ta ett samtal med dem, ta emot deras oro och förklara varför man inte håller med, säger Ayda Shaker.

Att handlingsplanen för den nya Nationella läkemedelsstrategin lyfter utsättning av läkemedel som en egen punkt understryker dess avgörande betydelse för en rationell och säker läkemedelsbehandling. Det är egentligen självklarheter – att sätta ut olämpliga läkemedel är lika centralt för att uppnå en optimal behandling som att sätta in de rätta läkemedlen.

Fredrik Hedlund

Individualisera utsättningen

Vad är målet med interventionen? (vårdförlopp)

Vad betyder mest för patienten/anhörig?

Vilka är de viktiga vårdgivarna?

	Saker att överväga	Exempel
1 **Värdering**	• Komplett läkemedelslista med indikationer och erfarenheter (till exempel startdatum, svar, biverkningar). • Medicinska diagnoser. • Fysisk utvärdering. • Värdera funktion, svaghet, kognition. • Labvärden och diagnostiska test. • Vad är viktigast för patienten/anhöriga? • Mål för insatsen.	• En person med allvarlig neurokognitiv sjukdom och dennes anhöriga vill maximera livskvaliteten och minimera tablettbördan. • Medicinhistoriken visar att patienten har tagit ASA och klopidogrel under fyra år efter en stent i hjärtat. • Medicinhistoriken visar att patienten drabbats av ankelödem som började en vecka efter insättning av gabapentin. Behandlas nu med furosemid.
2 **Utsättnings-möjligheter**	**Baserat på värderingen avgör om:** • Aktuella läkemedel behövs och är till nytta. • Aktuell nytta (behandlingseffekter) är större än nuvarande eller potentiellt framtida risk. • Potentiella framtida nyttor (förebygga sjukdom) är större än nuvarande eller framtida risk. • Aktuell behandling ligger i linje med vad som är viktigast för patienten eller dess anhöriga.	• Klyx (dokusatnatrium) är inte bättre än placebo vid kronisk förstoppning. • Behandling med protonpumpshämmare fortsätter ofta i många år utan indikation. • Kombinationen kodein och gabapentin är associerad med en ökad risk för död. • Utsättning av statiner vid svår sjukdom kan förbättra livskvaliteten utan att påverka mortaliteten.
3 **Skapa en plan, prioritera**	**Tillsammans med patient/anhörig, tänk på:** • Vilka läkemedel har högst risk för skada? • Vilka läkemedel tillför minst nytta? • Vad skulle patienten vilja sluta med först?	• Vitaminer kan vara en enkel väg till att minska tablettbördan. • Kalciumtabletter är stora och svåra att svälja varför patienten gärna skulle vilja slippa dem.
4 **Genomför planen, utvärdera**	**Tillsammans med patient/anhörig:** • Kom överens om vilka läkemedel som ska sättas ut och hur (exempelvis behövs nedtrappning?). • Kom överens om en uppföljningsplan (reboundeffekter att se upp för, när och hur uppföljning ska ske, när läkemedel ska återinsättas om det behövs). • Kommunicera planen till relevanta hälsovårdsgivare.	För en patient som stått på bensodiazepiner i 20 år, motiverad att sluta, men orolig över rebound insomni: • Börja med en långsam nedtrappnming med regelbundna avstämningar. • Utvärdera potentiella utsättningssymtom och ha en plan för hur dessa ska hanteras (icke-farmakologiska insatser). • Kommunicera planen till patientens psykolog.

Utsättning i fyra steg. En översikt av utsättningsprocessens olika steg med praktiska exempel. Utsättningsprocessen innebär en chans att diskutera medicinska alternativ med patienter och/eller anhöriga som bör erbjudas möjlighet att vara involverade i varje steg av utsättningsprocessen. Det är viktigt att utsättningen utgår ifrån den enskilda patientens behandlingsmål och önskemål. Fritt efter Thompson W et al. Polypharmacy and Deprescribing in Older Adults. Annu. Rev. Med. 2024;75:113-27.

Utsättning av läkemedel en vinst också för miljön

Planera för utsättning redan vid insättning av ett nytt läkemedel, när det är relevant. En klok läkemedelsanvändning innebär att läkemedel också kan behöva sättas ut när nyttan inte längre överstiger riskerna. Det är ofta fördelaktigt för patienten, sjukvården, samhället – och för miljön.

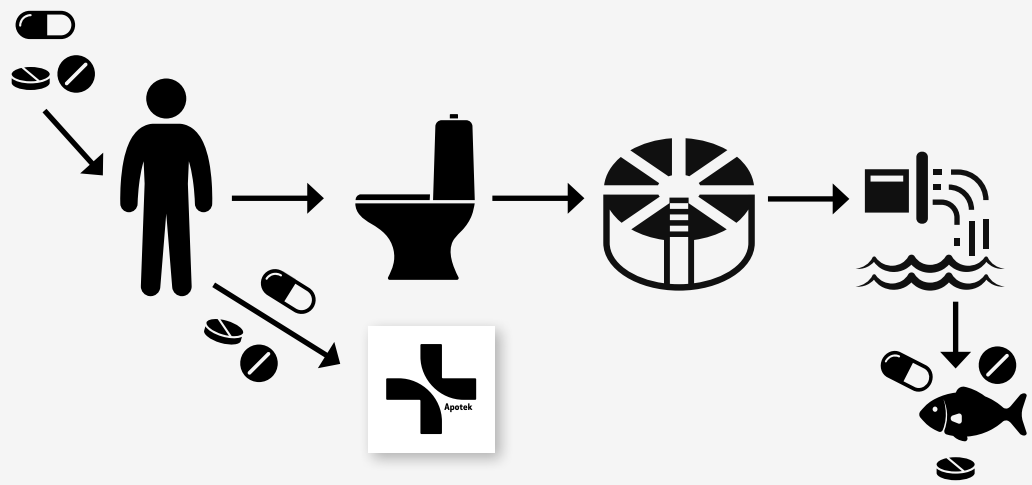
Helena Ramström, Leg. apotekare, farm.dr, Läkemedelsenheten, Kunskapsutveckling, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm

Läkemedel är betydelsefulla verktyg inom sjukvården för behandling av patienter, men användning av läkemedel innebär också att läkemedelsrester kommer ut i vattenmiljön. Det är välkänt att exempelvis könshormoner, diklofenak, antibiotika och läkemedel inom psykiatriområdet är problematiska ur miljösynpunkt. Vid användning av läkemedel spolas mellan 30 och 90 procent av peroral dos ut i avloppsvattnet vid toalettbesök och läkemedelsrester kan påverka vattenlevande djur. Bara när det gäller diklofenak kommer tonvis ut i våra vatten. Studier har visat påverkan på organ, och beteendeförändringar hos fisk samt att antibiotika i miljön kan spä på resistensproblematiken.

Uppströmsåtgärder är mycket viktiga

Under hösten 2024 fattades inom EU ett beslut om ett nytt avloppsdirektiv med rening även för läkemedelsrester. Avancerad rening av mikroföroreningar införs successivt till år 2045 på större avloppsreningsverk. Det kommer således att ta tid och alla avloppsreningsverk kommer inte att uppgradera. I ett förslag till nytt prioämnesdirektiv/”MKN-direktiv” (2008/105/EG) för ytvatten inom EU finns nio läkemedelssubstanser med gränsvärden upptagna: azitromycin, diklofenak,

Helena Ramström, farm.dr, Läkemedelsenheten



IKONER: ISTOCK

Vid användning hamnar läkemedelsrester i avloppsvattnet och kan nå vattenmiljön, trots passage genom avloppsreningsverk. Detta innebär en risk för påverkan på vattenlevande organismer. Överblivna och i vissa fall använda läkemedel, såsom plåster med kvarvarande substans, ska patienter lämna in till apotek.

erytromycin, estradiol, estron, etinylestradiol, ibuprofen, karbamazepin och klaritromycin. Diklofenak, estradiol och etinylestradiol är klassade som särskilda förorenande ämnen (SFÄ) tillsammans med ciprofloxacin med gränsvärden i Havs- och Vattenmyndighetens föreskrift HVMFS 2019:25. I vårt område, Norra Östersjöns vattendistrikt, finns redan idag betydande påverkan av diklofenak i 45 sjöar, vattendrag och kuststräckor och av etinylestradiol och/eller estradiol på 17 platser. Uppströmsåtgärder, det vill säga att förhindra att läkemedelsrester över huvud taget kommer ut i miljön, är mycket viktiga.

Följ Kloka listan

Det ska vara lätt att göra rätt i förskrivningsögonblicket genom att följa Kloka listan. Därför rekommenderas till exempel inte diklofenak, som är ett särskilt förorenande ämne, för smärtlindring och ska alltså inte användas. Det finns andra alternativ som är bättre ur ett medicinskt perspektiv och miljösynpunkt och som rekommenderas, som paracetamol och naproxen.

Samtidigt är det alltid patientens bästa som står i fokus. Därför rekommenderas flera preparat innehållande ciprofloxacin, estradiol och etinylestradiol, trots att de är särskilda förorenande ämnen, liksom andra läkemedel som är problematiska ur miljösynpunkt såsom andra könshormoner, antibiotika (exempelvis amoxicillin och lymecyklin) och antidepressiva läkemedel. Det vill säga, den medicinska aspekten väger tungt.

För grupper av läkemedel med liknande effekt och säkerhet kan det finnas en riskbild för alla läkemedlen i gruppen, till exempel antidepressiva läkemedel. Därtill saknas miljöinformation för många läkemedel. Utöver vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet och farmaceutisk ändamålsenlighet beaktar Kloka listan miljöaspekten där det går.

> Vidare att tänka på är att inte skriva ut mer läkemedel än vad som går åt utan att hellre iterera receptet vid osäkerhet.

Överväg startförpackning och att iterera receptet

Något att överväga i förskrivningsögonblicket kan vara att skriva ut startförpackning/mindre förpackning vid ny långtidsbehandling när så är praktiskt möjligt. Det kan bli mindre att kassera än om patienten hämtat ut för tre månaders behandling om man behöver avbryta/byta till annat läkemedel. Vidare att tänka på är att inte skriva ut mer läkemedel än vad som går åt utan att hellre iterera receptet vid osäkerhet.

Läkemedel kräver uppföljning och utvärdering

Varje insatt läkemedel kräver uppföljning. En ny punkt i miljöavsnittet i Kloka listan under rubriken Vad kan man som förskrivare göra? är följande: Planera för utsättning redan vid insättning av ett nytt läkemedel, när det är relevant.

Sedan tidigare finns: Utvärdera patientens läkemedelsbehandling regelbundet. Utvärdering och utsättning av läkemedel när det bedöms nödvändigt är positivt för patienten och minskar miljöpåverkan av läkemedel.

Positiva effekter vid läkemedelsutsättning

Läkemedel ska därmed ibland sättas ut och i livets slutskede kan det finnas anledning att avsluta all förebyggande behandling. Utsättning av läkemedel kan ge fördelar för patienten genom bättre livskvalitet. Det minskar också samhällets kostnader både vad gäller läkemedelsrelaterad sjukvård/omvårdnad inklusive faktiska läkemedelskostnader samt är fördelaktigt ur miljösynpunkt.

Utsättning av läkemedel kräver ofta uppföljning

Läkemedelsutsättning kan ibland ske direkt men kan också kräva nedtrappning som för selektiva serotoninåterupptagshämmare, och kräver ofta uppföljning. En läkemedelsbehandling som avslutas kan innebära utsättningssymtom, återfall i sjukdomen, risk för negativa händelser och att läkemedelsinteraktioner upphör. För utsättning av specifika läkemedel se vidare produktresumé/Fass. En annan källa som finns att tillgå är boken FAS UT. I Läkemedelsbokens kapitel Rationell läkemedelsanvändning står det också om läkemedelsutsättning.

Överblivna läkemedel ska kasseras på rätt sätt

Kvarvarande överblivna läkemedel ska kasseras på rätt sätt, det vill säga patienten uppmanas att lämna in sitt läkemedelsavfall till apotek. Det gäller också i vissa fall använda läkemedel, såsom brukade plåster och vaginalinlägg eftersom mycket läkemedel finns kvar efter användning.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är målet att ge patienten bästa möjliga behandling med minsta möjliga miljöpåverkan och som vid läkemedelsbehandling kan innebära utsättning av läkemedel när nyttan inte längre överstiger riskerna.

Referenser Se janusinfo.se

”Sätt ut SSRI-behandlingen på prov där det är lämpligt”

Mycket talar för att det är en överförskrivning av antidepressiva SSRI-läkemedel i Sverige. Många står på behandling år ut och år in, trots att det strider mot rekommendationerna. För patienter med stabilt psykiskt mående efter en okomplicerad depression, utan anamnes av återkommande depressioner, bör man prova att sätta ut behandlingen, tycker Sandra af Winklerfelt Hammarberg, primärvårdsrepresentant i expertgruppen för psykisk hälsa.

Sandra af Winklerfelt Hammarberg, allmänläkare och verksamhetschef på Liljeholmens universitetsvårdcentral.

FOTO: ANNA MOLANDER

1,2 miljoner svenskar hämtade 2023 ut minst ett recept på antidepressiva läkemedel på apoteket, enligt statistik från Socialstyrelsen. Störst är användandet i åldersgruppen 75 år och äldre medan den största ökningen sedan 2019 skett i gruppen barn och unga, 10–19 år.

Av dessa var det totalt 711 000 personer som hämtade ut recept på selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI. Det är alltså den i särklass vanligaste typen av antidepressiv medicin i Sverige och användningen är cirka 1,5 gånger högre än genomsnittet i OECD-länderna.

FOTO: CASPER HEDBERG

Johan Cedersjö, radiojournalist, aktuell med podden ”Experimentet – Det sista pillret”

Överbehandling i Sverige

Nu ställs alltfler frågor kring om det är en rimlig förskrivning eller om det handlar om en överbehandling i Sverige. Inte minst i den uppmärksammade podden ”Experimentet – Det sista pillret” där radiojournalisten Johan Cedersjö i åtta avsnitt redovisar processen med att avsluta sin mer än tio år långa behandling med SSRI som han tagit för diagnosen ”blandade ångest- och depressionstillstånd”. Så frågan är om en andel av de patienter som idag står på SSRI-läkemedel kan ha fått läkemedel av en anledning, men sedan inte följts upp och utvärderats, som för Johan Cedersjö där mer än tio år passerade och recepten bara förnyades. Borde fler patienter som står på SSRI-behandling vara kandidater för läkemedelsutsättning?

När det gäller frågan om utsättning av SSRI-behandling är det viktigt att förstå att det inte är svart eller vitt, menar Sandra af Winklerfelt Hammarberg. Hon är specialist i allmänmedicin och verksamhetschef på Liljeholmens universitetsvårdcentral samt primärvårdsrepresentant i Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för psykisk hälsa. Hon har dessutom disputerat på psykisk ohälsa i primärvården 2023.

– Idag säger våra riktlinjer att lindrig depression inte ska behandlas med läkemedel, men så var det inte tidigare. Samtidigt finns det många som bör få SSRI mot medelsvår till svår depression, vilket kan vara ett allvarligt tillstånd med stor påverkan på funktionsförmåga och där man kanske inte klarar att genomföra en psykologisk behandling utan medicinering. För vissa ångestsyndrom, kanske i första hand generaliserat ångestsyndrom (GAD) som i högre grad är kroniskt kan det också vara avgörande för funktionsnivå och livskvalitet med långsiktig behandling med antidepressiva läkemedel. Det är därför viktigt att veta vad det är man behandlar, säger hon.

Många olika skäl till behandling

Bland de drygt 700 000 patienter som idag behandlas med SSRI finns det alltså många olika diagnoser och Sandra af Winklerfelt Hammarbergs poäng är att det gäller att veta vilken diagnos patienten framför dig faktiskt har.

– Jag tycker att det är jättebra att den här diskussionen har kommit upp, vi ska inte medikalisera och behandla oklara psykiska besvär eller reaktioner på livssvårigheter med SSRI. Men jag tycker samtidigt att det är viktigt att inte pendeln slår över åt andra hållet, att vi inte kastar ut barnet med badvattnet, säger hon.

En förstagångsdepression som behandlas och svarar bra på SSRI ska inte heller vara en kronisk behandling.

– Nej, vi brukar säga att vid en första depression ska man behandla minst sex till tolv månader efter att patienten har gått i remission. Men efter det ska man prova att sätta ut läkemedlet, säger Sandra af Winklerfelt Hammarberg.

Mycket talar dock för att det inte har gjorts fullt ut och att det därför finns patienter som slentrianmässigt står kvar på sin SSRI-medicinering utan att någon egentligen vet om de behöver den eller inte. Då bör behandlingen sättas ut, menar Sandra af Winklerfelt Hammarberg.

> Ett problem, tio år efter att en SSRI-behandling sattes in, är att det inte alltid är så lätt att veta varför den sattes in från början.

– Vid utsättning är det klokt att ha kontakt med sin läkare och att man gör en plan för utsättningen. Jag brukar berätta för mina patienter vad de kan förvänta sig vid en utsättning där jag talar om att de kan uppleva utsättningssymtom. För de flesta SSRI behöver man trappa ned dosen på samma sätt som man trappade upp den vid insättning. Man kan i regel sänka dosen en gång per vecka. Symtom som är typiska vid utsättning som illamående, yrsel, en del kan få en känsla av elstötar och andra upplever obehagliga kroppsliga förnimmelser, behöver de inte vara rädda för, de är helt normala och kommer att gå över. Om man får mycket symtom kan man trappa ner dosen lite långsammare, men det är inget farligt, säger hon.

Nedtrappning bra för det mesta

Att utsättningssymtomen minskar om dosen SSRI långsamt trappas ned under ett par veckor finns det vetenskapligt stöd för. Men att det skulle vara så känsligt att man måste trappa ner till det som kallas mikrodoser är inte sant, enligt Sandra af Winklerfelt Hammarberg.

– Nej, och att påstå det är på ett sätt att lura patienterna, tycker jag. Det kan väcka deras ångest om att det skulle vara farligt med de här symtomen och då kan utsättningen bli svårare, säger hon.

Alla SSRI är inte heller lika vid utsättning. Preparatet fluoxetin (Fontex) behöver man inte trappa ut på samma sätt.

– Flouxetin har så lång halveringstid (4–6 dagar, reds anm) att det sätter ut sig själv. Där kan man gå från 20 mg till noll direkt, läkemedlet kommer att fasa ut ur kroppen under två veckor ändå, säger Sandra af Winklerfelt Hammarberg.

Ett problem, tio år efter att en SSRI-behandling sattes in, är att det inte alltid är så lätt att veta varför den sattes in från början. Var det en ren depression eller fanns det inslag av ångest, paniksyndrom, tvångssyndrom eller annat? Patienten kommer kanske inte ihåg detaljerna, och journalerna kan vara svåra att få fram efter så lång tid. Då får man prova sig fram.

– Prova och sätt ut läkemedlet, speciellt om du inte vet varför patienten har fått det från början. Man kan ju inte fortsätta en behandling bara för att vi har gjort så här i tio år. Det är ett väldigt dåligt argument för fortsatt läkemedelsbehandling, säger hon.

Gröna och röda flaggor

Hon framhåller än en gång vikten av att utbilda patienten i vad som är normala utsättningssymtom, gröna flaggor, och vad som är symtom på att en depression eller ångest är på väg tillbaka, röda flaggor.

– Ge patienten information om utsättningssymtom och en väg att återkoppla om symtomen inte försvinner efter en tid, eller om patienten upplever att depression- eller ångest-symtom kommer

FOTO: ISTOCK

Det kan vara svårt att veta hur SSRI påpverkar känslorna efter många års behandling.

tillbaka. Så att patienten har koll på de gröna och röda flaggorna, säger hon.

Det finns fallrapporter om patienter där utsättningssymtomen aldrig går över, men där menar Sandra af Winklerfelt Hammarberg att det sannolikt handlar om någonting annat än utsättningssymtom.

– Min kliniska tolkning, och det finns även vissa belägg för det i litteraturen som visar att den här typen av personer reagerar likadant på placebo, är att det mer handlar om vårt sätt att förhålla oss till det som händer. Då skulle jag säga att det troligen är ångesten som kommit tillbaka. Den typen av symtom kan komma tillbaka relativt snabbt, säger hon.

Skulle symtomen på depression eller ångest komma tillbaka så är det bara att sätta in läkemedlet igen eller diskutera andra psykologiska behandlingsformer, som KBT, med patienten.

Samtidigt bör en noggrann diagnostik göras så att det är tydligt inför framtida beslut.

Inte farligt att sätta ut SSRI

Enligt Sandra af Winklerfelt Hammarberg är det inte farligt att sätta ut SSRI, patienter brukar inte drabbas av kramper eller andra dramatiska reaktioner vid utsättningen. Men med patienter som står på antidepressiv behandling finns det alltid en oro för suicid.

– I normalfallet är det inte farligt att sätta ut SSRI. För de patienter där det skulle kunna vara farligt tror jag att man redan har en klar diagnos. Det är patienter med en svår depression från början, återkommande svåra depressioner eller patienter med tidigare genomförda suicidförsök. I primärvården är det en ganska liten grupp av de som står på SSRI. Har de varit inlagda på psykiatrisk avdelning kan man konsultera

psykiatriker. Är det här kanske en patient som ska stå kvar på medicinering?, säger hon.

Men enligt hennes erfarenhet går det oftast bra att sätta ut SSRI-behandlingen hos patienter i primärvården. Det är sällan som de behöver sättas tillbaka på medicineringen.

– Jag upplever att många patienter kan sluta med sin behandling utan att det blir problem. Jag har till och med patienter som har lärt sig strategier under medicineringen av sig själva, när de reflekterar och tittar tillbaka på sina reaktioner med lite mer distans. De kan känna igen tankar som de får och se att när de tog SSRI så blev de inte så bekymrade av dem och agerade inte på samma sätt. Erfarenheten från när de tog medicin var att de inte brydde sig så mycket, så varför ska de göra det nu?, resonerar de, säger hon.

Diagnosen avgörande

Det gäller att veta vad det är man behandlar hos patienten. Är det en okomplicerad engångsdepression som inträffade för lång tid sedan så är det helt okontroversiellt att prova att sätta ut SSRI-behandlingen, enligt Sandra af Winklerfelt Hammarberg.

– Men om man har patienter som har återkommande eller svårare depressioner eller mer kroniska tillstånd som generaliserat ångestsyndrom, (GAD), social fobi eller tvångssyndrom (OCD), där det inte räckt till med KBT, då är det ofta så att patienterna ska stå kvar på sin antidepressiva behandling under en längre tid för att förebygga nya skov. Då är det sannolikt olämpligt att sätta ut behandlingen, säger hon.

Fredrik Hedlund

Fakta gröna och röda flaggor vid utsättning av SSRI

Gröna flaggor

Kommer vanligen i nära anslutning till dosminskning.

Obehagliga kroppsliga förnimmelser:

- Hjärtklappning
- Ont i magen
- Illamående
- Yrsel
- En känsla av elstötar, pirrningar

Röda flaggor

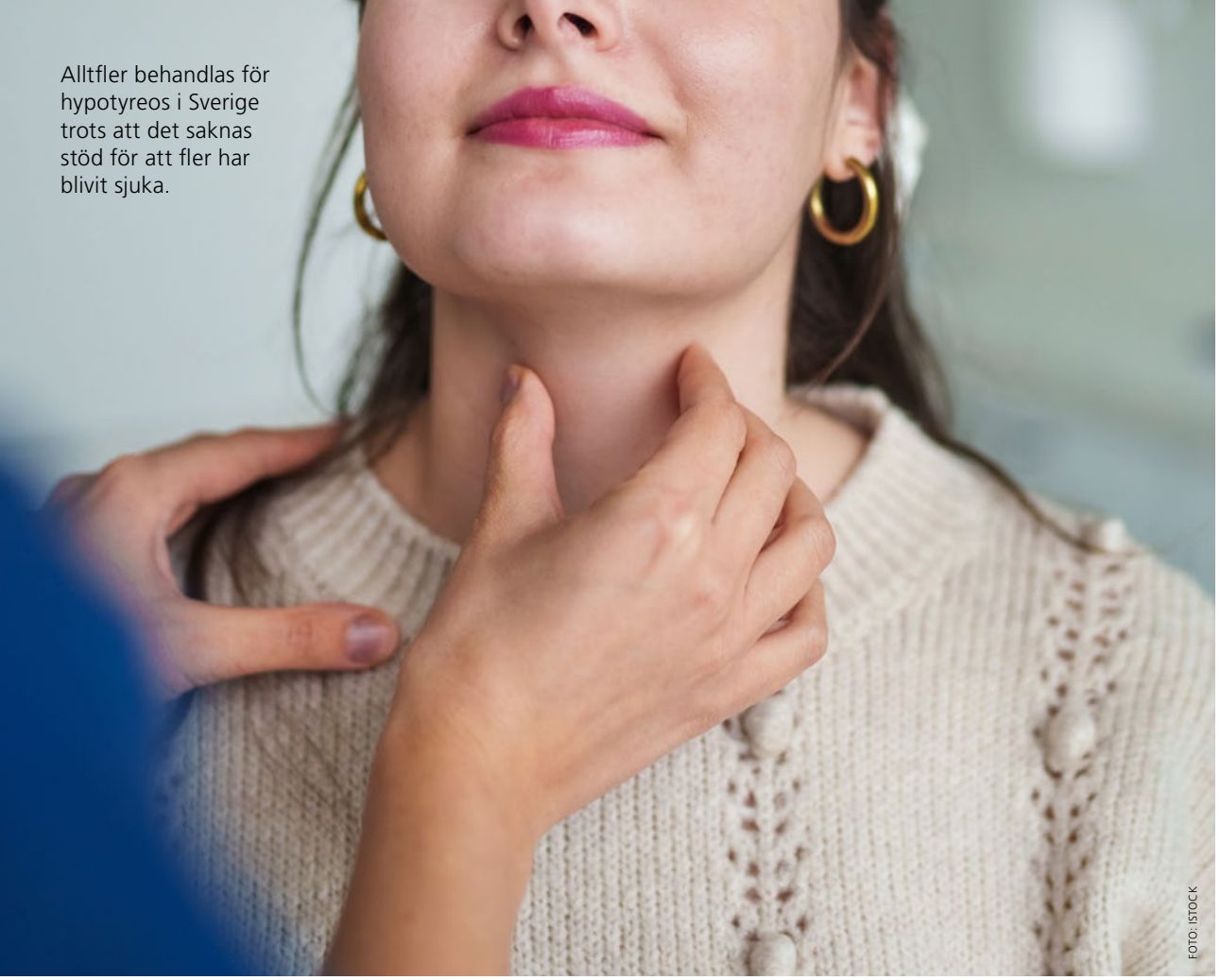
Är vanligen gradvist tilltagande efter dosminskning.

Symtom på återkommande depression:

- Nedstämdhet
- Anhedoni (svårt att tycka något är roligt/intressant)
- Låg självkänsla
- Känsla av hopplöshet
- Koncentrationssvårigheter
- Självmordstankar
- Påverkan på funktion
- Påverkan på sömn, aptit

Symtom på återkommande ångest, oro eller tvång:

- Påverkan på funktion
- Svårt att hantera ångesttankar
- Svårt att hantera kroppsliga symtom
- Återkommande tvång



Alltfler behandlas för hypotyreos i Sverige trots att det saknas stöd för att fler har blivit sjuka.

FOTO: ISTOCK

Överbehandling med levotyroxin vanligt – överväg utsättning

Det är vanligt att personer med diffusa symtom och lätt förhöjda provsvar får levotyroxin mot så kallad subklinisk hypotyreos – trots att detta inte stämmer överens med gällande riktlinjer. Många upplever dessutom att behandlingen inte ger någon effekt. I sådana fall bör läkemedlet sättas ut, menar endokrinologen Jan Calissendorff.

Alltfler svenskar behandlas med tyreoideahormonet levotyroxin (Euthyrox, Levaxin) i onödan. Tre av fyra patienter som fick levotyroxin mot hypotyreos, brist på sköldkörtelhormon, i Region Halland hade normala (39 procent) eller subkliniska (46 procent) nivåer av det tyreoid-stimulerande hormonet TSH. Det visar en observationsstudie, publicerad 2023, som har granskat samtliga patienter som fått levotyroxin i regionen mellan 2014 och 2019.

Statistik från Socialstyrelsen visar att andelen av den svenska befolkningen som behandlas mot hypotyreos har ökat dramatiskt sedan 2006. Under 20-årsperioden fram till 2017 handlar det om en ökning på över 30 procent. Färska siffror från Region Stockholm visar också en kraftig ökning av förskrivningen av levotyroxin i regionen under tiden mellan 2004 och 2017 för att sedan plana ut på en hög nivå.

– Allt pekar på en klar överförskrivning. Att tre av fyra som behandlas i Halland inte har klar sjukdom är anmärkningsvärt och den övriga statistiken tyder på att det finns brister i diagnos och behandling i resten av landet också, säger Jan Calissendorff, endokrinolog, överläkare och docent vid Karolinska universitetssjukhuset och forskare vid institutionen för molekylär medicin och kirurgi vid Karolinska Institutet.

Han var fram till 2022 även ledamot av Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för endokrina sjukdomar.

– Det finns inget vetenskapligt stöd för att antalet sjuka har blivit fler under den här tiden utan det framstår som att det är ribban för behandling som har blivit lägre, säger han.

Diagnosen ställs i huvudsak på labprover

Diagnosen hypotyreos ställs i huvudsak på labprover där det viktigaste är koncentrationen av TSH som ska ligga över 10 mU/l. Friska har ett värde under 4 mU/l vilket innebär att det finns en grupp patienter som har ett TSH-värde mellan 4 och 10 mU/l som alltså är förhöjt, men inte

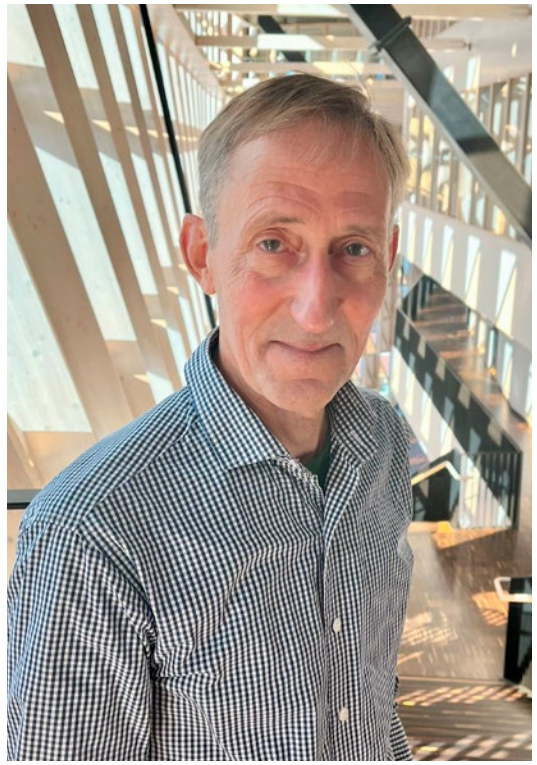


FOTO: CECILIA ODLIND

Jan Calissendorff, endokrinolog.

patologiskt. De har vad som kallas en subklinisk hypotyreos som inte ska behandlas med läkemedel utan istället ska ett nytt värde tas efter tre månader.

Till detta kommer den tidiga symtombilden, som är ganska ospecifik med trötthet, depression och en känsla av att något är fel som främsta kännetecken.

– Min uppfattning är att det finns ett ökande krav på att få läkemedel mot hypotyreos från patienter som inte mår bra. De känner sig trötta, de går upp i vikt eller tycker att hjärnan inte hänger med riktigt och så tror man att de här läkemedlen kommer att hjälpa. Men symtomen behöver inte bero på en somatisk sjukdom utan kan lika gärna bero på livsstil, arbetsplatsproblem, relationsproblem eller annat, säger Jan Calissendorff.

Provbehandling ska utvärderas

Han menar att kombinationen av ospecifika sym-

tom, subkliniska labvärden, krävande patienter och allmänläkare som är pressade lätt kan leda till att läkaren skriver ut ett recept.

– Jag träffar patienter som fått läkemedel på ett enstaka TSH-värde. Så görs och det menar jag är fel. Flera studier har visat att patienter med ett lätt förhöjt TSH-värde på 6, som testas på nytt efter tre månader, i 60 procent av fallen uppvisar ett normalt TSH-värde. Om man då sätter in livslång medicin på ett enstaka prov så gör man fel, säger han.

Det finns visserligen i riktlinjerna en möjlighet att sätta in behandling med levotyroxin på prov vid subklinisk hypotyreos.

– En provbehandling ska utvärderas efter fyra till sex månader och om symtombilden är oförändrad så kan man avsluta behandlingen och kanske hålla patienten under uppsikt istället. Men provbehandlingen blir ofta permanent, säger han.

Ett uppenbart problem med provbehandling är naturligtvis placeboeffekten av att äntligen ha fått hjälp mot sina problem. Därför är det viktigt att utvärdera behandlingen korrekt.

– Det finns absolut en förväntan hos patienterna. Det är därför som man inte ska utvärdera behandlingen efter en eller två månader för då är väldigt många bättre. Man måste vänta ett tag så att man ser om behandlingen faktiskt har förändrat symtomen, säger Jan Calissendorff.

Överbehandling inte ett svenskt fenomen

Överförskrivning av levotyroxin till patienter med subklinisk hypotyreos är inget specifikt svenskt problem utan det har kunnat visas i vetenskapliga studier i bland annat USA, Storbritannien, Danmark och Grekland.

Det är heller inte riskfritt att behandla med tyreoideahormon när det inte behövs, berättar Jan Calissendorff.

– Överbehandling med tyreoideahormon är förknippat med en ökad risk för förmaksflimmer, osteoporos – om man är postmenopausal kvinna – och hjärtsvikt. Extra problematiskt kan det vara för äldre som vi vet får högre TSH-värde med stigande ålder. En 70-åring kan helt normalt ha ett TSH-värde på 6. Om man då lägger till ett läkemedel så att de blir överbehandlade, med de riskerna det medför, samtidigt som de redan kanske har ett antal sjukdomar. Det blir inte bra, säger han.

Stora brister i uppföljningen

Sammantaget visar tillgängliga data en primärvård som inte fungerar som den ska för dessa patienter. En bild som förstärks av en medlemsundersökning genomförd 2023 av Sköldkörtelförbundet, en ideell organisation för personer med sköldkörtelsjukdom. Där anger en av fyra tillfrågade medlemmar att de inte tycker att behandlingen fungerar bra, varannan har aldrig blivit kallad till ett läkarbesök för uppföljning och tre av tio blir kallade för provtagning mer sällan än vart tredje år.

FOTO: JONNA LEOPOLDSON LAHDENSUO

Tjarls Metzmaa, generalsekreterare i Sköldkörtelförbundet.

– Vår bild är att det finns personer som får behandling med levotyroxin som inte behöver behandlas och vi håller helt med om att ingen ska behandlas som inte behöver det. Samtidigt ser vi att även det motsatta gäller, att det finns de som inte får behandling trots att de skulle behöva det. Men framför allt finns det stora brister i uppföljningen av behandlingen, säger Tjarls Metzmaa, generalsekreterare i Sköldkörtelförbundet.

Tveksam indikation bör leda till utsättning

Patienter som fått behandling med levotyroxin mot subklinisk hypotyreos bör avsluta behandlingen för att kontrollera om de verkligen behöver den. Särskilt om de inte upplever att den hjälper.

– Ja, har patienten fått behandlingen på en tveksam indikation så ska den sättas ut. Jag träffar en hel del patienter som inte mår bra och om de hade ett måttligt förhöjt TSH-värde när medicinen sattes in så försöker jag föra en dialog med patienten och säga; ”jag tror inte att du behöver läkemedel, jag tror att du har en fungerande sköldkörtel”. En del tycker då att det vore bra att bli av med behandlingen och vissa mår sedan mycket bättre, säger Jan Calissendorff.

Oklart hur utsättning ska göras

Hur en utsättning ska gå till på bästa sätt är dock mindre klart.

– Det finns inga bra studier på det, men man får resonera med patienten och se vilken dos de tar. Har de hög dos brukar jag först halvera den och säga till patienten att om en månad så slutar du helt. Sedan får man ju följa patienten, men man måste vänta ett tag innan man tar nya prover eftersom man får en tillfällig stegring av TSH när hypofysen reagerar på att nivån av tyreoideahormon sjunker vid utsättning. Men om man har normala nivåer tre månader efter utsättning så visar det att man inte behöver läkemedel, säger Jan Calissendorff.

Han menar att det finns ett behov av att stärka allmänläkares kompetens inom diagnostik och behandling av den här patientgruppen.

– Var försiktig vid nyinsättning. Ompröva gärna läkemedelsbehandlingen. Det måste man kunna göra. Jag tycker det är tragiskt att se en 30-årig kvinna som medicinerat med levotyroxin i fem år. Ska hon ta det i 35 år till och gå på sina kontroller när hon kanske inte behöver det? Det är ju både en kostnad för patienten och för vården, säger han.

Fredrik Hedlund

Sköldkörteln och hypotyreos

I Sverige har cirka 480 000 personer diagnosen hypotyreos och behandlas med läkemedel. Drygt 80 procent är kvinnor. Antalet ökar stadigt och mellan 2006 och 2017 ökade antalet patienter som behandlades med levotyroxin med cirka 140 000 individer.

Sköldkörteln bildar normalt hormonerna tyroxin (T4) och trijodotyronin (T3) i tillräcklig mängd. Hormonerna påverkar många av kroppens funktioner där den viktigaste är att styra ämnesomsättningen. Sköldkörteln styrs i sin tur av hypofysen som via hormonet tyreoidea-stimulerande hormon, TSH, stimulerar sköldkörteln att tillverka tyreoideahormon.

Vid hypotyreos produceras, av olika skäl, för låga halter av tyreoideahormon. Vid underproduktion försöker hypofysen att stimulera produktionen genom att öka mängden TSH.

Diagnostiken utgår i normalfallet från labprov på TSH och kan, något förenklat, beskrivas som TSH > 10 mU/l innebär hypotyreos och bör behandlas med levotyroxin, TSH 4–10 mU/l är inte hypotyreos utan så kallad subklinisk hypotyreos och ska följas upp med ytterligare prov efter en tid och TSH < 4 mU/l är normalt.

Källor: 1177.se, Socialstyrelsen och Sköldkörtelförbundet.

Läkemedelsrond i team minskar onödig förskrivning

Genom att arbeta i team med läkare och apotekare i läkemedelsronder på vårdcentralen har Region Värmland lyckats minska den slentrianmässiga receptförskrivningen vid förnyelser och gett läkarna ett uppskattat verktyg för att utreda patienter med problematisk läkemedelsbehandling.

Jeanette Wern, klinisk apotekare, vid en läkemedelsrond på Vårdcentralen Eda i Värmland.

FOTO: FREDRIK KARLSSON/BILDBYRÅN

Det började som ett projekt 2021 för att minska den slentrianmässiga receptförskrivningen på Vårdcentralen Eda i Charlottenberg i västra Värmland, nära den norska gränsen. Istället för att läkarna mot slutet av arbetsdagen snabbt förnyade inkomna önskemål på nya recept inrättades ett receptbedömningsteam.

Teamet, bestående av en läkare, en sjuksköterska och en apotekare, granskade önskemål om receptförnyelser av tio utvalda läkemedel där vårdcentralen ville styra upp förskrivningen som exempelvis protonpumpshämmare, antidepressiva och gabapentin. Varje vecka förberedde apotekaren information om tio patienter som inkommit med önskemål om förnyelse på något av de aktuella läkemedlen. På ronden, som tog cirka en timme, diskuterades sedan patienternas anamnes och historik, om det fanns indikation för läkemedlen, hur länge de haft dem, om något läkemedel behövde dosjusteras, trappas ned eller avslutas. Beslut fattades och kommunicerades till patienterna på lämpligt sätt. För läkarna innebar det sedan ytterligare en timmes administrativ tid efter ronden för att genomföra de åtgärder man beslutat om.

Lyckat utfall

Resultaten kom direkt. Hos tre av tio patienter plockades inaktuella behandlingar bort och hos varannan ändrades eller utvärderades aktuell behandling. Det resulterade i närmare 59 000 färre utskrivna doser under det första året vilket motsvarar en besparing i läkemedelskostnad på drygt 450 000 kr – vilket är mycket för en liten vårdcentral.

– Vi körde receptbedömningsteamet väldigt framgångsrikt i fyra år. Men sedan kom vi nog till vägs ände med konceptet. Vi har nu gått igenom alla de patienter som vi ville. Tittar man på följsamheten till regionens rekommenderade läkemedel har vi förbättrat oss mycket under den här tiden. Nu är vi den tredje bästa vårdcentralen i Värmland när det gäller följsamhet till rekommendationerna och så var det inte innan, säger Björn Alexandersson, enhetschef på Vårdcentralen Eda i Charlottenberg.

Läkemedelsgenomgång i kortare rond

När konceptet sedan skulle expandera till fler vårdcentraler i Region Värmland blev man tvungen att modifiera det ganska ordentligt. Främst handlade det om tidsbrist för samtliga inblandade yrkesgrupper. Nu är läkemedelsronderna kortare och genomförs av en läkare och en apotekare utan sjuksköterska. Läkaren skickar information om tre utvalda patienter senast dagen innan ronden, med en specifik frågeställning i fokus. Apotekaren går igenom patienternas behandling som tidigare och under den 30 minuter långa ronden diskuteras vilka åtgärder som är lämpliga. Det handlar nu inte längre primärt om receptförnyelse eller följsamhet till rekommenderade läkemedelslistor utan snarare om patienter där läkaren behöver hjälp att komma till rätta med en problematisk läkemedelsbehandling. En slags läkemedelsgenomgång i team.

– Läkarna på vårdcentralen tycker att det är jättebra, särskilt när de ska sätta ut läkemedel. De får väldigt bra underbyggda beslutsstöd från apotekaren. Tack vare det har de kunnat rensa bort halva läkemedelslistan hos många patienter, säger Björn Alexandersson.

Björn Alexandersson, enhetschef på Vårdcentralen Eda

FOTO: FREDRIK KARLSSON/BILDBYRÅN

Han berättar, som ett illustrerande exempel, om en patient som hade skickats mellan vårdcentralen och specialistmottagningar utan att man hittade orsaken bakom de besvär som patienten upplevde. Men så togs patienten upp på en läkemedelsrond och då kom man fram till att det sannolikt var läkemedlen som orsakade problemen.

– Efter att de misstänkta läkemedlen satts ut så har patienten idag ett helt annat liv och har inte de här bekymren längre, säger han.

Effekt på fallolyckorna

Det nya systemet med kortare läkemedelsronder startade på några vårdcentraler i Värmland under slutet av förra året så det har ännu inte hunnit utvärderats. Men läkarna är i alla fall positiva.

– Läkarna tycker att det är jätteskönt att ha ett bollplank i de här frågorna. De anger också att de sparar tid samtidigt som de höjer sin kompetens i läkemedelsfrågor. Sedan hittar vi ofta andra saker som kan ha missats tidigare, säger Jeanette Wern, klinisk apotekare vid farmacitjänsteenheten i Region Värmland som har varit med sedan starten av de teambaserade läkemedelsronderna.

Effekten av arbetet med läkemedelsronder i team, både de längre och de kortare, kan dock ses i andra, mer övergripande mått.

– Vi har sett effekter på det som kallas olämpliga läkemedel hos de över 75 år, där vi nu har lägst andel patienter över 75 år i hela Värmland med läkemedel som bör undvikas. Något som sannolikt också är en faktor bakom att hela kommunen har väldigt få fallolyckor, säger Björn Alexandersson, enhetschef på Vårdcentralen Eda i Charlottenberg.

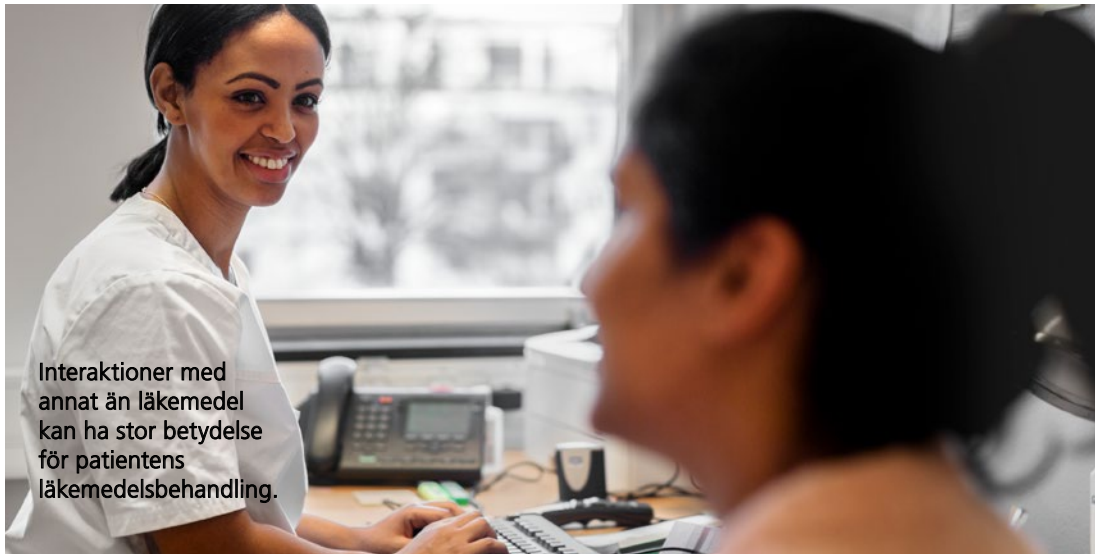
Fredrik Hedlund

Så hittar du interaktioner med annat än läkemedel i Take Care

Utöver interaktioner där läkemedel krockar med varandra är det med vissa läkemedel även viktigt att vara medveten om interaktioner med annat än läkemedel, som till exempel alkohol, födoämnen så som mjölk och grapefruktjuice eller olika örtpreparat. Så här gör du för att hitta dem i Take Care.

Marine Andersson, informationsapotekare, docent, Läkemedelsinformationscentralen, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset

Karin Rafstedt, apotekare, Kunskapstjänster läkemedel, Kunskapsutveckling, Hälso-och sjukvårdsförvaltningen



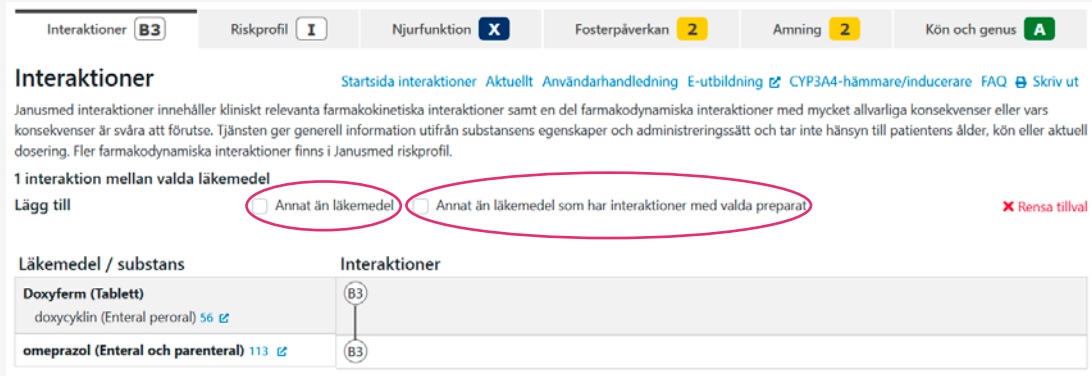
Interaktioner med annat än läkemedel kan ha stor betydelse för patientens läkemedelsbehandling.

FOTO: JOHNER BILDBYRÅ

Det är välkänt att läkemedel ibland kan interagera med annat än läkemedelssubstanser, till exempel alkohol, födoämnen så som mjölk och grapefruktjuice eller olika örtpreparat. Denna typ av interaktioner går att hitta via Janusmed

Integrerad i de båda kunskapsstöden Interaktioner och Riskprofil som finns i Take Care. I exemplet nedan görs sökningen i Interaktioner dit man kommer via knappen i Take Care:

I det fönster som öppnas finns två rutor som kan bockas i, dels ”Annat än läkemedel” och ”Annat än läkemedel som har interaktioner med valda preparat”.



Det första alternativet lägger till alla ämnen som finns med i databasen, vare sig de interagerar med patientens läkemedel eller inte. Det andra alternativet ”Annat än läkemedel som har interaktioner med valda preparat” visar endast andra ämnen om de interagerar med något av patientens läkemedel.

Värt att notera är att Janusmed Interaktioner bara har med kända, dokumenterade interaktioner med dessa ämnen och att en frånvaro av interaktion i kunskapsstödet därmed inte är en garanti för att det inte finns någon interaktionsrisk.

Annat än läkemedel som ingår Janusmed interaktioner och riskprofil:

alkohol	camelia sinensis (grönt te)	rökning
apelsinjuice	klorofyll	tranbärsjuice
granatäpplejuice	mjölk	yoghurt
grapefruktjuice	resveratrol	äppeljuice

Ny bok lär patienter konsten att gå till doktorn

Det är inte alltid lätt för patienter att hitta rätt i vården. Men nu finns det hjälp att få. Rita Fernholm har skrivit boken som visar patienterna hur de ska navigera i vården och få ut så mycket som möjligt av sitt läkarbesök.

Rita Fernholm är specialistläkare i allmänmedicin på deltid vid Boo vårdcentral i Nacka, medicine doktor och forskare inom patientsäkerhet. Sedan årsskiftet är hon även en av tre chefläkare inom SLSO, Stockholms läns sjukvårdsområde. I den färska boken ”Konsten att gå till doktorn – och gå därifrån med dina frågor besvarade” guidar hon läsaren igenom vårdsystemet och förklarar sådant som hur man får tag på läkaren på vårdcentralen, hur olika vårdnivåer fungerar, när man bör söka var, hur remisser fungerar och vilken utbildningsnivå läkarna på vårdcentralen kontra akutmottagningen har, bland mycket annat. I korta och kärnfulla kapitel med praktiska exempel och frågeställningar visar hon hur vården fungerar. Hon berättar att boken är sprungen ur ett verkligt behov som hon har sett i sin omgivning.

Inte lätt att hitta rätt

– Det blev ganska uppenbart när jag pratade med vänner och bekanta att det inte alltid är så lätt att hitta rätt i vården. Jag hör även patienter som beklagar sig över att man måste vara frisk för att kunna vara sjuk. Folk hamnar fel och har svårt att få tag på rätt person. Man kanske söker närakuten för att det inte finns tid på vårdcentralen eller för att man är så orolig, och så får man höra att man har sökt på fel ställe, säger hon.

– Det här är en bok där man får flera verktyg för att navigera i vården och det blir en win-win-situation. Det blir lättare som patient och det blir lättare för oss i vården om patienterna förstår hur systemet fungerar, säger hon.

Förbered mötet med läkaren

Men det handlar inte bara om att hitta rätt i vårdsystemet utan också om att få ut så mycket som möjligt av sitt besök hos doktorn. Rita Fernholm

Rita Fernholm är bland annat allmänläkare vid Boo vårdcentral i Nacka samt nu också författare till boken ”Konsten att gå till doktorn – och gå därifrån med dina frågor besvarade”.

FOTO: EVA LINDBLAD/1001BILD.SE

tipsar bland annat om att förbereda sitt möte med doktorn med hjälp av metoden SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation. Det är en modell för strukturerad informationsöverföring som används inom vården och som med fördel även kan användas av patienterna, menar hon. På samma sätt är det bra att använda sig av metoden ”teach-back” där patienten upprepar eller återberättar vad läkaren har sagt för att förvissa sig om att hen har förstått. Och tipsen verkar redan ha fått fäste.

– Jag har redan hört från några kollegor om patienter som har läst boken och använt sig av teknikerna och har med sig en lista och betat av sina frågor för att inte glömma något. Jag tror att det kan bli en effektivare kommunikation om man i förväg har tänkt igenom sina frågor, sin oro och sina önskemål och formulerat dem, säger hon.

– Då blir det lättare för läkaren att möta patienten, säger hon.

Det är klart att ibland kan patienterna komma med ganska långa listor, något som det är lätt att som läkare bäva inför, men även det menar Rita Fernholm är något som förbättrar kommunikationen.

– Jag tycker att det är bra när patienterna kommer med en lista, även om den är lång. Då kan jag titta på listan tillsammans med patienten och säga att hela den här listan kommer vi inte att hinna med idag. Vilket är viktigast för dig? Så pekar

patienten på en punkt samtidigt som jag ser en annan punkt som inte bör vänta rent medicinskt. Då kan jag föreslå att vi tar de två punkterna idag och så bokar vi ett återbesök för att fortsätta, säger hon.

Genom att instruera patienterna att förbereda sig och skriva ner vilka förväntningar de har och vad de vill ha ut av läkarbesöket uppmuntrar boken patienterna att ställa högre krav på sitt läkarbesök. Rita Fernholm tycker dock inte att det går att säga att patienter idag generellt ställer för lite krav i dagens vård. Som allmänläkare träffar hon alla typer av patienter, både de som ställer helt orimliga krav på att få MR-undersökningar i tid och otid och de som tvärtom helst inte vill störa doktorn, trots att de har allvarliga sjukdomar.

– Framförallt äldre män kan vara lite så där ”bra karl reder sig själv” och så söker de inte vård trots att de borde. Men det är ju vårt jobb att ge vård efter behov, vilket är jättesvårt eftersom de som skriker högst ofta inte är de som är sjukast, säger hon.

Listning hos läkare inte vårdcentral

Ett mycket tydligt råd som återkommer genom boken för att få en bra vård, även för de som inte skriker högt, är att lista sig hos en namngiven allmänläkare. Rita Fernholm skriver att kontinuitet är den, kanske, viktigaste parametern för att få en god vård i dagens Sverige. Att då vara listad hos en namngiven allmänläkare är den bästa försäkringen mot risken att trilla mellan stolarna. Men det är inte alltid möjligt, vissa vårdcentraler tillåter bara listning till själva vårdcentralen. Det kan bero på att vårdcentralen är underbemannad eller har en hög omsättning på sina läkare. Oavsett skäl innebär det att en sådan vårdcentral ofta har svårt att erbjuda en hög kontinuitet, skriver Rita Fernholm och avråder från att välja att lista sig på en sådan vårdcentral.

– Precis, då tycker jag att man ska ringa till nästa vårdcentral och nästa vårdcentral och sedan välja en som inte är orimligt långt bort, men där man kan få lista sig hos en namngiven läkare. Då kommer det skapas ett tryck från patienterna som gör att vårdcentralerna kommer att organisera sig så att man kan lista sig hos en speciell läkare, säger hon.

> Ett mycket tydligt råd som återkommer genom boken för att få en bra vård, även för de som inte skriker högt, är att lista sig hos en namngiven allmänläkare

Vill skapa en mer jämlik relation

Genom att ge patienterna en karta över vården och verktygen att ta sig igenom den så hoppas hon kunna skapa en mer jämlik relation mellan patienter och läkare. Något som inte alla läkare är helt bekväma med, men heller inte alla patienter.

– Nej, vissa patienter vill inte bli tillfrågade vad de tror. Då tycker de att man inte har koll, ”det är ju du som är doktorn”. Det där måste man ju situations- och individanpassa. Vem har jag framför mig? Det är ju också en bra sak med att hålla sig till samma doktor för då lär ju den doktorn känna patienten och vet om patienten vill ha en mer handfast styrning eller är bekväm med att ta ett eget ansvar, säger hon.

Rita Fernholm ser ändå att den mer jämlika relationen och den mindre auktoritära läkarrollen är framtiden för sjukvården.

– Jag tycker läkaren mer ska se sig som en coach. En kompetent coach, men som också är lyhörd för att till exempel vissa kroniker kanske faktiskt kan mer om sin väldigt ovanliga sjukdom än vad jag kan. Och att jag då kan vara villig att lyssna in och se den expert som finns framför mig, säger hon.

Fredrik Hedlund

ILLUSTRATION AV BLOCK: ISTOCK

SBAR för vårdpersonal

S: Situation

Man beskriver kort och koncist den aktuella situationen. Detta hjälper mottagaren att snabbt förstå vad problemet är.

Jag heter Anna och är sjuksköterska på avdelning 12. Jag ringer angående patienten John Olsson som just nu har ett kraftigt fall i blodtryck.

B: Bakgrund

Man ger en kort sammanfattning av patientens medicinska historia och relevant kontext.

John är en 65-årig man med en historik av hjärtsvikt och tidigare infarkter. Han blev inlagd för två dagar sedan med symtom på hjärtsvikt.

A: Aktuellt tillstånd

Man beskriver patientens nuvarande tillstånd, såsom puls, blodtryck och andning samt symtom och eventuella förändringar.

För närvarande har John ett blodtryck på 80/50, en puls på 120 och visar tecken på akut andnöd.

R: Rekommendation

Man anger tydligt vad man rekommenderar eller vad man behöver hjälp med. Detta hjälper mottagaren att veta vad nästa steg är.

Jag rekommenderar att du kommer och gör en bedömning omedelbart.

SBAR för patienter

S: Situation, i detta fall i ett samtal till 1177

Beskriv kort och koncist den aktuella situationen. Detta hjälper mottagaren att snabbt förstå vad problemet är.

Min mamma har haft bröstsmärtor i två timmar.

B: Bakgrund

Ge en kort sammanfattning av relevant medicinsk historia och kontext.

Hon har högt blodtryck och tidigare hjärtproblem.

A: Aktuellt tillstånd

Förklara nuvarande tillstånd och eventuella förändringar eller symtom.

Hennes smärta är konstant och hon känner sig svag.

R: Request, eller på svenska: Fråga

Framför vad du tror behövs eller vad du vill ha hjälp med.

Vad ska jag göra? Behöver vi åka till akuten nu? Ska vi ringa 112?

SBAR i olika kontext. Exempel på strukturerad kommunikation enligt modellen SBAR hämtade från boken ”Konsten att gå till doktorn”. Hos regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Löf, finns fler exempel att ladda ner och även en möjlighet att beställa kostnadsfria tryckta fickkort (lof.se).

Better out than in – kuriosa och praktiska tips om läkemedelsutsättning

Det engelska talesättet "better out than in" används för att sanktionera diverse illaluktande luftutsläpp från människor och träsktroll (Shrek) eller uppkastning av sniglar (Harry Potter), men visst kan det även användas i en läkemedelskrönika som handlar om utsättning. Det vill säga utsättning av läkemedel som orsakar mer skada än nytta.

FOTO: ANNA MOLANDER

Maria Ljungdahl om läkemedelsfrågor

Vid sökning i PubMed får "deprescribing" 2791 träffar, varav den första artikeln publicerades 2004 (och är på franska). "Prescribing" å andra sidan åstadkommer 212 104 resultat, från år 1820 och framåt. Utsättning av läkemedel är en lika viktig del som insättning av läkemedel, men ack så mycket svårare. Det kommer successivt mer information om utsättning av läkemedel, dels kliniska studier, dels mer eller mindre evidensbaserade rekommendationer. Glädjande är att Storbritanniens National Health Service kan påpeka att ansvarsfull utsättning av läkemedel inte ligger till grund för anmälning av tjänstefel (längre).

Varför och för vilka bör en utsättningsprocess inledas?

Att engagera sig i konsten att sätta ut läkemedel är att ligga steget före. Vara proaktiv istället för att reaktivt agera på uppkomna biverkningar eller skador orsakade av läkemedel, vilket i och för sig också är värdefullt! Anledningar till läkemedelsutsättning kan till exempel vara att minska "pillerbördan", minska risken för geriatriska syndrom som fall och kognitiv nedsättning, undvika sjukhusinläggning på grund av läkemedel och för att sammantaget öka individens livskvalitet. Sedan är det en bonus att läkemedelskostnaden och miljöbelastningen minskar.

Utsättningsprocessen bör ske systematiskt och kräver en del tid och planering, därför behöver insatserna läggas på de patienter med störst risk att drabbas av läkemedelsrelaterade problem och de läkemedel som frekvent bidrar till dessa. Det gäller patienter med polyfarmaci, multimorbiditet, nedsatt njurfunktion, nedsatt leverfunktion, kognitiv svikt, skörhet och frekventa vårdövergångar. Det här innebär ju i klarspråk att framför allt de årsrika patienterna har mycket att vinna på en översyn om läkemedelsutsättning är genomförbart.

Att patienten och eventuellt anhöriga behöver vara med på tåget behöver knappt nämnas, och som farmakolog känner jag mig inte manad att brodera ut hur en god kommunikation bör ske. Men…var noga med att visa att utsättning av läkemedel är en omsorg för bättre livskvalitet, inte ett uttryck för hopplöshet inför patientens situation.

Barriärer till att sätta ut läkemedel

Faktorer som begränsar utsättning av läkemedel är bland andra tidsbrist, rädsla att förvärra ett sjukdomstillstånd, patienten och/eller anhöriga vill inte, bristfällig evidens, en ovilja att ändra en specialistläkares ordination och även ovana. En central roll i många läkares arbete är att förskriva läkemedel, en positiv handling till skillnad från den kanske upplevda negativa handlingen att sätta ut ett läkemedel. Dessutom kan belöningen upplevas som något otillfredsställande – även avsaknaden av en tydlig klinisk förändring för patienten, vare sig positiv eller negativ, bör ses som ett tecken på en lyckad utsättning.

När nyttan av läkemedlet är mindre än eventuell risk vid utsättning

Läkemedel som bör föranleda övervägning av utsättning är till exempel de som brukar benämnas som "olämpliga till äldre om inte särskild indikation förekommer". Det gäller bland andra bensodiazepiner med lång halveringstid, kronisk användning av protonpumpshämmare utan indikation, daglig användning av paracetamol över flera år som inte utvärderats och NSAID utan säker indikation. För att inte nämna eventuell förekomst av en antikolinerg börda.

Negativa händelser i samband med utsättning av läkemedel är ovanligt men visst finns det risker som inte är förutsägbara. Undvik en del oönskade effekter genom successiv dosreduktion, framför allt läkemedel som är kända för att kunna ge en reboundeffekt; protonpumpshämmare, betablockerare och bensodiazepiner. Trappa även ut SSRI och SNRI för att undvika utsättningsreaktioner, till exempel känsla av elektriska stötar, yrsel och dimsyn. Om det föreligger interaktioner i läkemedelslistan måste det uppmärksammas vid utsättning av ett inblandat läkemedel, eventuellt kan dosjustering krävas för att kompensera för upphörd interaktion. Slutligen är ju risken för en sjukdomshändelse när en preventiv behandling avslutas något som kan få vilken förskrivare som helst att låta läkemedel stå kvar även i det palliativa skedet. Vetenskapliga publikationer som säkert kan säga när det inte förekommer en riskökning vid utsättning skulle vara önskvärt.

Vart kan informationen hittas?

Studier som undersökt utsättning har haft svårigheter att finna statistiskt signifikanta kliniska utfall. Detta kan bland annat bero på studier i lågriskpopulationer, fokus på lågriskläkemedel snarare än högriskläkemedel, otillräckligt antal personer inkluderade och kort uppföljningstid. Osäkerheten stödjer rådet att fokusera tiden och insatsen av utsättning på patienter och läkemedel där risken för negativa effekter är störst.

I Sverige är vi många som förlitar oss till den mycket viktiga boken FAS UT av Claes Lundgren och medarbetare, första versionen utgiven 2005 och nu version fyra tillgänglig i bokform. Den är delvis byggd på empiriska kunskaper där det finns en brist på evidensbaserade råd.

Använd checklistan för läkemedelsgenomgång som finns på Janusinfo.se (sök "checklista läkemedelsgenomgång"), den är enkel men ändå till stor hjälp.

UpToDate (kräver inloggning) har också en bra text som kort och gott heter "Deprescribing" och är nyligen uppdaterad. I den finns bland annat förslag på tillvägagångsätt för stegvis utsättning.

Storbritanniens National Health Service har lättillgänglig information om läkemedelsutsättning – sök på "deprescribing guidelines NHS".

Från Kanada finns evidensbaserade utsättningsalgoritmer för en handfull läkemedelsgrupper – läs mer på deprescribing.org.

Jag vill slutligen understryka vikten av att sätta medicineringen i det större biopsykosociala perspektivet för patienten – vad är hens mål och preferenser? Och den viktigaste frågan är väl – vilka läkemedel på listan tar patienten EGENTLIGEN?

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

TISDAG 10 JUNI

Antibiotika och resistens för sjuksköterskor i slutenvården

10 juni, kl. 13.00–17.00
Målgrupp: Sjuksköterskor i slutenvården
Plats: World Trade Center

ONSDAG 24 SEP

Höstmöte för lokalt Smittskydds- och Stramaansvariga

24 september, kl. 08.30–16.30
Målgrupp: Lokalt Smittskydds- och Stramaansvariga, personal på infektionsmottagningar
Plats: Piperska muren

TORSDAG 25 APRIL

Höstmöte för lokalt Smittskydds- och Stramaansvariga

25 september, kl. 08.30–16.30
Målgrupp: Lokalt Smittskydds- och Stramaansvariga, personal på infektionsmottagningar
Plats: Piperska muren

ONSDAG 22 OKT

Utbildningsdag om KOL

22 oktober, kl. 08.30–16.30
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor
Plats: World Trade Center

Region Stockholms läkemedelskommitté anordnar fortbildningar för läkare och sjuksköterskor verksamma i Stockholms län. Alla aktiviteter är producentoberoende och de flesta är kostnadsfria. Anmälan görs på janusinfo.se/fortbildning