

Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA: Kloka Listan 2014

Nya samverkansregler
vård-industri

■ UPPDATERAT SID 2-3

Patientmötet i fokus på
Kloka Listan Forum

■ TEMA KLOKA LISTAN SID 4-7

Var tredje patient med
demens fick läkemedel

■ NYA STUDIER SID 8

Läkare kan bidra till
färre trafikolyckor

■ SEMINARIER & KURSER SID 9

God munhälsa bästa
endokarditprofylaxen

■ AKTUELLA RIKTLINJER SID 12-13

Ökad följsamhet till
Kloka Listan under 2013

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR SID 14

D-interaktioner minskades
genom brev till förskrivaren

■ BIVERKNINGAR & INTERAKTIONER SID 15

Fortbildningskalendarium

■ SID 16



Nya samverkansregler



FOTO: ISTOCK

■ ■ ■ Från 2015 får industrin inte längre bekosta deltagaravgift och hälften av medarbetarnas resor, kost och logi i samband med extern fortbildning eller konferens. Möjligheten kommer dock att finnas kvar under en övergångsperiod 2014.

Det framgår av nya samverkansregler mellan den offentligt finansierad hälso- och sjukvården och industrin (läkemedel, medicin- och laboratorieteknik), som trädde i kraft den första januari 2014. Förändringen kommer att ställa högre krav på sjukvårdshuvudmännen när det gäller fortbildning av sin personal.

Reglerna bygger på fem grundläggande principer om nytta, transparens, proportionalitet, måttfullhet och dokumentation.

Företagens skyldighet att inhämta verksamhetschefens godkännande för vårdpersonalens deltagande i sammankomster har flyttats över till den enskilda deltagaren själv.

Industrin får endast ha sammankomster som har anknytning till företagets verksamhet. När industrin är ansvarig eller delaktig i sammankomsten får de bjuda på en rimlig måltid i anslutning till mötestillfället.

För att industrin ska få sponsra en sammankomst arrangerad av hälso- och sjukvården eller intresseförening, med deltagare från hälso- och sjukvården, ska det vetenskapliga/yrkesinriktade programmet vara själva syftet med sammankomsten samt utgöra större delen av mötestillfället. Sponsringen får endast täcka faktiska kostnader som till exempel föreläsare, lokal och måttfulla måltider.

SUSANNE ELFVING, APOTEKARE,
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

■ **Läs mer:** Pressmeddelande <http://korta.nu/fs12b>
Hela överenskommelsen <http://korta.nu/01twv>

D-vitamintillägg minskar inte risken för icke-skeletala sjukdomar

■ ■ ■ Observationella studier hos vuxna har pekat på ett samband mellan låga vitamin D-nivåer och en ökad risk för cancer, kardiovaskulär sjukdom, diabetes, neurodegenerativa sjukdomar och mortalitet. Interventionsstudier har dock inte kunnat bekräfta något samband mellan D-vitamintillägg och minskad sjukdomsförekomst. Det framgår av en stor sammanfattande artikel i tidskriften *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014.

I sammanfattningen ingick 290 prospektiva kohortstudier och 172 randomiserade kliniska studier.

I några av interventionsstudierna (34 stycken) gavs D-vitamin (minst 50 mikrog per dag) till personer med D-vitaminbrist (25-hydroxyvitamin D-nivåer lägre än 50 nmol/l). Inte heller då sågs något samband med minskad sjukdom.

En minskad mortalitet vid D-vitamintillägg till framför allt äldre kvinnor har påvisats i flera nyligen gjorda metaanalyser av randomiserade kontrollerade studier utan koppling till studielängd, D-vitaminnivåer vid studiestart eller D-vitaminidos. Studieförfattarna drar slutsatsen att diskrepansen mellan observations- och interventionsstudier pekar mot att låga 25-hydroxyvitamin D-nivåer snarare kan ses som en markör för, än en orsak till, ohälsa.

Kommentar från Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Vitamin-D har en etablerad nyckelroll i kalcium- och fosfatbalans, samt för benstommens mineralisering. Under de senaste åren har det flitigt diskuterats om låga nivåer av 25-hydroxyvitamin-D (25[OH]D) är orsak till eller resultat av ett flertal olika sjukdomar, och om tilläggsbehandling med vitamin-D i dessa situationer har en positiv effekt på sjukdomsförlopp och mortalitet. Den refererade stora metaanalysen besvarar bara delvis frågorna, men ger inte stöd för behandling med vitamin-D i dessa situationer och ger därför heller inte anledning till ändring i behandlingsrekommendationerna. Flera stora prospektiva studier med vitamin-D-intervention pågår och resultatet av dessa förväntas kunna ge en större klarhet.

ELIN JERREMALM

Källa: Autier P, Boniol M, Pizot C, Mullie P. Vitamin D status and ill health: a systematic review. *Lancet Diab Endocrinol.* 2014 Jan; 2(1):76-89.

Råd till allmänheten i Läkemedel och amning

■ ■ ■ Tjänsten Läkemedel och amning har utökats med råd till allmänheten. De nya råden sammanfattar kort befintlig information (som annars främst är avsedd för hälso- och sjukvårdspersonal) och ger även råd om när en diskussion med läkare bör ske.

Råden till allmänheten består av sju olika standardmeningar:

- Går bra att använda under amning
- Enstaka doser går bra att använda under amning. Vid behov av fler doser, kontakta läkare för diskussion.
- Kontakta läkare för diskussion innan behandling påbörjas.
- Går bra att använda under amning. Antibiotikabehandling av modern ger en något ökad risk för diarré hos ammade barn. Om detta inträffar, kontakta läkare för diskussion.
- Går bra att använda under amning. Om bröstvårtorna behöver behandlas, kontakta läkare för diskussion.
- Risker med nikotinersättning anses vara lägre än vid fortsatt rökning. För att minska barnets exponering bör ersättningen helst tas direkt efter amning.
- Godkända vitaminpreparat kan användas under amning i doser som motsvarar rekommenderat dagligt näringsintag. Vid behov av högre doser, kontakta läkare för diskussion.

Via en drop-downlista går det nu också att söka på de tio vanligaste läkemedelsgrupperna under rubriken ATC-grupp bredvid sökruatan. Liksom tidigare går det även att skriva in ATC-kod, preparat eller substans i sökfältet. Nya preparat tillkommer kontinuerligt och tjänsten uppdateras kvartalsvis.

BRITT WESSEL, APOTEKARE,
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Läkemedelsarbetet för året är igång!

Avstamp för årets läkemedelsarbete är Kloka Listan Forum – årets viktigaste läkemedelsdag. Evidensbaserade riktlinjer, internationella och nationella rekommendationer och beslut om förmån för läkemedel är viktiga ramverk att förhålla oss till. Men det är i patientmötet allting händer. Läkemedelskommittén sprider och förankrar nationella riktlinjer, till förskrivare och andra. Men riktlinjer och kunskapsstöd måste också implementeras ända ner på ”verkstadsgolvet”.

Samverkan kring patienten möjliggörs genom Läkemedelskommitténs nätverk av expertråd och informationsläkare/informationsapotekare i direkt kontakt med professionerna och verksamhetsansvariga.

När WHO arrangerade en kurs om klok läkemedelsanvändning förlades den till Stockholm, med den svenska kommittéorganisationen och dess grundpelare som föredömen:

- lokalt förankringsarbete av etablerad evidens
- uppföljning av läkemedelsförskrivningen med återkoppling till kliniker och vårdcentraler
- producentobunden och högkvalitativ medicinsk fortbildning.

Många nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer är vaga i flera avseenden. Dagens sjukvård kräver samverkan och riktlinjer som bättre tar hänsyn till detta perspektiv.

Välkomna till läkemedelskommitténs fortbildningar!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*



EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 1, 2014 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · David Finer, redaktör, medicinjournalist · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Malena Jirlow, informatör · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund · E-post evidens@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2014 · Omslagsbild: Eva Wikström Jonsson, foto Ulf Hinds · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sl.se

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org





Patientmötet i centrum på välbesökt Kloka Listan Forum

Patientmötets centrala betydelse betonades på årets välbesökta Kloka Listan Forum, det 13:e i ordningen. Dagens omkring 80-procentiga följsamhet till Kloka Listan (90 procent i primärvården) är lovvärd. Som alltid gäller att förskrivaren bör värdera risk/nytta i det enskilda fallet.

Av David Finer och Elin Jerremalm Foto: Ulf Hinds



Eva Andersén Karlsson

Eva Andersén-Karlsson, docent, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté hälsade välkommen till Kloka Listan Forum 2014. Intressenterna på läkemedelsområdet är många, men viktigast är mötet med patienten, sade hon.

Birgitta Rydberg (fp), sjukvårdslandstingsråd menade att Kloka Listan har skapat stor medvetenhet att använda det kostnadseffektivaste läkemed-



Birgitta Rydberg



Björn Wettermark

let. Björn Wettermark, docent, enhetschef, utvecklingsavdelningen, HSF sade att genomslaget för Kloka Listan 2013 var stort, där dagens 80-procentiga följsamhet är svår att överträffa.

Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare och klinisk farmakolog, Södersjukhuset pekade på några av årets Kloka Listan-nyheter (se faktaruta intill).

Hon påminde om att trots expertrekommendationer och Kloka Listan måste varje förskrivare – helst i samråd med patienten själv – värdera nyttan mot risken i det enskilda fallet.



Marie-Louise Ovesjö

Folksjukdomen osteoporos i fokus

Mats Palmér, docent, överläkare, Karolinska

Universitetssjukhuset och ledamot, expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar, talade om folksjukdomen osteoporos. Basen i läkemedelsbehandling är kalcium och D-vitamin, men de ska bara ges till patienter med bristande kalciumintag och/eller risk för D-vitaminbrist samt till dem som behandlas med kortison eller osteoporosläkemedel. För övriga är det inte visat att den medicinska nyttan överstiger riskerna.

Bifosfonater ska ges i kombination med kalcium och D-vitamin till patienter med hög risk för frakturer, vilket kan mätas med verktyget FRAX. I första hand ges alendronat, där det finns bra studier av effekt, biverkningar och kostnader.



Mats Palmér

I andra hand rekommenderas zoledronsyra (Aclasta) på Kloka Listan. De nationella riktlinjerna prioriterar att behandla personer med mycket hög frakturrisik med alendronsyra. För personer som har svårt att fullfölja behandling med alendronsyra ska zoledronsyra erbjudas.

Nytt på Kloka Listan inom specialiserad vård är denosumab (Prolia), för patienter med hög fraktur-



Scanna QR-koden för att
nä Kloka Listan i mobilen.



Några nyheter i Kloka Listan 2014

I smärtavsnittet har rekommendationen om naproxen som förstahandsmedel bland COX-hämmarna fått stort genomslag i förskrivningen, med ibuprofen i andra hand. Nu finns ytterligare ett andrahandsmedel – ketoprofen som retardberedning (Orudis Retard).

Metoklopramid (Primperan) rekommenderas inte längre för att förebygga opioidinducerat illamående. Kloka Listan rekommenderar meklozin (Postafen) vid denna indikation.

Blodtryckssänkning ger en riskreduktion för insjuknande i hjärtkärlsjukdom. Klortalidon (Hygropax) har upptagits som ett väldokumenterat tiazidliknande diuretikum med avseende på morbiditet och mortalitet vid hypertoni-behandling vilket den stora ALLHAT-studien ytterligare bekräftat.

Vid anafylaxi och svår allergisk reaktion rekommenderas desloratadin, medan loratadin och cetirizin utgår där (den senare kvarstår dock vid urtikaria).

Vid status epilepticus utgår fosfenytoin på grund av leveransproblem, risk för arytmi och blodtryckspåverkan, samt hög kostnad. Idag gäller först diazepam, sedan antingen valproinsyra eller levetiracetam.

risk och som inte kan behandlas med bisfosfonater. Det ger en minskad frakturrisik jämförbar med den efter zoledronsyra. Atypiska frakturer är kopplade till långvarig behandling med bisfosfonater. Orsaken kan vara subtrokantära



Erika Olsson och Catarina Bernet

mikrofrakturer som inte läker ut på grund av bisfosfonater. Därför föreslås att behandlingen omprövas efter 3–5 år

och att patienten gör ett "drug holiday". Efter några år kan bisfosfonat sättas in igen, men evidens saknas för när.

Erika Olsson, TLV, och Catarina Bernet, Läkemedelsverket, talade om förskrivarens nyckelroll vid generiskt utbyte. För den enskilda patienten fungerar utbytet ibland sämre. De båda myndigheterna har tillsammans gjort en särskild informationssatsning till förskrivare, apotekspersonal och patienter för att bidra till större trygghet vid utbyte. (Se verkens respektive hemsidor).

Eget avsnitt om barnastma

Henrik Ljungberg, med dr, specialist i lungsjukdomar hos barn, Lungmottagningen, Astrid Lindgrens barnsjukhus och Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog, Karolinska Universitetssjukhuset, talade från expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar om behandling av astma hos barn och vuxna. För första gången har nu astma-behandling av barn fått ett eget avsnitt i Kloka Listan.

Lindriga infektionsutlösta besvär hos barn 6 månader–6 år bör behandlas med Airomir spray. Barn över 1 år med episodisk astma behandlas i cirka 10 dagar med antingen inhalationssteroiden flutikason i sprayform via spacer alternativt med montelukast per os. Behandlingen bör utvärderas och barnet vid persisterande symtom remitteras till barnläkarmottagning.

Barn 7–17 år förväntas i de allra flesta fall kunna använda luftrörs-vidgande i pulverinhalator som vid-behovsläkemedel. Vid astmabesvär mer än två gånger i veckan är det lämpligt att i första hand lägga till inhalerat budesonid i Easyhaler eller Novolizer, alternativt montelukast. Kvarstår besvär kontaktas barnläkare, gäller även äldre barn.

Eva Vikström Jonsson berättade att ciklesonid (Alvesco) är ny i Kloka Listan för vuxna som behöver inhalationssteroid men som har svårt att hantera pulverinhalator och som därför behöver sprayform.

Hon betonade att underhållsbehandling med enbart inhalationssteroid bör prövas innan långverkande beta-2-stimulerare läggs till genom byte till "fast kombination" av inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare. Nytt för i år är fast kombination av flutikason och formoterol i sprayform, för de vuxna astmapatienter som inte kan hantera pulverinhalatorer.



Henrik Ljungberg



Eva Wikström Jonsson

Rekommendationer vid depression

Mussie Msghina, docent, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, ordförande i expertrådet för psykiatriska sjukdomar talade om farmakoterapi av depression. Det finns 38 olika anti-depressiva i sex farmakologiska grupper. Kloka Listan rekommenderar i första hand citalopram och sertralin som de mest vältolererade.

Stockholms läns läkemedelskommitté väljer varje år ut några råd för hur läkemedelsanvändningen kan förbättras. Peter Bárány, docent, överläkare, Njurmedicinska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset och



Mussie Msghina

ordförande i expertrådet för medicinska njursjukdomar, manade till att beräkna och beakta njurfunktionen vid val och dosering av läkemedel, viktigt inte minst hos äldre.

I journalsystemet TakeCare finns nu möjlighet att få tillgång till det nya forskrivarsstödet NjuRen med rekommendationer för doseringsjustering av ordinerade läkemedel. Efter en kort distansutbildning kan NjuRen



Peter Bárány,

beställas till enheten/kliniken via e-tjanster@sll.se.

Stor global sjukdomsbörda

– Hjärt-kärlsjukdom är fortfarande den vanligaste orsaken till allvarlig sjukdom och död. Högt blodtryck bidrar till den största sjukdomsbördan globalt sett, påpekade Paul Hjemdahl, professor, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset, ordförande i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar.

För en person mellan 60–69 år som sänker det systoliska blodtrycket från 160 mmHg till 140 mmHg halveras risken att dö i stroke. Liknande men något svagare effekter ses för hjärtinfarkt. Opportunistisk screening bör tillämpas för att hitta fler med högt blodtryck, men allmän befolkningsscreening är inte rätt väg att gå. Effektivare blodtrycksbehandling är en viktig uppgift för sjukvården.

Bra behandling av högt blodtryck är också mycket viktigt vid annan hjärt-kärlsjukdom, till exempel hjärtsvikt. Här är diagnostiken viktig – använd ekokardiografi oftare. Vid behandling bör läkemedlen användas enligt hjärtsvikts-



Paul Hjemdahl

trappan och inte doseras onödigt lågt. Remittera med fördel till hjärtsviktsmottagningar på sjukhus för hjälp med upptitrering av läkemedel.

Vid förmaksflimmer ska strokerisken skattas med CHA_2DS_2VASc och insättning av antikoagulantia övervägas. Lågdos-ASA är nedprioriterat på grund av en mycket sämre skyddseffekt mot stroke utan någon större skillnad i risken att få allvarliga blödningar jämfört med antikoagulantia som warfarin. Nya orala antikoagulantia ska hanteras med samma respekt som warfarin. God kunskap om medlen är viktigt, samt god kommunikation med och uppföljning av patienten för att få en god compliance och ett bra behandlingsresultat.

Onödig läkemedelsbehandling

Vid asymtomatisk bakteriuri hos äldre är antibiotika inte nödvändigt, inte heller de första tio dagarna med purulent

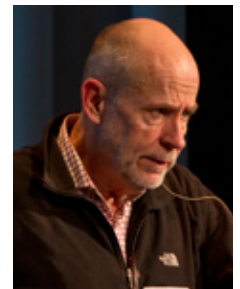


Elda Sparrelid

snuva och måttlig smärta över bihålorna. Använd då istället symtomatisk behandling i form av avsvällande nässpray, analgetika och koksaltsköljning av näsan. Nasal steroid har effekt framförallt vid underliggande allergi eller hyperreaktivitet, manade Elda Sparrelid, överläkare, Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, ordförande i expertrådet för infektionssjukdomar.

Inom SLL varierar antalet antibiotikabehandlade sinuiter mellan olika vårdcentraler från en sannolik rimlig nivå på under 50 procent till 80–90 procent.

Per Karlén, med dr, överläkare, Medicinkliniken, Danderyds sjukhus, ledamot i expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar, berättade att protonpumpshämmare används felaktigt vid magont utan känd orsak, något som kan försämra diagnostik och öka risken för lunginflammation, frakturer och infektioner orsakade av *Clostridium difficile*.

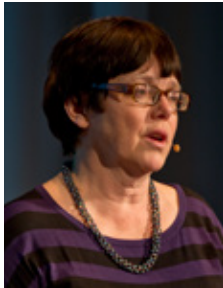


Per Karlén

Knapp för äldre

Inga Klarin, med dr, överläkare, Geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, ordförande i expertrådet för geriatriska sjukdomar, förklarade att expertrådet valt ut användningen av tramadol och propiomazin som särskilt angelägen att minska hos äldre. Tramadol ökar risken för illamående och centralnervösa biverkningar hos äldre.

Propiomazin (Propavan) kan ge dagtrötthet och extrapyramidalasymtom som restless legs.



Inga Klarin

Som hjälpmedel, under införande till en början i TakeCare, finns Äldreknappen (visas som ett Ä i Janusfönster). Knappen blir röd när en patient 75 år och äldre har läkemedel som bör undvikas enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Vid klick på knappen visas patientens läkemedelslista, markering av de läkemedel som bör undvikas, konsekvens och rekommendation samt länk till Socialstyrelsens rapport.

Ungefär fem procent av Sveriges vuxna befolkning beräknas vara beroende av alkohol, men endast en liten andel behandlas. Därav det Kloka rådet att öka användningen av akamprosat, naltrexon och disulfiram vid alkoholberoende, informerade Mussie Msghina.

Karin Schenck Gustafsson, senior professor, överläkare, ordförande för Centrum för genusmedicin på Karolinska Institutet berättade att ungefär 50 läkemedelssubstanser finns inlagda i kunskapsbanken Kön, genus och läkemedel, tillgänglig via Janusinfo. Zolpidem var 2013 det vanligaste sökordet i databasen, troligen därför att amerikanska läkemedelsmyndigheten (FDA) ändrat doseringsrekommendationerna för sömnmedel innehållande zolpidem. Kvinnor rekommenderas hälften så hög dos som män.



Karin Schenck Gustafsson

Inkretinläkemedel vid diabetes

I årets upplaga av Kloka Listan rekommenderas i tredje hand (för specialiserad vård) ett nytt läkemedel vid diabetes typ 2, liraglutid (Victoza).



Alexandre Wajngot

Alexandre Wajngot, docent, överläkare, Centrum för allmänmedicin, ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar berättade om liraglutid och andra inkretinläkemedel.

GLP-1 är ett inkretinhormon som insöndras från tarmen vid måltid. Då stimuleras insulinfrisättning och glukagonfrisättningen hämmas, samtidigt som GLP-1 ger ökad mättnadskänsla och förlångsamar ventrikeltömning.

GLP-1-agonister sänker HbA_{1c} något mer än DPP-4-hämmare (cirka 10 mmol/mol jämfört med 7 mmol/mol), har låg risk för hypoglykemi (dock ökad risk för hypoglykemi vid samtidig behandling med sulfonureider, eller insulin), och kan ge en viktreduktion på 2–3 kg (stora individuella skillnader).

Vanliga biverkningar av GLP-1-agonister är illamående, kräkning och diarré med relativt många behandlingsavbrott. Eventuellt ökad risk för pankreatit och pancreascancer vid långtidsbehandling diskuteras. Liraglutid bör



Ann-Sofie Bolmér

utvärderas inom 3–6 mån och sättas ut, om inte HbA_{1c} minskat med minst 10 mmol/mol och vikten med minst 3 procent.

Ann-Sofie Bolmér, överläkare, Endokrint centrum, Capio S:t Görans sjukhus, ledamot i expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar presenterade ett par patientfall som visade GLP-1-agonistbehandling i praktiken. Läkemedlet tolererades i allmänhet väl, men illamående var vanligt, och lokal hudirritation förekom.

Svårt nå riskgrupper

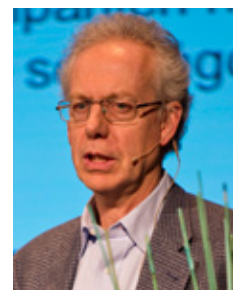
Sedan pandemin 2009 har färre pensionärer, gravida och andra riskgrupper vaccinerat sig mot säsongsinfluensan.

– Det har varit en nedåtgående trend de senaste fyra åren, sade Åke Örtqvist, docent, smittskyddsläkare, chef för Smittskydd Stockholm, ordförande expertrådet för vaccinationer.

Influensavaccin ger ett 50-procentigt skydd mot att insjukna i influensa, och om personen ändå insjuknar minskar risken för komplikationer och död.

Nuvarande säsongsvaccinationskampanj har lett till att betydligt fler gravida vaccinerat sig och något fler än 2012 i de andra riskgrupperna. Husläkarna, 1177 Vårdguiden och Smittskyddsinstitutet har högst förtroende som informationsbärare.

– Vårdpersonalen är viktigaste faktorn och måste själva vara trygga och sakligt kunna presentera vaccinets nytta och risker. Påminn om och rekommendera vaccination även vid besök utanför kampanjtid, sammanfattade Åke Örtqvist.



Åke Örtqvist

Var tredje patient med demens fick läkemedel

Under 2011–2013 fick en tredjedel av drygt 10 000 patienter med demensdiagnos i SLL demensläkemedel. Det kan bero på att såväl läkare som patienter och anhöriga har olika uppfattning om läkemedlens effektivitet. Patienter med endast lindrig kognitiv störning fick trots bristande evidens demensläkemedel i lika stor utsträckning som patienter med Alzheimerdiagnos. Det visar en studie av Nancy Madjid, apotekarstuderande vid Uppsala Universitet.

Av Desirée Loikas, apotekare, Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

FOTO: ISTOCK



Män under 65 år fick oftare demensläkemedel än kvinnor i samma åldrar. I åldersgruppen 65–74 år fick däremot större andel kvinnor behandling. Patienter 85 år och äldre behandlades i större utsträckning än yngre (<65 år).

Fördröjd behandling

I genomsnitt utfärdades recept 56 dagar efter ställd demensdiagnos, trots att patienter med Alzheimer enligt

Socialstyrelsens nationella riktlinjer av effektivitetsskäl bör behandlas så snabbt som möjligt.

Fördröjningen kan bero på att primärvården efter basal utredning skickar patienten till en minnesklinik för att få läkemedel. Yngre patienter sattes in på behandling senare än äldre, vilket kan bero på att yngre patienter först genomgår fler tester.

Studien omfattade 10 058 patienter (60 procent kvinnor) som fick en demensdiagnos 1 januari 2011–31 augusti 2013. Det vanligaste demensläkemedlet var galantamin (33 procent), följt av memantin (25 procent), donepezil (25 procent) och rivastigmin (16 procent).

Få studier om att sätta ut läkemedel hos äldre

Enligt en sammanställning i tidskriften *Age and Ageing* kan en minskad mängd psykofarmaka förebygga fallolyckor och förbättra den kognitiva funktionen. Systematiskt minskad polyfarmaci är också bra för den kognitiva förmågan.

Av Elin Jerremalm

I sammanställningen identifierades situationer med hög risk för läkemedelsbiverkningar hos sköra äldre (65 år och äldre). Utsättningsstudier vid fall, förvirring, kognitiv försämring och vård i livets slutskede eftersöktes.

Flest fallstudier

Flest studier fanns det om utsättning för att förebygga fall, och sammantaget konkluderades att utsättning av psykofarmaka kan minska antalet fall. Författarna hittade inga studier om utsättning vid förvirringstillstånd. Dock är det känt att flera läkemedel, ofta med antikolinerga egenskaper, kan orsaka förvirring, till exempel psykofarmaka, antiepileptika, medel vid Parkinson med flera.

– Intressant sammanställning i *Age and Ageing* som bekräftar kliniska erfarenheter. Fler utsättningsstudier av icke livsnödvändiga läkemedel vore av stort intresse, säger Inga Klarin med dr, överläkare, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för geriatriska sjukdomar.

Få studier om livets slutskede

Mycket få studier har fokuserat på att avsluta olämplig medicinering vid vård i livets slutskede. Författarna pekar på behovet av konsensus kring vilka mediciner som är lämpliga respektive olämpliga i vården vid livets slutskede.

■ **Läs mer:** van der Cammen TJ, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing*. 2014 Jan;43(1):20-5.

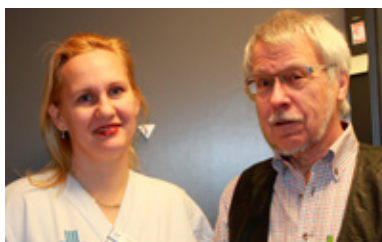


FOTO: ISTOCK

Läkare kan bidra till färre trafikolyckor

Läkare spelar en viktig roll i att behålla Sveriges position som ett av de mest trafiksäkra länderna i världen, skriver Dorota Religa, med dr, specialistläkare i geriatrik, Geriatriska kliniken, Trafikmedicinskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Kurt Johansson, med dr, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset efter ett seminarium ordnat av expertrådet för geriatrik.

Av Dorota Religa, med dr, specialistläkare i geriatrik, geriatriska kliniken, Trafikmedicinskt Centrum, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Kurt Johansson, med dr, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset



Dorota Religa och Kurt Johansson

Sverige är bland de trafiksäkraste länderna i världen. Ändå omkom de senaste 12 månaderna 271 personer i trafiken och 2 723 blev svårt skadade.

Läkarnas anmälningar till Transportstyrelsen [2] av medicinskt olämpliga bilförare är en viktig faktor för trafiksäkerheten. I vissa fall kan muntligt/skriftligt körförbud vara tillfyllest, men om patienten ändå kör (måste följas upp) skall anmälan göras [2–4]. Anmälan kan exempelvis avse synkomplikationer och risken för hypoglykemier hos diabetespatienter.

Varning minskade olyckor

En kanadensisk studie av Redelmeier och medarbetare visar betydelsen av läkarens rådgivning för att minska trafikolyckor. Totalt 100 075 patienter fick en medicinsk varning av totalt 6 098 läkare. Antalet olyckor minskade med cirka 45 procent efter varningen ($P < 0,001$).

Friska äldre är inget trafikproblem, men högre ålder medför ökad risk för sjukdomar som kan påverka trafiksäkerheten. Svenska Demensregistret (www.svedem.se) och andra register kan bidra till att uppmärksamma problem med bilkörning. Demenssjukdomarna påverkar kognitiva funktioner, som i sin tur kan påverka lämpligheten att köra bil. Vid lindrig demens kan bilkörning dock vara tillåten. Enligt SveDem gör läkaren vanligtvis en överenskommelse med patienten om eventuellt fortsatt bilkörning. I 9 procent av fallen görs en anmälan till körkortsmyndigheten om olämplighet för körkortsinnehav, oftast för patienter med frontotemporal demens, där sjukdomsinsikten kan vara nedsatt.

Avvakta vid nyinsättning

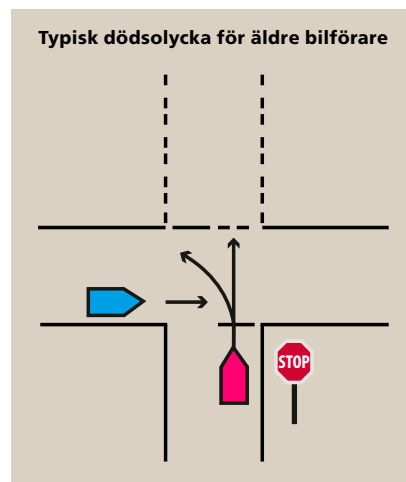
Multisjuka äldre patienter med många läkemedel har större risk för biverkningar som kan påverka trafiksäkerheten.

Man rekommenderar att avvakta med bilkörning 2–3 veckor vid nyinsättning av vissa läkemedel (framför allt analgetika, antidepressiva och diabetesläkemedel).

Efter stroke och TIA ska man avstå från bilkörning i tre månader och från yrkesmässig körning (taxi, buss och lastbil) i minst sex månader [3], då risken är som störst för krampanfall och/eller en ny stroke. Under tiden kan läkare hjälpa patienten att nå en god läkemedelsföljsamhet.

I den kanadensiska studien medförde interventionen en ökning av depressioner och en försämrad patient-läkarrelation, vilket ställer krav på läkarens trafikmedicinska kunskaper och förmåga att hantera frågan om körkort/körning. Underlåtenhet att ta upp körkortsfrågan sker således på bekostnad av en ökad olycks- och skaderisk för patienten, i värsta fall en dödsolycka.

Några kunskapskällor är Transportstyrelsens föreskrifter, handboken Trafikmedicin, Läkemedelsboken (<http://korta.nu/aogm6>) och kursen Trafikmedicin för läkare (anordnad av Svensk Trafikmedicinsk Förening en sektion av Svenska Läkaresällskapet). Den 15 maj kl. 13–16.30 hålls en ny utbildningsdag i trafikmedicin inom SLL.



Referenser:

Kan erhållas på förfrågan från Evidensredaktionen.

Samband sömnbesvär – ökad sjuklighet hos äldre

Sömnbesvär hos äldre har ofta samband med annan sjuklighet. Läkemedel kan ibland ligga bakom. Behandla först med icke-farmakologiska metoder, och behandla även depression och ångest. Råden gavs vid ett nationellt symposium i ämnet i Stockholm nyligen.

Av David Finer Foto: Ingvar Karlsson



Mötet var ordnat av Svensk Förening för Äldrepsykiatri och expertråden för psykiatri och geriatrik, Stockholms läns läkemedelskommitté.

Checklista för husläkare

Yvonne Freund-Levi, överläkare, med dr, Karolinska Universitetssjukhuset, kognitiv psykoterapeut och ledamot av expertrådet för geriatriska sjukdomar presenterade en checklista för husläkare om möjliga orsaker till sömnproblem:

1. Nydebuterade psykiska sjukdomar (depression, oro, ångest, demens).
2. Tidigare sömnlöshetsjukdom.
3. Psykogen faktor.
4. Kroppslig sjukdom.
5. Läkemedel som tramadol (kan ge ökad risk för illamående och centralnervösa biverkningar) eller propiomazin (kan ge dagtrötthet hos äldre och extrapyramidala symtom som restless legs).



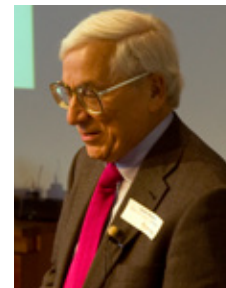
Yvonne Freund-Levi

Andra talare nämnde dessutom antidepressiva, CNS-stimulerande läkemedel (koffein, efedrin), antihypertensiva läkemedel som propranolol, teofyllin, parkinsonläkemedel och steroider.

Eventuell läkemedelsbehandling bör inledas med låga doser av läkemedel med kort halveringstid som zopiklon. Gör alltid avbrott i behandlingen för avstämning.

Inled med icke-farmakologiska metoder

Sammanfattningsvis rådde Yvonne Freund-Levi att inleda med icke-farmakologiska metoder med grundbulnen information om bland annat god sömnhygien, förslagsvis med hjälp av en sömndagbok. Internetbaserad KBT-behandling är också effektiv enligt en SBU-utredning.



Gaby Badre

Gaby Badre, docent, SDS-kliniken i Göteborg, utvecklade den icke-farmakologiska behandlingen och sömnens återuppbyggande roll i följande punkter:

- Akupunktur och yoga har setts ge en viss förbättring av sömnkvaliteten hos äldre med demens.
- Det är viktigt att fastställa orsaken till sömnproblem och initiera särskild behandling.
- Begränsa tupplurar till tidigt på eftermiddagen.
- Justera läkemedelslistan.
- Undvik koffein.
- Förbättra miljön vad gäller ljus, ljud, och andra faktorer. Använd eventuellt ljusterapi.
- Se över näringsstatus.

Behandla samsjuklighet

Yvonne Freund-Levi manade till att behandla andra sjukdomar som depression och ångest men undvika långvarigt bruk av sömnmedel.

För diagnosen insomni enligt DSM-4 krävs:

- Svårigheter att somna, täta uppvaknanden eller en känsla av att inte bli utsövd under minst 1 månad.
- Att sömnstörningen eller den åtföljande dagtröttheten orsakar lidande eller försämrad funktion i arbetet, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Viktigt tro på patienten

Jerker Hetta, professor i socialpsykiatri, Karolinska Institutet citerade Linnés ord om sömnens betydelse som "ett helt förunderligt phaenomenon. Utom den hjälpa medicamenter intet."

Läkemedelsstatistiken visar att det är människor över 60, framförallt kvinnor, som är de stora användarna av sömnmedel. Men användningen ökar i alla åldrar, där de ofta samförskrivs med andra mediciner, som antidepressiva.

Hetta ansåg det viktigt för läkaren att tro på patientens utsaga om sin sömn och drog paralleller till patienter med smärta.



Jerker Hetta

” – *Många patienter som söker för sömnsvårigheter har mött läkare som säger "du sover säkert mer än du tror".*

– Många patienter som söker för sömnsvårigheter har mött läkare som säger "du sover säkert mer än du tror". Det är kontraproduktivt, som att inte lyssna på patienten som klagar över subjektivt upplevd smärta.

Åke Schwan, allmänläkare, tidigare verksam inom Uppsala läns läkemedelskommitté, menade att läkare oftare borde avdramatisera fenomenet sömnlöshet och få patienterna att inta en mer avslappnad inställning istället för att begära farmakologisk behandling.



Åke Schwan

En ASA om dagen håller inte doktorn borta

Brittiska National Health Service (NHS), konstaterar att nyttan av acetylsalicylsyra (ASA) i primärpreventivt syfte inte överväger riskerna (framförallt blödningar). De har studerat den primärpreventiva effekten vid både hjärtsjukdom och cancer.

Av Elin Jerremalm

ASA till friska personer gav en relativt liten effekt på kardiovaskulära händelser (till vissa delar också statistiskt osäker), och effekten var mindre än den sekundärpreventiva. De absoluta effekterna på minskad mortalitet, kardiovaskulär händelse och koronar hjärtsjukdom var alla <1/1 000 patientår.

Kvar som sekundärprevention

– Liksom tidigare rekommenderas lågdos-ASA vid sekundärprevention, där de absoluta vinsterna blir allt större ju högre patientens risk är, säger Paul Hjemdahl, professor, Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärtsjukdomar.

Vid primärprevention var risken för blödningar större än den skyddande effekten, drygt 1/1 000 patientår för icke-trivial blödning, <1/1 000 för stora blödningar, cirka 1/1 000 patientår för gastrointestinal blödning och <<1/1 000 för hemorragisk stroke.

Effektiv intervention

NHS konstaterar att andra interventioner, som lipidsänkare, god blodtrycks kontroll, rökstopp samt att minska salt- och fettintag, troligen har större primärpreventiv effekt på hjärt-kärlsjukdom. European Society of Cardiology och American Heart Association rekommenderar dock profylaktisk ASA för högriskpatienter (definierat som "betydligt" ökad tioårsrisk respektive tioårsrisk större än 6–10 procent).

ASA tveksamt mot cancer

Flera studier pekar på en skyddande effekt av ASA mot cancer. Dock är vinsterna små (absolut effekt <1/1 000 patientår på minskad dödlighet på grund av kolorektalcancer) och studierna gällde egentligen kardiovaskulär sjukdom.

Balansen mellan nytta och risk är svårbedömd. Ett flertal studier som kan ge mer information kommer att slutföras inom de närmaste åren.

God munhälsa bästa endokarditprofylaxen

Ända sedan AHA (American Heart Association) 1955 först rekommenderade antibiotikaprofylax vid tandingrepp har frågan om dess berättigande diskuterats. Upprepade studier visar att antibiotika före tandingrepp inte minskar förekomsten av endokardit eller förhindrar insjuknanden i endokardit. Rekommendationerna har visat sig mer haft ett ursprung i tradition än i vetenskap, och antibiotika har används som en »säkerhets skull-strategi«.

Av Lars-Erik Olofsson, överläkare, infektionskliniken Östersunds sjukhus, ordförande Strama, Jämtlands läns landsting
Gunnar Nilsson, distriktsläkare, Myrvikens hälsocentral, medlem i Strama Jämtlands läns landsting
Artikeln återges med tillstånd från Jämtmedel nr 4/2013, informationsblad från Läkeemedelskommittén i Jämtlands läns landsting

Att nyttan av antibiotikaprofylax före tandingrepp ifrågasätts beror på studier som visar att bakteriemiepisoder förekommer vid dagliga aktiviteter som tandborstning, användande av tandtråd samt tuggning i lika stor utsträckning som vid ett tandingrepp.

Endokarditinsjuknande har heller inte visat sig ha någon koppling till tandingrepp som man tidigare trodde utan mer till ett dåligt munhålestatus. Rekommendationerna har därför på de senare år starkt ifrågasatts och reviderats i många länder till ett minimum att enbart gälla ett fåtal utvalda indikationer och riskgrupper. Längst har man gått i England och Wales där man i stort sett helt avskaffade endokarditprofylax 2008 [1]. Uppföljande studier har nu efter tre år inte visat på någon ökad frekvens eller mortalitet i endokardit [2].

” *Endokarditinsjuknande har heller inte visat sig ha någon koppling till tandingrepp som man tidigare trodde utan mer till ett dåligt munhålestatus.*

Med grundval av ovanstående fick Smittskyddsinstitutet och Läkeemedelsverket ett regeringsuppdrag att åter titta över de svenska rekommendationerna för antibiotikaprofylax i tandvården. Ett expertmöte anordnades i maj 2012 och i oktober samma år presenterades en ny rekommendation [3]. I stort gäller att ingen endokarditprofylax skall ges, men undantag finns. Man betonar god munhälsa och helhetsbedömningar på individnivå mellan tandläkare och ansvarig läkare inom sluten/ öppenvården och/eller infektionsläkare.

Huvudbudskapet i denna konsensus lyder:

1. Gott munhålestatus är av avgörande betydelse för att minska risken för lokala och hematogent spridda infektioner hos riskpatienter.
2. Infektionsförebyggande tandvård ska utföras inför medicinska ingrepp och behandlingar som medför kraftigt ökad risk för infektioner.
3. Den sammanlagda bedömningen av patientens samtliga riskfaktorer är avgörande för om antibiotikaprofylax är nödvändig eller inte.
4. Antibiotikaprofylax inom tandvården bör inskränkas till ett fåtal definierade riskpatienter och vissa odontologiska ingrepp.

Riskpatienter där antibiotikaprofylax *rekommenderas*

1. Gravyt nedsatt immunförsvar
 - a. Neutrofiler < 1,0
 - b. Defekt granulocytutfunktion t.ex. myelodysplastiskt syndrom
 - c. Pågående tung immunosuppression
2. Högdosstrålat käkben
3. Cancerpatienter som behandlats i.v. med bisfosfonater i högdos

Riskpatienter där antibiotikaprofylax *kan övervägas* vid tandutdragning, omfattande tandstensskrapningar och dentoalveolär kirurgi.

1. Patienter som fått ledprotes < 3 månader och har flera riskfaktorer



Bakteriemiepisoder förekommer vid dagliga aktiviteter som tandborstning, användande av tandtråd samt tuggning i lika stor utsträckning som vid ett tandingrepp

Exempel på riskfaktorer för ledprotesopererande

- BMI > 35–40
- Rökning
- Immunbrist
- Anemi
- Hög ålder
- Dålig munhälsa
- Försämrat allmäntillstånd
- Förväntat långt odontologiskt ingrepp

Odontologiska ingrepp där antibiotikaproylax rekommenderas till *alla*

- Anomalikirurgi
- Frakturkirurgi
- Bentransplantation

Antibiotikaproylax kan övervägas vid implantatkirurgi.

Antibiotika

Engångsdos ges 60 minuter före ingreppet.

Förstahandsval

- Vuxna: Amoxicillin 2 g p.o.
- Barn: Amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt p.o.

Vid dokumenterad pc-allergi

- Vuxna: Klindamycin 600 mg p.o.
- Barn: Klindamycin 15 mg/kg kroppsvikt p.o.

Parenteral administrering, ges under högst ett dygn

Förstahandsval

- Bensylpenicillin (3 g x 1–3) i.v.

Vid dokumenterad pc-allergi

- Klindamycin (600 mg x 1–3) i.v.

Referenser:

1. NICE Short Clinical Guidelines technical team: Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. London National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 <http://korta.nu/rc4vf>.

2. Thornhill MH et al Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011 May 3, 342 <http://korta.nu/bmj8b>.

3. Antibiotikaproylax i tandvården. Läkemiddelsverket 2012 <http://korta.nu/rg8va>.

Ökad följsamhet till Kloka Listan under 2013

Många läkemedel i Kloka Listan med bred användning steg kraftigt i volym 2013, medan kostnaderna för läkemedel på recept i sin helhet minskade med 1,7 procent. Några exempel är amlodipin, kandesartan, losartan, naproxen och paracetamol. Läkemedel mot rubbningar i immunsystemet tillhörde fortsatt grupperna som ökade mest kostnadsmissigt, plus 7 procent.

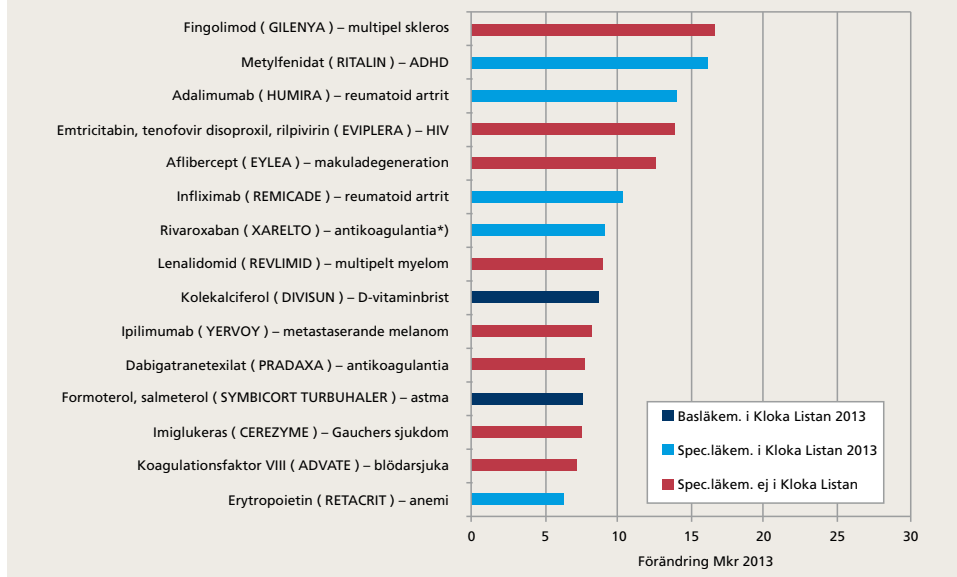
Av Sten Ronge

Inom gruppen antikoagulantia var användningen av warfarin relativt oförändrad i volym, medan antal recept på nya antikoagulantia tredubblades, jämför Figur. Samtidigt minskade lågdos-ASA i volym. Läkemedel mot tumörer och rubbningar i immunsystemet fortsatte att svara för en femtedel av totalbeloppet för läkemedel på recept och rekvisiton. Kostnaderna steg med 1 procent vilket innebar en fortsatt trend mot sjunkande ökning trots viss introduktion av ny terapi. Det avspeglar tillkomst av nya generiska läkemedel men också viss tendens mot pris-sänkning på läkemedel som saknar generiska synonymer.

Patientpopulationerna för flera läkemedel som svarar för stora kostnader, som TNF-hämmare mot reumatiska sjukdomar och trastuzumab mot bröstcancer, tycks nu i stort ha nåtts av behandling. Samtidigt tillkommer nya biologiska läkemedel, ofta riktade till små patientgrupper.

Volymen på nervsystemets läkemedel fortsatte att stiga. Tillgången på prispressade generiska medel mot bland annat depression, Alzheimers sjukdom och opiatberoende liksom tunga analgetika bidrog till att dämpa kostnadsutvecklingen. Medel mot ADHD fortsatte däremot att öka i både kostnad och volym, Figur. Medel mot hjärt-kärlsjukdom fortsatte att minska mest (-12 %) i kostnad, trots fortsatt treprocentig volymökning. Den ekonomiska effekten av bred övergång till generiska läkemedel på recept synes

Figur. Största ökning recept/rekvisition 2013 i totalbelopp Mkr. Substansnamn och exempel på produkt samt huvudanvändning. Källa: VAL/GUPS. *) Profylax vid elektiv ortopedisk höft- och knäplastik.



dock nu till största delen vara inhämtad, inte minst bland hjärt-kärl-läkemedel. Medan naproxen och paracetamol fortsatte att öka i användning minskade diklofenak i likhet med föregående år.

Ökad följsamhet till två av fem Kloka råd

Av de fem Kloka råd som gått att följa upp med läkemedelsstatistik steg följsamheten mest till råden om att minska antibiotikabruket vid främst övre luftvägsinfektioner och urinvägsinfektioner. Förskrivningen minskade med 10 procent. Därmed har Stockholm inte längre landets högsta antibiotikaförbrukning. Däremot fortsatte förskrivningen av protonpumpshämmare att stiga, om än i något lägre grad än tidigare.

D-interaktioner minskades genom brev till förskrivaren

Enligt en aktuell rapport är det möjligt att minska potentiellt allvarliga interaktioner, så kallade D-interaktioner, med hjälp av riktade brev till förskrivarna.

Av Eva Wikström Jonsson

D-interaktioner är läkemedelsinteraktioner som kan få allvarliga konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt. Läkemedelsmoduler i journalsystemen stödjer läkaren i att ordinera rätt och att upptäcka patienter med pågående interaktioner.

” *D-interaktioner är läkemedelsinteraktioner som kan få allvarliga konsekvenser i form av svåra biverkningar eller utebliven effekt.*

Kvalitetsprojekt i Kronobergs län

I rapporten beskriver Cronberg och medförfattare, verk samma i Kronobergs län, ett kvalitetsprojekt med syfte att se om det gick att minska frekvensen D-interaktioner. Författarna fokuserade på fyra olika möjliga interaktioner – kalium-amilorid; klopidogrel-omeprazol; warfarin-acetylsalicylsyra samt warfarin-COX-hämmare.

För kombinationen kalium-amilorid rekommenderade de att sätta ut kalium eller ersätta amilorid med en tiazid, med tanke på risken för hyperkalemi. För kombinationen klopidogrel-omeprazol rekommenderade författarna utsättning av endera eller ersättning av omeprazol med pantoprazol. De rekommenderade på grund av blödningsrisk att ASA hos warfarinbehandlade patienter sattes ut, om inte valet var medvetet och följde riktlinjer. Beträffande kombination av COX-hämmare och warfarin rekommenderade de – även i detta fall på grund av blödningsrisk – att COX-hämmare om möjligt sattes ut eller byttes till paracetamol eller gel-beredning av COX-hämmare.

Rekommendationer utifrån Sfinx

Då ordinationer av något av ovanstående läkemedelspar identifierades i journalsystemet för någon patient skrevs ett brev till den aktuella vårdcentralen med information om vilken patient och interaktion det gällde samt en rekommendation om hantering av interaktionen. Rekommendationerna baserades på Sfinx.

I en enkät fick läkaren besvara om den uppmärksammade interaktionen bedömdes som medveten eller oavsiktlig, om medicineringen justerades och hur han/hon uppfattade rapporten om interaktionen.

Antalet interaktioner minskade från 261 till 195 efter informationsutskicket. Totalt gjordes 110 läkemedelsjusteringar, men nettoresultatet blev sämre, eftersom 44 nya interaktioner tillkom under studieperioden.

Förskrivare missade varningsfältet

Trots att det finns ett särskilt fält i journalsystemet som varnar för D-interaktion valdes ibland läkemedel som interagerar.

Förskrivarna uppfattade 43 procent av interaktionerna som resultat av medvetna läkemedelsval. Rapportförfattarna fann att förskrivarnas förändringsbenägenhet var mindre om interaktionen förelegat i flera år utan att orsaka problem, om bra alternativ saknas, eller om det förelåg osäkerhet om huruvida kombinationen var avsiktlig eller inte.

” *Trots att det finns ett särskilt fält i journalsystemet som varnar för D-interaktion valdes ibland läkemedel som interagerar.*

För att minska antalet riskabla interaktioner krävs enligt författarna att läkemedelsmodulen i journalsystemet stödjer läkaren att ordinera rätt, men också ger en möjlighet att upptäcka patienter som har pågående interaktioner, exempelvis genom regelbundna databassökningar efter interaktioner.

Referens:

Cronberg et al. Läkartidningen. 2013;110:CHM4

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



Kom ihåg att flera fortbildningar kräver föranmälan. Se www.janusinfo.se/fortbildning för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.

Mars

12 onsdag, kl. 12.30–16.30

Fortbildning för allmänläkare i nordöstra Stockholm: Neuropsykiatri

Plats: Danderyds sjukhus, Bofinken, ingång psykiatrihuset (hus 38)

Målgrupp: Allmänläkare i nordöstra Stockholm

13 torsdag, kl. 13.00–16.00

Seminarium: Hypertoni – ska vi bry oss?

Plats: Hörsalen Capio S:t Görans sjukhus, hiss C plan 2

Målgrupp: Sjuksköterskor

19 onsdag, kl. 8.30–16.00

ST-dagen 2014 – En dag för Stockholms ST-läkare i allmänmedicin. Tema: Folksjukdomar.

Samling med kaffe från kl. 8.00.

Plats: Norra Latin, Drottninggatan 71B, Lokal: Pelarsalen

Målgrupp: ST-läkare i allmänmedicin

26 onsdag, kl. 13.30–16.15

Fortbildning för ST-läkare i geriatrik: Kroniskt obstruktiv lungsjukdom och dess behandling

Plats: Josabethsalen, Stockholmsgeriatriken, Sabbatsbergs sjukhus

Målgrupp: ST-läkare i geriatrik, handledare och övriga specialister i geriatrik

April

1 tisdag, kl. 12.00–13.00

Update om medicin och läkemedel på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge: Nutritionsguiden. Lunch serveras i samband med föreläsningen.

Plats: Restaurang 61:an, separat matsal

Målgrupp: Läkare på Karolinska Universitetssjukhuset

4 fredag, kl. 09.30–16.00

Endokrint Forum Stockholm – Vårmöte 2014. Tema: Tyreoidea, primär hyperaldosteronism och nya riktlinjer för uppföljning av binjureincidentalom. Samling med kaffe från kl. 9.00.

Plats: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Magnus Ladulåsgatan 63A, Lokal: Fataburen

Målgrupp: Läkare

8 tisdag, kl. 14.00–16.00

EKG – diagnostik via tolkning, en snabbkurs för sjuksköterskor!

Plats: Brommageriatriken, Söderberga allé 41, Samlingssalen, plan 3

Målgrupp: Sjuksköterskor

8–9 tisdag & onsdag, kl. 9.00–16.30

Allmänmedicinsk fortbildningsakademi: Infektionssjukdomar. Samling med kaffe från kl. 8.45.

Plats: Garnisonen Konferens, Karlavägen 100. Lokal: Hagaparken

Målgrupp: Distriktsläkare, allmänläkare

11 fredag, kl. 11.45–13.00

Update om Läkemedel på Södersjukhuset: Sarkoidos.

Lunch serveras i samband med föreläsningen.

Plats: Södersjukhuset, Personal matsal, Blå rummet

Målgrupp: Läkare på Södersjukhuset

Maj

6 tisdag, kl. 12.00–13.00

Update om medicin och läkemedel på Karolinska Universitetssjukhuset Solna: Lipider, kolesterol och läkemedelsbehandling.

Lunch serveras i samband med föreläsningen.

Plats: KS restaurangen, matsal 1

Målgrupp: Läkare på Karolinska Universitetssjukhuset

7 onsdag, kl. 18.00–19.30

Update om migrän och dess behandling samt Läkemedelsinducerad huvudvärk

Matig smörgås serveras före föreläsningen.

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

8 torsdag, kl. 14.00–16.00

Smärta och smärtbehandling – alltid lika viktigt!

Del ett av två fortbildningstillfällen om smärta. Del 2: 22/5

Plats: Jakobsbergs sjukhus, Birgittavägen 4,

Stora föreläsningssal, plan 3, Jakobsbergsgeriatriken

Målgrupp: Sjuksköterskor

15 torsdag, kl. 13.00–16.30

Dags att sluta köra bil – en eftermiddag om trafikmedicin

Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal: Fataburen

Målgrupp: Allmänläkare, geriatriker, läkare, sjuksköterskor