



Evidens

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

TEMA:

Akuta koronara syndrom

– förbättringspotential
för sekundär prevention

Centrumbildning för mer
medkänsla i vården

■ UPPDATERAT SID 2

Stor förbättringspotential
för sekundär prevention

■ TEMA SID 4-7

Beslutsstöd för patienter
underlättar vårdmötet

■ NYA RIKTLINJER SID 8

Marginell tilläggseffekt
med högdos statiner

■ AKTUELLA BESLUT & RIKTLINJER SID 10

Referat från symposium
om narkolepsi

■ NYA LÄKEMEDEL & STUDIER SID 12

Minska hjärtbiverkningar
av fingolimod

■ INTERAKTIONER OCH BIVERKNINGAR SID 15

Fortbildningskalendarium

■ SID 16

Centrumbildning vill öka medkänslan i vården

■ ■ ■ – När min hustru dog i cancer, ville jag själv dö. Men då ringde en sjuksköterska och frågade hur jag mådde. Det räddade mitt liv. Stefan Einhorn, professor i molekylär onkologi vid Karolinska Institutet återgav patientberättelsen vid en temadag om oegennyttan och medkänsla den 4 september.

Temadagen anordnades av styrgruppen för CCARE, som undersöker förutsättningarna för att starta ett tvärvetenskapligt centrum för forskning och utbildning kring altruism (oegennyttan), medkänsla och social hållbarhet. Bland talarna märktes författarna och läkarna Stefan Einhorn och Astrid Seeberger.

Ökad hjärnaktivitet

Studier visar att en beröring som varar så kort tid som 1,5 sekunder räcker för att förmedla att man bryr sig och

skapar en positiv känsla. När vi samarbetar, visar magnetkamerabilder av hjärnan ökad aktivitet i samma områden, som aktiveras av sex, god mat och narkotika.

Varje mänskligt möte är ett träningstillfälle i empati, om man verkligen lyssnar och efterfrågar den andres upplevelse, menade Einhorn.

Goda samtal behövs i vården

Astrid Seeberger, universitetslektor, överläkare i njurmedicin och författare till boken «Den skamlösa nyfikenheten» talade om vikten av goda samtal (som har samband med den medi-

cinska kvaliteten) och lyssnandets konst.

Samtalet är ett viktigt instrument för att ställa rätt diagnos. Studier visar att 15 procent av diagnoserna som ställs är felaktiga, inte minst på grund av brister i patient-läkarsamtalet.

– Det räcker inte att ge patienterna skrifter om sjuk-

dom och behandling. Samtalet skapar ett känslomässigt kitt som krävs för att införliva kunskaperna, menade Seeberger.

Mötas ansikte-mot-ansikte

Upptäckten av spegelneuronen var sensationell. Människor har fler spegelneuron än någon annan art, vilket potentiellt kan göra oss varma och medkännande.

Människor är skapade för direkta möten ansikte mot ansikte, inte i cyberrymden, ansåg Astrid Seeberger.

Styrgruppen bakom den tänkta centrumbildningen siktar på att skapa samverkansprojekt, söka forskningsmedel och planera utbildningar för bland andra vård och skola.

DAVID FINER

Bakslag för antikroppar vid Alzheimers sjukdom

■ ■ ■ Nyligen meddelades negativa resultat för två påkostade läkemedelsprojekt vid Alzheimers sjukdom. De två läkemedelskandidaterna bapineuzumab och solanezumab är antikroppar riktade mot beta-amyloid, ett protein som tros spela en central roll vid Alzheimers sjukdom.

Intravenöst bapineuzumab studeras av Pfizer och Janssen AI för behandling av mild till måttlig Alzheimers sjukdom. I resultaten från två fas III-studier med totalt 2 400 alzheimerpatienter konstaterades att läkemedelskandidaten inte hade gett önskad effekt i form av förbättrad kognitiv och funktionell förmåga. Avsaknaden av effekt fanns både hos patienter med och utan den genetiska riskfaktorn ApoE4. Studier på en subkutant given variant fortsätter.

Eli Lillys läkemedelskandidat, solanezumab, visade också nedslående resultat i två fas III-studier med cirka 2 000 patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom. Företaget för diskussioner med den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA och har inte bestämt om de ska gå vidare med antikroppen.

I en ny svensk studie publicerad i the Lancet Neurology har vaccination lett till att patienter med mild till måttlig Alzheimers sjukdom utvecklat antikroppar mot beta-amyloid. Studien är en fas I-studie begränsad till ett 50-tal patienter och det återstår att se om vaccinationen ger någon effekt på sjukdomsförloppet.

I Sverige finns ungefär 90 000 personer som lider av Alzheimers sjukdom.

ELIN JERREMALM



Stefan Einhorn, professor i molekylär onkologi, Karolinska Institutet och författare.

Sfinx i journalen minskade interaktioner (autoreferat)

■ ■ ■ Antalet potentiellt allvarliga interaktioner minskade med 17 procent vid de vårdcentraler som hade interaktionstjänsten Sfinx via Janusfönster, men ingen förändring kunde påvisas hos vårdcentraler utan tillgång till systemet. Det var resultatet av en KI-studie, som nyligen publicerats i *European Journal of Clinical Pharmacology*.

I studien undersökte forskare från klinisk farmakologi, Karolinska Institutet, effekterna av att införa Sfinx i primärvården i Stockholm. Tjänsten nås antingen via Janusinfo eller via Janusfönster integrerat i journalsystemet.

I den aktuella studien jämfördes förekomsten av potentiellt allvarliga interaktioner för uthämtade recept före- och efter införandet av Sfinx i Janusfönster vid 15 vårdcentraler i nordvästra Stockholm i februari 2007 med fem vårdcentraler i området som inte fick tillgång till systemet.

Antalet potentiellt allvarliga interaktioner minskade med 17 procent vid de vårdcentraler som hade Janusfönster, medan ingen förändring kunde påvisas hos vårdcentraler utan tillgång till systemet.

Totalt sett var dock potentiellt allvarliga interaktioner relativt sällsynta. Före införandet förekom drygt två potentiella allvarliga interaktioner per 1 000 läkemedelskombinationer som förskrivits vid de vårdcentraler som fick Sfinx infört. De vanligaste enskilda interaktionerna i studien var mellan antibiotika och olika kelatbildare som aluminium, magnesium och kalcium.

Sfinx innehåller över 12 000 interaktionspar. För varje interaktion finns information om vilka risker den kan medföra och rekommendationer för hur den kan undvikas. Texterna skrivs av farmaceuter och läkare och godkänns av specialistläkare i klinisk farmakologi. Sfinx är ett samarbete mellan Medbase Ltd, Finland, Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

BJÖRN WETTERMARK

■ Länk till originalartikeln: <http://korta.nu/interaktioner>

Vi har nyss avslutat den internationella kursen/studiebesöket "Interface Management of Pharmacotherapy, Promoting Hospital-Primary Care Collaboration for Rational Use of Medicines" i samarbete mellan Stockholms läns läkemedelskommitté, Stockholms läns landsting och klinisk farmakologi, Karolinska Institutet (KI). Tjugoåtta deltagare från 19 länder, från Vietnam till Moldavien, visade att det finns ett stort globalt intresse för Kloka Listan ("The Wise List"), läkemedelskommitténs arbete och Stockholmsmodellen som förebild.

Kursen skapades på förfrågan från Världshälsoorganisationen WHO:s medicinske samordnare professor Richard Laing med hänvisning till en vetenskaplig publikation vi skrivit om "The Wise List" och Stockholmsmodellens genomslag.

Föreläsare var inhemska samt internationella experter från WHO, Norge, Spanien och Storbritannien. Olika modeller presenterades och studiebesök genomfördes för att ta del av praktiska erfarenheter. Alla medverkande fick utbyta erfarenheter och diskutera möjligheter att förbättra rationell läkemedelsanvändning, inklusive hur sjukhus och primärvård kan dela gemensamma mål och erfarenheter i läkemedelsbehandlingen.

Jag vill tacka alla medverkande samt alla värdar för allt engagemang och för de uppskattade besöken. Vi kan vara mycket stolta över det fina arbete som bedrivs kring läkemedel inom Stockholms läns landsting.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*



EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 3, 2012 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 Vikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · E-post evidens@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2012 · Omslagsfoto: Ulf Hinds · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sl.se



Stort förbättringsutrymme för sekundär prevention

Sverige betraktas numera internationellt som ett lågriskland för ischemisk hjärtsjukdom. Men kardiovaskulär sjukdom är fortsatt den vanligaste dödsorsaken, och det finns ett stort utrymme för förbättringar av sekundär prevention, skriver Lars Eurenus, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus i en översikt över området akuta koronara syndrom.

AV Lars Eurenus, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

På 25 år har förekomsten och dödligheten i akut hjärtinfarkt minskat markant enligt Socialstyrelsens siffror. År 1987 fick 39 000 individer hjärtinfarkt av vilka 30 000 fick sjukhusvård. Motsvarande siffror 2011 var 32 000 respektive 26 000 individer.

Under samma period minskade andelen sjukhusvårdade som avled en månad efter hjärtinfarkt från 29 procent till 13 procent, och antalet avlidna med hjärtinfarkt som underliggande eller bidragande orsak halverades från 18 000 till 9 000 individer. Minskningen gäller såväl kvinnor som män och alla åldersgrupper under 85 år.

Enligt WHO betraktas Sverige numera som ett lågriskland för ischemisk hjärtsjukdom. Trots dessa framsteg är kardiovaskulär sjukdom fortsatt den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor. 2011 var kardiovaskulär sjukdom underliggande dödsorsak hos 40 procent av dödsfallen i Sverige, och ischemisk hjärtsjukdom utgjorde 42 procent av de kardiovaskulära orsakerna. Kostnaderna för samhäl-

let är svårbedömda. Enligt IHE i Lund uppgick den samhällsekonomiska kostnaden 2011 till 61,5 miljarder kronor, varav sjukvårdskostnader utgjorde 41 procent, informell vård av närstående 30 procent och produktionsbortfall 29 procent.

ST-höjningsinfarkt (STEMI)

ST-höjningsinfarkt (STEMI) definieras utifrån EKG med ST-höjningar i två intilliggande avledningar eller förmodat nytillkommet vänstersidigt skänkelblock och symtom som vid akut hjärtinfarkt. Tillståndet orsakas i regel av en ruptur av åderförkalkat plack med efterföljande trombbildning och total ocklusion av ett kranskärl, vars försörjningsområde inte erhåller blod från annat kärl. Detta gör att ett stort transmuralt område hotas, och ett snabbt återställande av blodflödet (reperfusion) är av mycket stor betydelse för patientens prognos. Reperfusion innebär att blodflödet i ett tilltäppt kärl återställs. Detta sker främst genom ballongvidgning, PCI, men i glesbygdslänen i Sverige ges fortfarande proppupplösande läkemedel, trombolys.

Tiden till reperfusionsbehandling är mycket viktig, då detta påverkar hur stor del av hjärtmuskeln som kan räddas och därmed framtida överlevnad. Enligt nationella och internationella riktlinjer ska trombolys kunna utföras inom 30 minuter och primär PCI inom 90 minuter från första sjukvårdskontakt. Inget landsting uppfyller dessa krav till 100 procent, och majoriteten av landstingen misslyckas med att reperfusionsbehandla inom rekommenderad tid hos mer än 25 procent av patienterna med STEMI.

Sedan 2003 är PCI förstahandsmetod för reperfusion i Stockholms läns landsting. Akutsjukhusen i länet har sedan flera år bedrivit ett gemensamt för-

Sekundärpreventiva målsättningar

- Rökstopp: den enskilt viktigaste målsättningen. Motiverande samtal under vårdtiden har stor effekt. Remiss för rökavänjning vid behov.
- Statinbehandling, se expertrådets rekommendation
- Blodtryck: <140/90 mm Hg. Vid diabetes mellitus <140/80 mm Hg.
- Om diabetes: HbA1c <52 mmol/mol, individuellt mål oftast mer användbart.
- Fysisk aktivitet: >30 min motion dagligen.
- Kost: minskad mängd mättat fett, ökad konsumtion av fisk, frukt och grönt, fiberrika livsmedel och fullkornsprodukter

bättringsarbete för att förkorta tiden till reperfusion, och 2011 erhöll 86 procent av reperfusionsbehandlade STEMI-patienter behandling inom 90 minuter. Satsningar inom detta område är fortsatt nödvändiga och organisationerna inom landstingen behöver ytterligare trimmas.

Indikation för akut koronarangiografi/primär PCI eller trombolys: (båda punkterna nedan ska uppfyllas)

1. Klinisk misstanke om pågående hjärtinfarkt och smärtdebut <12 tim
2. EKG-bild som visar:
 - ST-höjning
 - Nyttillkommet vänstergrenblock (LBBB) (eller förmodat nyttillkommet).

Behandling vid STEMI inför primär PCI (inleds i ambulans, på akutmottagning men ska även om möjligt inledas på vårdcentral eller motsvarande)

- Syrgas
- Nitroglycerin sublingualt
- Morfin iv
- Laddningsdos ASA 300–500 mg (helst Bamyl löslig)
- Laddningsdos klopidogrel 600 mg (75 mg, 8 tabletter)
- Överväg intravenös betablockad på hemodynamiskt stabil patient
- Snabbast möjliga transport med högsta prioritet: ambulans till akutsjukhus med PCI-möjlighet.

På sjukhus i samband med akut koronarangiografi ges iv heparin, och ställningstagande sker till ytterligare blodförtunnade läkemedel som tikagrelor, prasugrel, bivalirudin och abciximab.

Andelen STEMI av alla hjärtinfarkter har minskat från knappt hälften till ca en fjärdel av alla under de senaste dryga 15 åren. Orsaken till detta är inte helt klarlagd. En liten del av förklaringen är att sjukvården med hjälp av allt känsligare analysmetoder för troponin har blivit bättre på att identifiera patienter med mindre hjärtinfarkter (NSTEMI). En sannolikt större del i förklaringen är en förbättrad prevention.

Instabil kranskärslsjukdom, icke ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina pectoris (IAP)

Samlingsnamn för icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) och instabil angina pectoris (IAP) är instabil kranskärslsjukdom och beror också av plackruptur med efterföljande trombbildning. Kärlet ockluderar då oftast inte helt, eller alternativt finns det kärl som delar på myokardiets försörjningsområde, så kallade kollateraler.



FOTO: Ulf HINDO

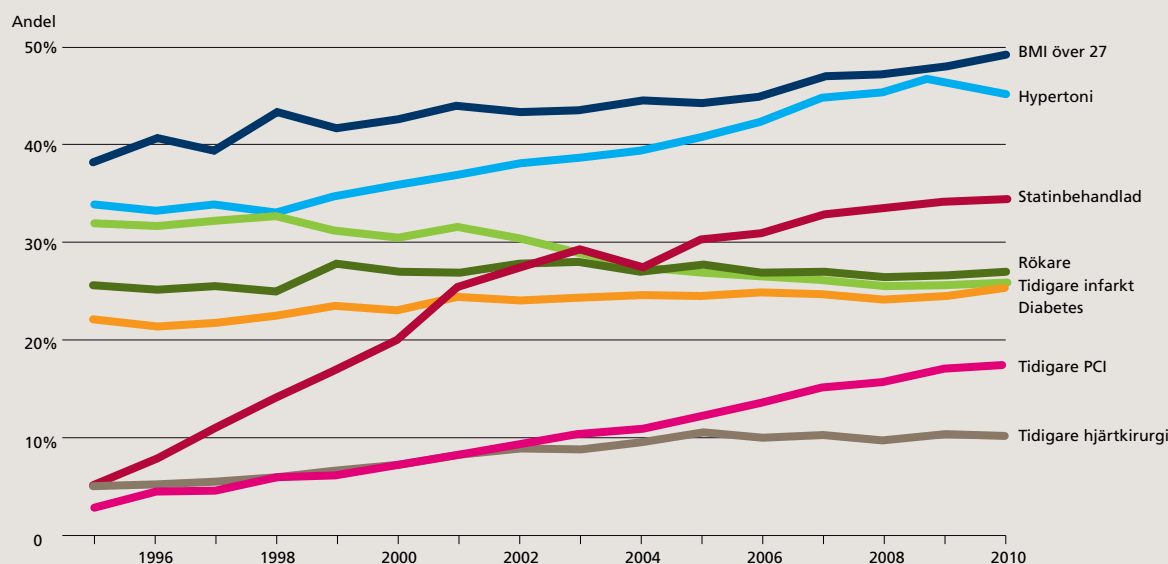
Kardiovaskulär sjukdom är fortsatt den vanligaste dödsorsaken hos både män och kvinnor, skriver Lars Eurenus, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

NSTEMI och IAP skiljer sig per definition åt endast beträffande förhöjning av hjärtskademarkören troponin. För den initiala behandlingen på sjukhus är en noggrann anamnes avgörande. Status är ofta normalt. Tecken till hjärtsvikt, hemodynamisk påverkan eller arytmier indikerar en högre risk och bör föranleda snabbare omhändertagande. Nyttillkomna ST-sänkningar $\geq 0,5$ mm i två angränsande avledningar eller patologisk T-vågsinvertering och förhöjda hjärtskademarkörer indikerar även detta en högre risk.

Ett normalt EKG utesluter dock inte instabil kranskärslsjukdom. Alla patienter med misstänkt instabil kranskärslsjukdom ordinerar ASA. Patienter med objektiva tecken på ischemi (förhöjt troponin och/eller ST-förändringar) ges även klopidogrel eller tikagrelor och inj fondaparinux sc efter värdering av risken för blödningskomplikationer.

Risikfaktorer vid hjärtinfarkt

Utvecklingen av förekomst av riskfaktorer vid hjärtinfarkt <80 år 1995–2010. Swedeheart årsrapport 2010.

**Kranskärlsröntgen och ballongvidning (PCI)**

Kranskärlsröntgen är idag en mycket vanlig diagnostisk metod och under 2010 utfördes i Sverige knappt 38 000 undersökningar. Undersökningen utfördes tidigare alltid via a femoralis dx men idag är det allt vanligare att undersökningen utförs via a radialis på höger sida. Detta är tekniskt mer komplicerat för den undersökande läkaren men medför mindre risk för blödningar och snabbare mobilisering av patienten.

Alla STEMI-patienter med pågående bröstsmärtor skall genomgå akut koronarangiografi om inga kontraindikationer föreligger (exempelvis att patienten har en annan

terminal sjukdom). Flertalet patienter med instabil kranskärlsjukdom bör genomgå kranskärlsröntgen, särskilt om de har signifikanta ST-sänkningar, diabetes, vänsterkammardysfunktion eller tidigare genomgången hjärtinfarkt.

Användning av metallnät (stent) i samband med ballongvidning, PCI, minskar risken för en ny förträngning, restenos, i kranskärlen. Läkemedelsavgivande stentar används, när risken för restenos bedöms vara särskilt stor.

Ekokardiografi

Ultraljudsundersökning av hjärtat (ekokardiografi) utförs rutinemässigt under vårdtiden för att bedöma hjärtstorlek, vänster och högerkammarmarkfunktion, klafffunktion, och komplikationer till hjärtinfarkt som mural tromb, perikardvätska, mitralisinsufficiens eller kammarseptumdefekt. Ekokardiografi har i akutskedet särskild betydelse för diagnos vid påverkad hemodynamik som vid kardiogen chock eller för att utesluta andra differentialdiagnoser till akuta koronara syndrom som aortadissektion, annan underliggande hjärtsjukdom eller tecken på lungemboli.

Eftervård vid akut kranskärlssjukdom

Hemodynamiskt stabila patienter utan pågående smärtor eller ischemitecken vid EKG-övervakning mobiliseras tidigt. Efter revaskularisering (PCI) och vid ett fortsatt

**Risikfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom:**

- Rökning
- Fysisk inaktivitet
- Fetma
- Högt blodtryck
- Diabetes
- Hyperlipidemi
- Genetiska faktorer
- Ålder

okomplicerat förlopp kan patienten utskrivas efter totalt 3–4 dygn. Cirkulatoriskt påverkade patienter och patienter med kvarstående ischemi och arytmibenägenhet behöver generellt längre vårdtid. Under vårdtiden fortsätter den kontinuerliga riskvärderingen, och sekundärpreventiv behandling påbörjas.

Läkemedel vid utskrivning

Patienter som utskrivas efter akut kranskärlssjukdom ska i frånvaro av kontraindikationer ha upp till 6 läkemedel eller en god förklaring till varför så inte är fallet. Överväg protonpumpshämmare på riskpatient för GI-blödning (alltid vid trippelbehandling).

1. ASA.
2. P2Y12-receptorhämmare (klopidogrel/tikagrelor/prasugrel). Ange behandlingstid.
3. Betablockad.
4. Statin.
5. ACE-hämmare (särskilt vid riskkriterier som nedsatt vänsterkammarmfunktion, hypertoni eller diabetes mellitus).
6. Nitroglycerin, kortverkande vid behov.

Uppföljning efter akut kranskärlssjukdom

Uppföljning sker vanligen med återbesök till hjärtsjuksköterska omkring 2–4 veckor och till läkare omkring 6–8 veckor efter utskrivning. En yrkesarbetande patient med en liten myokardskada och som är komplett revaskulerad sjukskrivs vanligen 4 veckor och kan återgå i arbete före inplanerat läkaråterbesök. En patient med en större myokardskada och vänsterkammardysfunktion sjukskrivs ofta helt fram till läkaråterbesöket. Deltidsjukskrivning är ofta ett bra sätt att underlätta patientens återgång i arbete. Vid en liten okomplicerad hjärtinfarkt kan patienten återuppta bilkörning och sexualliv efter 1–2 veckor. Perorala läkemedel mot erektil dysfunktion, exempelvis Viagra (sildenafil) är kontraindicerade vid intag av nitropreparat senaste dygnet. Likaså är nitropreparat kontraindicerade om sådana läkemedel använts det senaste dygnet. Om patienten är revaskulariserad och färdigrehabiliterad efter ett akut koronart syndrom, föreligger inga hinder för att använda dessa läkemedel, men patienten ska vara välinformerad om interaktionen med nitroglycerin. Det är mycket viktigt att informera patienten om hur han/hon ska bete sig vid eventuell bröstsmärta.

Sekundär prevention

Sekundärprevention innebär att både sjukvården och patienten själv genom olika åtgärder försöker förhindra att en ny hjärtinfarkt inträffar. Andelen patienter som får

sekundärpreventiv läkemedelsbehandling i enlighet med såväl Socialstyrelsens som European Society of Cardiology's riktlinjer är mycket hög.

I Sverige erhåller mer än 90 procent av hjärtinfarktpatienterna behandling med blodfettssänkande läkemedel. Ändå uppnår en tredjedel av patienterna inte målnivåerna vid uppföljning omkring två månader och ett år efter genomgången hjärtinfarkt.

Rökning är en betydande riskfaktor för hjärtkärlsjukdom, och efter genomgången hjärtinfarkt är det mycket viktigt att patienten slutar röka. Statistik från Swedeheart visar att 44 procent av rökarna fortfarande rökte ett år efter infarkten. Rökare bör erbjudas hjälp med rökavvänjning.

Fysisk träning har visat sig kunna minska mortaliteten med upp till ca 30 procent hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt. Dessutom påverkar träningen samtliga riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom på ett positivt sätt. Trots att den vetenskapliga evidensen av nyttan med fysisk träning är stor, minskar andelen hjärtpatienter som deltar i fysisk träning. 2010 var det inte mer än ca 30 procent av patienterna som deltagit i fysisk träning ett år efter infarkt. Skillnaderna mellan de olika sjukhusen i Sverige var dock stor enligt denna statistik.

Hos patienter med nyupptäckt eller känd diabetes som har otillfredställande metabol kontroll är det av största vikt med inledande eller intensifierad behandling, oberoende av tidigare terapi. Remiss till diabetesdagvård bör övervägas.

Sammantaget erbjuds patienter efter hjärtinfarkt generellt god möjlighet till sekundär prevention men med hänsyn till behandlingsresultaten finns ett stort utrymme för förbättringar.

Källor:

Swedeheart årsrapport 2010 och 2011
 Hjärtrapporten 2011 och 2012. Hjärt-Lungfonden.
 Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009.
 Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. WHO.
 Akut hjärtsjukvård. Behandlingsprogram för Stockholms läns landsting.
 Third Universal Definition of Myocardial Infarction ESC Clinical Practice Guidelines
 Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of) ESC Clinical Practice Guidelines
 CVD Prevention in clinical practice (European Guidelines on) ESC Clinical Practice Guidelines
 Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Management of) ESC Clinical Practice Guidelines
 Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 inkl komplettering 2011

Beslutsstöd för patienter underlättar patient-läkarkontakten enligt NICE

Brittiska NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) och Cochrane Collaboration står bakom idén med beslutsstöd för patienter (patient aids). Dessa har utvecklats för att ge patienter bättre underlag om för- och nackdelar med behandlingar och därmed mer realistiska förväntningar.

Av David Finer

Ett 30-tal beslutsstödstexter finns att läsa på National Prescribing Centres hemsida – www.korta.nu/patientstod – som ingår i NICE. Tanken är att de ska plockas fram i patientmötet och göra det lättare att diskutera kring olika tillstånd och behandlingsalternativ för att komplettera, inte ersätta patient-läkarkontakten.

Med hjälp av enkla grafiska figurer ges kortfattad, evidensbaserad kvantitativ, neutralt formulerad risk-/nyttoinformation. Om det står ”80 procent av patienterna blir förbättrade av behandlingen x”, står det också att ”20 procent av patienter får ingen förbättring av behandlingen x.”

Viktigt observera riskkalkylatorn

Men det är viktigt att observera att risk-siffrorna varierar beroende på vilken riskkalkylator som används. I Swedish SCORE skattas patientens 10-årsrisk att **dö** i en hjärtkärlrelaterad händelse, där 10 procent anses som en hög risk. Däremot utgår NPC-dokumentet från en riskkalkylator som skattar 10 procent årsrisk för en **hjärtkärlhändelse**, där 10 procent istället anses vara en låg risk.

I motsats till patientbroschyrer och andra former av hälsoupplysningsmaterial, som bara ger allmän bakgrundsinformation, är beslutsstöden skraddarsydda till patienters hälsotillstånd.

Bakgrundssyftet är att överbrygga skillnader som kan finnas mellan patienters och hälso- och sjukvårdspersonals värderingar och riskuppfattningar.

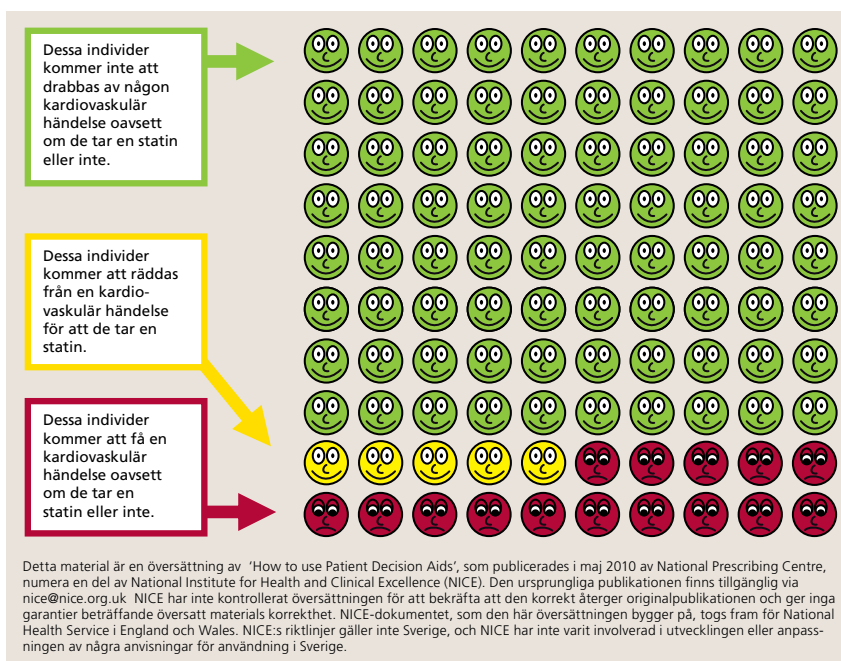
Inte minst för att motverka eventuellt felaktiga föreställningar som uppstått av tidigare erfarenheter, mediernas nyhetsrapportering och/eller kulturella föreställningar.

Föreslår femstegsmodell

NICE föreslår att läkaren använder patientstöden enligt följande femstegsmodell:

1. Beskriv det kliniska tillståndet.
2. Beskriv behandlingsalternativen.
3. Erbjud tid för ytterligare, mer detaljerad diskussion, om patienten så önskar.
4. Gå igenom beslutsstödet, förklara bilderna och anpassa framställningen med hänsyn till bakgrundsrisk.
5. Ge patienten tid att fundera över vad de vill göra. De kanske vill ta med sig ett exemplar av texten och diskutera det med anhöriga eller vänner exempelvis.

Redan 2008 framhöll NICE värdet av beslutsstöd till patienter i sina riktlinjer om statiner och lipidbehandling.



NICE använder "smileys" som pedagogiskt verktyg i sina beslutsstöd. Här illustreras vad som händer om 100 individer med måttlig risk för hjärtkärlhändelser (20 procent över 10 år) tar statiner i 10 år.

Betydelsen av kvalitetsindikatorer i vården belystes vid symposium

Goda indikatorer måste vara bland annat tydliga, kontrollerbara och evidensbaserade. Men det gäller att akta sig för oönskade följder. Det framkom när hälso- och sjukvårdsförvaltningen i april inbjöd till ett symposium om kvalitetsindikatorer i vården.

Av Christer Norman och David Finer

Som särskild expert inbjöds Stephen Campbell, allmänläkare, primärvårdsforskare, universitetet i Manchester, som utvecklat flera av de kvalitetsindikatorer som används i det brittiska ersättningsystemet i primärvården.

Indikatorledda förbättringar

Tre medarbetare från hälso- och sjukvårdsförvaltningen presenterade goda exempel från SLL. Mats Ek, överläkare, HSF, gav exempel på primärvårdsindikatorer som förbättrats över tid. Exempelvis har andelen diabetespatienter rapporterade till det nationella kvalitetsregistret ökat från 50 procent 2008 till 100 procent 2011.

Holger Stalberg, överläkare, HSF, berättade om ändrade ersättningsystem med större tyngd på kvalitet, effektivitet, öppna jämförelser och tillgänglighet, som lett till att antalet ortopediska operationer ökat med 16 procent från 2008 till 2011, samtidigt som de totala kostnaderna minskat med 4 procent inom SLL.

Birgitta Almgren, enhetschef, HSF, diskuterade öppna jämförelser med andelen strokepatienter som vårdats på strokeenhet som en kvalitetsindikator, vilken i genomsnitt ökat med 2 procent till 88 procent 2009–2010 generellt i landet.

Krav på goda indikatorer

Stephen Campbell listade kritiska beslutspunkter vid indikatorutveckling:

Det gäller att klargöra målgruppen, definiera syftet, bestämma indikatorernas räckvidd, identifiera analysenheten, ta hänsyn till skillnader, mångfald och komplexitet och evidensbasen. Goda indikatorer måste vara tydliga, valida, acceptabla, kontrollerbara, evidensbaserade, realistiska, pålitliga, förändringskänsliga, prediktiva och relevanta.

Campbell och medarbetare ligger bakom publikationer om oönskade följder av incitament kopplade till vissa kvalitetsindikatorer. Systemet med ekonomiska incitament för vårdcentralerna i Storbritannien har medfört betydande kvalitetsförbättringar för alla indikatorer 2001–2007 men detta på bekostnad av (i och för sig små) försämringar av icke-incitamentkopplade vårdaspekter.

Vid symposiet listade Jan Hasselström, allmänläkare, ordförande i expertrådet för allmänmedicin, problem med kvalitetsarbete och indikatorer, bland annat att en viss mätbar faktor i ett omoget registreringssystem lätt kan få för stort fokus och då stjåla uppmärksamheten från andra viktiga frågor eller patientgrupper.

Vårdens prestationsanpassning

När man inför ett prestationsbaserat system, anpassar sig vården snabbt till detta. Jan Hasselström gav exempel. När kravet infördes i Östergötland 2006, att 95 procent eller fler av alla patientbesök skulle vara diagnossatta för att få full ersättning, minskade andelen besök utan registrerad diagnos. Vårdcentraler som inte var kvalificerade för maximal ersättning, lade sig då på samma nivå som de kvalificerade.

Med en mer optimistisk syn redovisade Jan Hasselström positiva erfarenheter från ett nätverk av allmänläkare i sydvästra Stockholm inom det gastrointestinala området, migrän och strokeprofylax.



Allmänläkaren och primärvårdsforskaren Stephen Campbell, universitetet i Manchester, har utvecklat flera av de kvalitetsindikatorer som används i den brittiska primärvården.

SBU om metaanalys: Marginell tilläggseffekt med högdos statiner

Högre dos statin jämfört med lägre ger en marginell minskning av hjärt-kärlhändelser. Nyttan måste också vägas mot en ökad biverkningsrisk. Så kommenterar SBU resultatet av en stor metaanalys av kolesterolsänkningens effekt och säkerhet.

Av David Finer

Statens beredning för medicinsk utvärdering har analyserat och kommenterat en metaanalys gjord av Cholesterol Treatment Trialist's (CTT) Collaboration om effekt och säkerhet av LDL-kolesterolsänkning med statiner.

26 studier med 170 000 patienter

Totalt ingick 26 randomiserade kliniska prövningar med uppemot 170 000 patienter (27 procent kvinnor). Fem av studierna jämförde mer och mindre intensiv statinbehandling och resten statinbehandling mot kontroll (placebo eller ingen behandling).

I de 21 studier där olika statiner jämförts med kontroll minskade LDL-kolesterolvärdet genomsnittligt med 1,07 mmol/l. Förekomsten av hjärt-kärlhändelser inklusive revaskularisering minskade från 3,6 procent till 2,8 procent per år. Högdos jämfört med normaldos statin sänkte LDL ytterligare 0,51 mmol/L och minskade den relativa risken att drabbas av hjärt-kärlhändelser med 15 procent, från 5,3 till 4,5 procent per år. Biverkningarna var dosberoende.

Metaanalysens slutsatser

- Ytterligare reduktion av LDL-kolesterolvån ger en ytterligare sänkning i allvarliga kardiovaskulära händelser
- För varje 1 mmol/L reduktion av LDL-kolesterolvån får cirka 20 procent en minskning av hjärt-kärlhändelser (vid låga utgångsvärden för LDL-kolesterol var effekterna osäkra)
- Det finns inte ett LDL-kolesteroltröskelvärde under

vilket det inte lönar sig att sänka ytterligare. Detta skulle innebära att en sänkning av LDL kolesterol i storleksordningen 2–3 mmol/L skulle reducera hjärt-kärlrisken med 40–50 procent.

SBU:s bedömning

Sigurd Vitols, professor, sakkunnig vid SBU, kommenterar att resultatet stöder en marginellt bättre effekt av högre jämfört med lägre dos statin avseende minskad hjärt-kärlödlighet, samt reduktion av insjuknande i hjärtinfarkt, revaskularisering och stroke på grund av blodpropp. SBU:s kommentar har granskats av Paul Hjemdahl, professor i klinisk farmakologi, Karolinska Solna och ordförande i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar samt Peter M Nilsson, professor i kardivaskulär forskning, Lunds Universitet.

Nyttan med ytterligare dosökning/LDL-kolesterolsänkning måste dock noggrant vägas mot den ökade risken för biverkningar som muskelskador.

Metaanalysen tillåter ingen säker slutsats om en viss statin är säkrare än någon annan, och biverkningarna kan ha underskattats så som flera studier genomförts.

SBU påpekar också ett kliniskt behov av att utvärdera om behandling med statiner och andra lipidsänkande läkemedel bör styras av målvärden för LDL-kolesterol, eller om man ska använda doser som har dokumenterad effekt på kliniskt viktiga utfallsmått enligt

de stora kliniska prövningarna.

Behandling med statiner för att förebygga en ny hjärtkärlrelaterad händelse, sekundärprevention, är etablerad och ges högsta prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Nyttan vid primärprevention är mer diskutabel och behandling ska ges med hänsyn tagen till patientens absoluta risk när olika riskfaktorer vägs samman.

■ Länk till originalartikel (fulltext):
<http://korta.nu/sbukolesterol>

”Nyttan med ytterligare dosökning/LDL-kolesterolsänkning måste noggrant vägas mot den ökade risken för biverkningar som muskelskador.”

Nya föreskrifter från Socialstyrelsen om läkemedelsgenomgångar

Från och med den 1 september gäller bland annat att vissa patienter 75 år och äldre med minst 5 läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång och att en läkemedelsberättelse ska upprättas.

Av Anna Riesenfeld

Enligt nya regler i läkemedelsföreskriften ska enkel läkemedelsgenomgång erbjudas samtliga patienter 75 år och äldre med minst fem läkemedel vid besök hos läkare i öppen vård, inskrivning i sluten vård, påbörjad hemsjukvård samt vid inflyttning i särskilt boende. En läkare ska ansvara för denna.

Enkel läkemedelsgenomgång

Vid enkel läkemedelsgenomgång ska kartläggning ske av ordinerade läkemedel och de läkemedel som patienten använder. Uppgifter kan hämtas från journalhandlingar och läkemedelsförteckningen.

Läkaren ska bedöma om läkemedelslistan är korrekt samt om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker. Patienten ska få information om sina läkemedelsrelaterade problem. Detta ska också dokumenteras i journalen. Den förenklade läkemedelsgenomgången ska följas upp.

Fördjupad läkemedelsgenomgång

Om läkemedelsrelaterade problem kvarstår, ska patienten erbjudas fördjupad läkemedelsgenomgång. Då ska läkare också kontrollera indikationen, värdera effekten, bedöma doseringarna och utvärdera biverkningsrisken.

Nyttan med läkemedlet i förhållande till patientens övriga läkemedel ska värderas, och läkemedelsgenomgången ska följas upp.

Läkemedelsberättelse vid hemskrivning

När patienten skrivs ut från sluten vård ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. Den ska innehålla uppgifter om ändringar av ordinationen, vilka andra åtgärder som vidtagits och varför. Om patienten ska få vård hos annan vårdgivare ska informationen föras över till denna.

Vid utskrivningen ska patienten få läkemedelsberättelsen och den uppdaterade läkemedelslistan skriftligen. Patienten ska tilldelas en läkare som ansvarar för uppföljning av läkemedelsgenomgången respektive läkemedelsberättelsen.

Socialstyrelsen håller också på att ta fram en vägledning om läkemedelsgenomgångar för äldre multisjuka personer. Den ska vara färdig i december i år.

■ **Läs mer:** Ändringsförfattning SOSFS 2012:9(M) Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedels- hantering i hälso- och sjukvården.



FOTO: ISTOCK PHOTO

Vid enkel läkemedelsgenomgång ska kartläggning ske av ordinerade läkemedel och de läkemedel som patienten använder. Uppgifter kan hämtas från journalhandlingar och läkemedelsförteckningen.

Samtal och stöd viktiga för barn med narkolepsi och deras anhöriga

Barn som får narkolepsi och deras anhöriga behöver ett gott stöd och en samtalskontakt. Detta framkom vid ett minisymposium om narkolepsi den 19 april på svenska läkaresällskapet i Stockholm.

Av Mia von Euler, docent, överläkare, ordförande i expertrådet för neurologiska sjukdomar (redigerat av David Finer, medicinjournalist)

Symposiet anordnades av Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för neurologiska sjukdomar.

Personer med narkolepsi utgör en mycket heterogen patientgrupp. Barn som insjuknar före puberteten får ofta en svårare form av sjukdomen. Konsekvenser av narkolepsi är bland annat koncentrationsproblem, minnesproblem och nedstämdhet, vilket sänker den självskattade hälsorelaterade livskvaliteten.

Sverige tidigt ute

Sverige var tidigt ute med att misstänka ett samband mellan narkolepsi och influensavaccinationer. Docent Nils Feltelius, Läkemedelsverket berättade om studier som visat en 4–6 gånger relativ riskökning bland vaccinerade barn och ungdomar under 20 års ålder, motsvarande omkring tre extra fall av narkolepsi per 100 000 vaccinerade. Hittills har man inte kunnat påvisa någon riskökning bland vuxna.

Diagnostik dröjer ofta

Dagens diagnostetrad daghypersomni, kataplexi samt paralytisk eller hallucination vid insomnandet eller uppvaknandet, beskrevs redan 1957 av Yoss och Daly, berättade Kristina Malmgren, professor, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Prevalensen är 0,5/1 000 i hela befolkningen, men få diagnosticeras, och det dröjer ofta länge. Diagnos ställs främst via anamnes, där frågeformulär kan vara till hjälp. Upprepade MSLT (Multipel Sömn Latens Test)-analyser kan vara av värde, men både falskt negativa och falskt positiva svar förekommer. MSLT registrerar bland annat hur snabbt patienten somnar och hamnar i REM-sömn vid upprepade korta sovstillfällena under dagen. Biologiska markörer är inte sjukdomsspecifika.

Målet med behandlingen är att optimera vakenheten,

minimera kataplexin och underlätta patientens liv genom rådgivning och stöd. Det finns idag ingen botande behandling utan endast lindrande. Rådgivningen rör sömnhygien, att undvika kolhydratrika måltider och hellre äta lite och ofta, undvika monotona arbeten, hjälpa till med intyg till skola och arbete och så vidare.

Flera farmaka finns

Farmakologisk behandling som kan bli aktuell för att minska dagsömnighet innefattar modafinil, amfetamin, metylfenidat och gammahydroxismörsyra, GHB, (Xyrem). Gammahydroxismörsyra godkändes 2005 för behandling av narkolepsi med kataplexi hos vuxna men har inte marknadsförts i Sverige. Läkemedlet har varit uppe för diskussion av europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA) på grund av allvarliga biverkningar.

Mot kataplexi kan tricykliska medel, SSRI- och SNRI-preparat eller gammahydroxismörsyra övervägas. För nattlig dysosomni kan hypnotika eller gammahydroxismörsyra vara lämpliga. Kristina Malmgren uppskattade att cirka tio procent av narkolepsipatienterna har nytta av gammahydroxismörsyra. En tröst kan vara att sjukdomen inte progredierar, och att ett av de besvärligaste symptomen, kataplexin, ofta förbättras över tiden.

Stark genetisk koppling

Det finns en mycket stark genetisk koppling mellan risken att insjukna med narkolepsi och vissa sjukdomsdrivande respektive skyddande HLA klass II-uppsättningar. Det finns även en genetisk koppling till T-cellsfunktion, vilket talar för att narkolepsi är en autoimmun sjukdom, berättade Fredrik Piehl, professor, Karolinska Institutet.

Frånvaron av oligoklonala band och cellstegring i cerebrospinalvätska från drabbade i samband med diagnos talar mot att det skulle vara en kronisk inflammation. Däremot kan det mycket väl röra sig om en akut, övergående inflammation, som leder till att hypokretin neuron i hypotalamus degenererar. Det ger i sin tur kroniska symptom.

Olika symtombild hos barn

Lars Palm, överläkare, Skånes Universitetssjukhus berättade att barn och ungdomar med narkolepsi kan ha olika symtombild med smygande eller snabb debut, hypersomni



FOTO: JOHNER

Narkolepsi kan medföra stora sociala problem och begränsningar i det dagliga livet, i skolan och i arbetslivet.

med eller utan kataplexi och ofta viktuppgång. Gemensamt för många är att de blivit missförstådda och misstolkade.

Även när det gäller barn är anamnesen A och O. Sömnpolygrafi är framför allt till för att utesluta andra diagnoser och MSLT är ofta falskt negativt hos barn och ungdomar och skiljer sig från MSLT hos vuxna.

Behandlingsstrategin för barn är lik den för vuxna: information och stöd, farmakologisk behandling och stöd i kontakt med skola. Vikten av dietist och sjukgymnastkontakt för att motverka viktökningen poängterades liksom betydelsen av antikonceptionsrådgivning vid modafinilbehandling, eftersom läkemedlet interagerar med p-piller.

Har psykosociala problem

Hans Smedje, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset berättade att sjukdomen hos barn och ungdomar är kopplad till en hel del psykosociala problem med nedstämdhet, ångest och social fobi.

I en finsk studie fann man att hälften av de undersökta ungdomarna med narkolepsi var i behov av psykiatrisk uppföljning. Då sjukdomen är kronisk, är det viktigt att tidigt ge ett gott stöd och samtalskontakt till både barnet och anhöriga.

När det gäller vilken specialitet som diagnostiserar, behandlar och följer upp dessa patienter, och vart man som allmänläkare ska remittera, så ska barnpatienterna remitteras till barnneurologen på Sachska sjukhuset eller ALB. Patienter 18 år eller äldre skickas till vuxenneurologerna, framför allt på Karolinska universitetssjukhuset.

Tryptizol och Trilafon bort från marknaden

Tryptizol (amitriptylin) och Trilafon (perfenazin) tabletter avregistreras den 30 november 2012. Expertrådet rekommenderar Saroten istället för Tryptizol.

Av Elin Jerremalm

Tryptizol (amitriptylin) rekommenderas i Kloka Listan 2012 vid generaliserade smärttillstånd och som förstahandsval vid neuropatisk smärta (även hos äldre). Som ersättning rekommenderar nu Stockholms läns läkemedelskommitté Saroten (amitriptylin). Doseringen av amitriptylin är individuell beroende av effekt och biverkningar. På grund av en viss sederande effekt rekommenderas intag på kvällen.

Saroten (amitriptylin) innehåller cirka 13 procent mer aktiv substans än Tryptizol (amitriptylin). Styrkan motsvarar i det ena fallet mängden amitriptylinhydroklorid och i det andra fallet amitriptylinbas. Preparaten är inte utbytbara på apotek. Saroten finns i styrkorna 10 och 25 mg. Den lilla skillnaden i aktiv substans mellan Tryptizol och Saroten har ingen påverkan vid nyinsättning, men det går inte helt att utesluta att någon enstaka patient upplever dosberoende biverkningar i lite större utsträckning vid byte till Saroten.

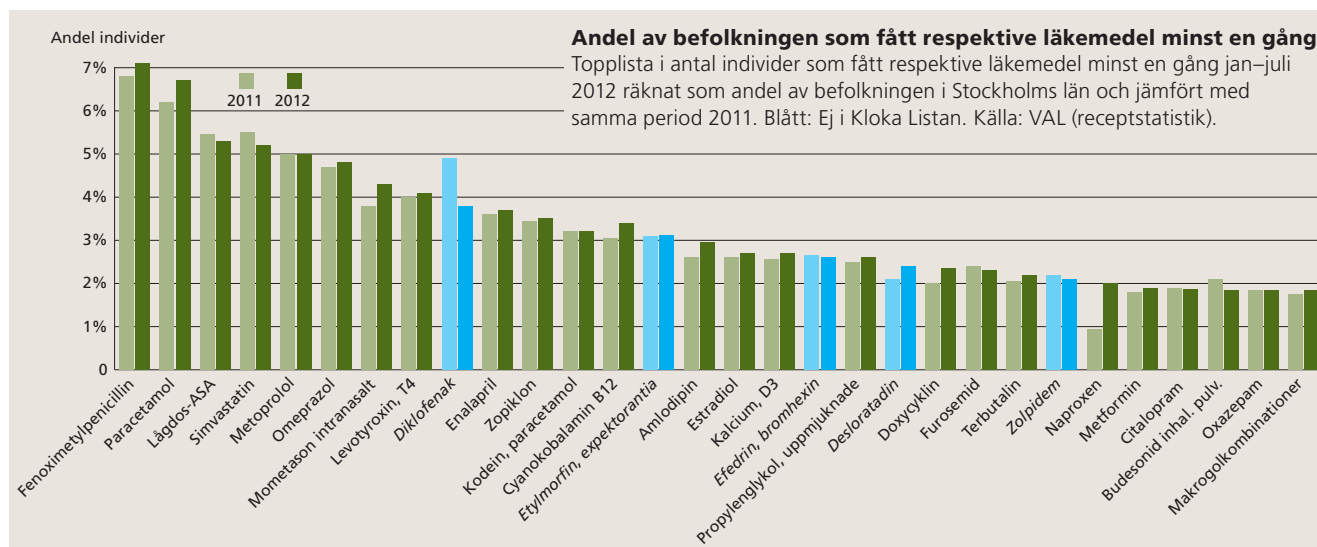
Perfenazin tabletter utgår

Trilafon och Trilafon dekanooat, depotinjektion (perfenazin), rekommenderas i Kloka Listan 2012 som ett av flera förstahandsalternativ vid behandling av psykos. Det finns inget annat registrerat preparat som innehåller perfenazin, men tabletter kan förskrivas på licens. Produktionen av Trilafon dekanooat kommer eventuellt att fortsätta. Tillverkaren meddelar att man försöker hitta en långsiktig lösning. Överväg annat läkemedel i Kloka Listan (i första hand risperidon eller zukloptexol).

Anledningen till avregistreringarna är enligt företaget produktionssvårigheter och sortimentsrationalisering.

Källa

Läkemedelsverket. Tryptizol och Trilafon avregistreras. Nyhet 2012-06-20
Läkemedelsverket. Tryptizol och Saroten är inte utbytbara. 2006-09-19



Kraftigt genomslag för rekommendation av naproxen i första hand

Under årets första sju månader mer än fördubblades antalet individer i Stockholm som fick naproxen, samtidigt som de som fick diklofenak minskade med mer än en femtedel. Förskrivningen av antibiotika mot luftvägsinfektioner steg totalt i alla åldrar, främst under vintermånaderna. Däremot sjönk utköpen av antibiotika något till barn 0–6 år.

Av Sten Ronge, Björn Wettermark

Årets Kloka råd om att i första hand välja naproxen istället för diklofenak vid förskrivning av cox-hämmare, fick kraftigt genomslag under de första sju månaderna. Andelen patienter som fick naproxen fördubblades, se diagram, liksom andelen som fick ibuprofen. Samtidigt minskade andelen som fick diklofenak med en femtedel. Räknat i antal individer motsvarade minskningen för diklofenak ungefär ökningen för naproxen och ibuprofen.

Antibiotika måste ner tio procent

Utköpen av antibiotika till barn 0–6 år minskade med ett halvt recept per tusen barn och månad. Sammanlagt till alla åldrar köptes under helåret 2011 ut 414 recept på antibiotika per 1000 invånare i Stockholms län. Det var mest i landet.

Målet under helåret 2012 är en minskning till 397 recept per 1000 invånare enligt Strama. Istället steg antibiotika-

förskrivningen under årets vintermånader, jämför fenoximetylpenicillin och doxycyklin i diagrammet. Det betyder att antalet antibiotikarecept skulle behöva minska med tio procent under årets resterande del för att målet i Stockholm ska kunna uppnås.

Följsamheten till Kloka Listan förbättrades totalt under perioden med en procentenhet till 79 procent inräknat alla förskrivare. Av 30 läkemedel med störst användarandel i befolkningen var det bara fyra som inte finns med på Kloka Listan, se diagram.

Måttlig ökning trots nyheter

Landstingets kostnadsökning för läkemedel halverades under perioden jämfört med föregående år. Viktiga orsaker var fler generiska läkemedel och fortsatt prispress. Atorvastatin tillhörde de läkemedel som minskade mest i pengar efter att patentet upphört. Nya läkemedel inom specialiserad vård steg något mindre än föregående år, vilket kan ha varit en tillfällighet.

I öppen vård fortsatte läkemedel mot andningssjukdomar att stiga kraftigt, plus fem procent i kronor och ören. I synnerhet ökade kostnaderna för medel mot astma och KOL. Det avspeglades i ökad användning av dessa läkemedel i befolkningen. Mometason nässpray var ett annat läkemedel inom gruppen som förskrevs till väsentligt fler, se diagram, vilket resulterade i en stor kostnadsökning.

Följ råden och minska kardiella biverkningar av fingolimod

Sedan Europeiska läkemedelsverket EMA granskat 15 fall av plötsliga eller oförklarade dödsfall hos patienter som behandlats med fingolimod, rekommenderar Läkemedelsverket bland annat en skärpning av indikationerna och nya övervakningskriterier.

Av Eva Wikström Jonsson

Fingolimod (Gilenya) är ett peroralt immunsupprimerande läkemedel, som godkändes inom EU i mars 2011. Indikationen är behandling av återkommande MS-skov hos patienter med mycket aktiv sjukdom, som inte svarat på behandling med beta-interferon eller vilkas sjukdom är allvarlig och snabbt försämrats.

Kardiella biverkningar

Kardiella biverkningar som dosberoende bradykardi och AV-block har varit kända sedan godkännandet. Fingolimods hjärtfrekvenssänkande effekt uppges hos de flesta patienterna vara kraftigast under de första sex timmarna efter den första dosen. Hjärtfrekvenssänkningen kan, om så är nödvändigt, reverseras med atropin eller isoprenalin (licensvara).

Det franska läkemedelsverket rapporterade i januari 2012 elva dödsfall bland patienter som använt fingolimod. Bland dödsorsakerna noteras plötslig död, hjärtarytmi och hjärtinfarkt. En patient dog plötsligt och oväntat inom ett dygn efter den första dosen.

Det europeiska läkemedelsverkets vetenskapliga kommitté, CHMP, har sedan gjort en omfattande risk-/nytto-bedömning av läkemedlet och bland annat granskat 15 fall av plötsliga eller oförklarade dödsfall hos behandlade patienter.

CHMP:s rekommendationer

Till följd av de rapporterade händelserna rekommenderas fingolimod inte till patienter med kardiovaskulär eller cerebrovaskulär sjukdom eller patienter som behandlas med hjärtfrekvenssänkande läkemedel exempelvis betablockerare. Olika kriterier för övervakning i samband med första dosen av läkemedlet har också meddelats. CHMP kom fram

till att fördelarna med läkemedlet är större än riskerna, förutsatt att rekommendationerna för användning följs.

Misstänkta biverkningar i samband med användning av fingolimod ska, precis som för alla nya läkemedel, rapporteras till Läkemedelsverket <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Rapportera-biverkningar/>

I Stockholm ordineras fingolimod mest av neurologer. Även om patienterna följs upp på neurologmottagningar kan det vara bra för övriga kliniker att känna till dessa allvarliga hjärtbiverkningar, då de kan uppdagas annorstädes, exempelvis på akuten eller i primärvården.



Eva Wikström Jonsson, docent, biträdande överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset

■ Läs mer:

Fingolimod: cardiovascular deaths. *Prescrire International* 2012;21(126):99.

DHPC brev april 2012-06-25
[http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/forskrivning/DHPC/GILENYA-\(fingolimod\)-DHPC-2012-04-27.pdf](http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/forskrivning/DHPC/GILENYA-(fingolimod)-DHPC-2012-04-27.pdf)

Pressmeddelande EMA 2012-04-20
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2012/04/news_detail_001498.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Läkemedelsverket Nyheter 2012-04-23.
<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2012/Nya-sakerhetsforeskrifter-for-MS-lakemedlet-Gilenya/>

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.

OKTOBER

23 tisdag, kl 12.00–13.00
**Update om läkemedel på Karolinska Solna:
"Särläkemedel – har vi råd?"**
Plats: KS restaurangen, Matsal 1
Målgrupp: Läkare

24 onsdag, kl 12.00–13.00
**Update Medicin och Läkemedel på Danderyds sjukhus:
Urologi – Prostata**
Plats: Danderyds sjukhus, Bofinken, ingång psykiatrihuset
(hus 38)
Målgrupp: Läkare

24 onsdag, kl 12.30–16.30
**Fortbildning för allmänläkare i nordöstra Stockholm:
Obesitaskirurgi; gastric by-pass**
Plats: Matsällskapet Catering & konferens/Sfären Solna
Målgrupp: Allmänläkare

25 torsdag, kl 08.30–15.00
**Fortbildning för distriktsläkare i Nordväst:
Ångestsjukdomar**
Plats: Jakobsbergs sjukhus
Målgrupp: Distriktsläkare

25 torsdag, kl 13.30–15.30
Syrgas och syrgasbehandling inom geriatriken
Plats: CapioGeriatrisk, Åstorpsringen 6, Enskededalen,
stora konferensrummet, plan 8
Målgrupp: Sjuksköterskor

30 tisdag, kl 12.00–13.00
**Update om läkemedel på Karolinska Huddinge:
"Särläkemedel – har vi råd?"**
Plats: Restaurang 61:an
Målgrupp: Läkare

NOVEMBER

8 torsdag, kl 12.00–13.00
**EKG – diagnostik via tolkning, en snabb kurs
för sjuksköterskor**
Plats: Södertälje sjukhus, hus 18, plan 6, sal3
Målgrupp: Sjuksköterskor

9 fredag, kl 13.30–16.30
**Efterutbildning för allmänläkarna i sydvästra
Stockholm: Tand/munhålesjukdomar**
Plats: Huddinge Konferenscenter, Patron Pehrs Väg 3,
Huddinge centrum
Målgrupp: Allmänläkare sydvästra Stockholm

14 onsdag, kl 08.00–16.30
Stockholms allmänläkardag – obunden fortbildning
Plats: Norra Latin, Pelarsalen, Drottninggatan 71b
Målgrupp: Specialister i allmänmedicin

20 tisdag, kl 13.30–16.30
**Förslag till ny psykiatrisk tvångslagstiftning.
Temaeftermiddag för ST-läkare i Psykiatri**
Plats: Norra Stockholms Psykiatri, Vårdvägen 3
Målgrupp: ST-Läkare, ST-läkare psykiatri

21 onsdag, kl 13.00–17.00
**Några tumregler – infektioner övre och nedre
luftvägarna hos både barn och vuxna!**
Plats: Landstingshuset, Stockholmssalen
Målgrupp: Sjuksköterskor

22 torsdag, kl 08.45–16.00
**Kurs: Rädda både hjärtat och hjärnan. Kardiovaskulär
profylax och behandling vid kognitiv svikt**
Plats: Garnisonen Konferens, Östermalm
Målgrupp: Allmänläkare, ST-läkare allmänmedicin