



Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ



TEMA

Hjärtsvikt

Behandla upp till måldos
– lugnt och försiktigt

Uppdaterat

Oacceptabelt att läkemedel till barn är sämre dokumenterade

■ SID 2

Tema: Hjärtsvikt

Viktigt att nå dokumenterade måldoser

■ SID 4–7

Demens

Sätt på dig demensglasögonen!

■ SID 8–9

Aktuella beslut

EMA utreder rosiglitazon

■ SID 11

Internationellt

Reklam på Facebook fällde företag

■ SID 12

Nya studier

Hög dos losartan bättre än låg vid hjärtsvikt

■ SID 13

Förskrivning i siffror

Val av analgetika varierar stort

■ SID 14

I kliniken

Sfinx databas ger bra hjälp vid interaktioner

■ SID 15





FOTO: ISTOCKPHOTO

“Oacceptabel off-labelförskrivning”

■ ■ ■ Barn förskrivs ofta läkemedel utanför den godkända produktinformationen (“off-label”), i allmänhet för att pediatrik användningsdokumentation saknas. Det är oacceptabelt menar sjuksköterskan och farmaceuten Elin Kimland som nyligen disputerat vid Karolinska Institutet. Hon efterlyser bland annat ett elektroniskt förskrivarstöd om barn och läkemedel, bättre dokumentation och fler beredningsformer för barn.

– Barn har självklart samma rätt till väldokumenterade och säkra läkemedel som vuxna. Alla insatser för att förbättra barns läkemedelsbehandling är viktiga, varför det behövs ett samarbete mellan professionen, myndighet, apoteket och industrin för att komma vidare, säger Elin Kimland.

DAVID FINER

■ Sammanfattning av Elin Kimlands avhandling, Drug Treatment in Children with Focus on Off-Label Drug Use: <http://korta.nu/Kimland1>

Användningen av antibiotika fortsätter att minska

■ ■ ■ Nya data från nätverket Strama visar att användningen av antibiotika fortsätter att minska. Under det andra kvartalet 2010 minskade användningen med två procent i Sverige, jämfört med motsvarande tidsperiod under 2009.

– Det är glädjande att den nedåtgående trenden håller i sig, säger Otto Cars, ordförande i Strama, till TT.

FREDRIK HED

WHO-bok om hantering av hälsokriser

■ ■ ■ Krishantering kring läkemedel och andra hälsofrågor är ämnet för en skrift från WHO:s biverkningscenter i Uppsala, the Uppsala Monitoring Centre. Huvudförfattaren, kommunikationskonsulten Bruce Hugman, har grundligt omarbetat den engelskspråkiga boken “Expecting the Worst” sedan förstaupplagan 2003. Den 200-sidiga handboken innehåller tips, råd och dokumentation kring hälsorelaterade kriser med fallstudier (glibenklamidföreningar, svininfluensa, bantningsprodukter) och gedigna källhänvisningar, ämnesregister, allt presenterat i grafiskt lättillgänglig förpackning.

DAVID FINER

■ Mer information finns på <http://korta.nu/UMC>



FOTO: ISTOCKPHOTO

H1N1-pandemin är över

■ ■ ■ Den 10 augusti meddelade Världshälsoorganisationen WHO att man nedgraderat den fruktade H1N1-pandemin, och att världen nu istället är inne i en post-pandemisk period.

WHO:s generaldirektör Margaret Chan var dock noga med att poängtera att H1N1-viruset inte försvunnit.

– Utifrån erfarenheter av tidigare pandemier förväntar vi oss att H1N1-viruset snarare kommer att bli ett mer vanligt säsongsbundet influensavirus som fortsätter att cirkulera under några år framöver.

Nyligen publicerade studier visar att 20–40 procent av befolkningen i vissa områden har smittats av H1N1-viruset och därmed fått en viss nivå av skyddande immunitet. Många länder rapporterar också god vaccinationstäckning. I SLL har cirka 54 procent av befolkningen vaccinerats.

FREDRIK HED

■ Margaret Chans uttalande hittar du här: <http://korta.nu/7ae1>

Smärtstillande geler med ketoprofen receptbeläggs

■ ■ ■ I Sverige finns för närvarande fyra produkter för utvärtes bruk som innehåller ketoprofen; Ketoflex, Orudis, Siduro och Zon, samtliga i gel-form. Det europeiska läkemedelsverkets vetenskapliga kommitté CHMP rekommenderar nu att dessa receptbeläggs efter en utredning där nyttan med ketoprofengel vägs mot risken för fotosensibilisering. Anledningen är rapporter om fotoallergiska reaktioner, framförallt från Frankrike.

CHMP konstaterar att risken för allvarlig fotosensibilisering är mycket låg (1 fall på 1 miljon behandlade patienter) och att den risken kan minimeras genom skärpta råd för användningen och genom att läkemedlet receptbeläggs.

Patienter rekommenderas att:

- se till att de behandlade områdena är väl skyddade från solljus under hela behandlingstiden samt två veckor efter att behandlingen avslutats
- tvätta händerna noggrant efter att ketoprofen applicerats
- omedelbart avbryta behandlingen vid hudreaktion.

Det formella beslutet hade ännu inte fattats av EU-kommissionen vid denna tidnings pressläggning.

FREDRIK HED

■ Mer information finns på Läkemedelsverkets webbplats: <http://korta.nu/b593>

Skriv i Evidens!

Redaktionen tar tacksamt emot insänt material, men förbehåller sig rätten att förkorta och redigera.

Manusstopp

nr 5 utkommer början november, manusstopp 8 oktober
nr 6 utkommer mitten december, manusstopp 1 november

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 4, 2010 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef Medicinskt Kunskapscentrum
Redaktion: Fredrik Hed, leg. apotekare, frilansjournalist · Eva Andersén Karlsson, docent, överläkare, Södersjukhuset, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté · Marie-Louise Ovesjö, med. dr., överläkare · Marianne Jägestedt, allmänläkare · Sara Hallander, leg. läkare · Jan Hasselström, allmänläkare · Sten Ronge, leg. apotekare · Emma Svensson, leg. apotekare · David Finer, medicinjournalist · Ulrika Nörby, leg. apotekare · Kristina Aggefors, leg. apotekare · Jenny Stenbacka, medicinjournalist. E-post evidens@sll.se · www.janusinfo.se · Tryck Intellecta, Stockholm 2010
Grafisk form: Soya Kommunikation · Omslagsfoto: Science Photo Library/IBL · Postadress: Medicinskt Kunskapscentrum, Box 17533, 118 91 Stockholm.
Besöksadress: Magnus Ladulåsgratan 63 A. För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sll.se

Efter en varm sommar och förhoppningsvis avkopplande ledighet är nu arbetet i full gång inom läkemedelskommittéorganisationen. Höstens arbete med förberedelser för rekommendationerna i Kloka Listan pågår nu i de olika expertråden, där läkemedlens evidens granskas mycket noggrant.



På försommaren beslutade Stockholms läns läkemedelskommitté att uppta generiskt losartan på Kloka Listan vid indikationen hjärtsvikt som rekommendation i andra hand vid intolerans mot ACE-hämmare. Detta och många andra faktorer att tänka på vid behandling av hjärtsvikt belyses i detta nummer av Evidens, där olika förskrivare bidrar med intressanta aspekter.

Förskrivares val av analgetika i Stockholms län visar stor spridning enligt en undersökning som beskrivs i detta nummer. Följsamheten till rekommendationerna är högre vid de vårdcentraler som har medarbetare engagerade inom läkemedelskommittén och dess olika expertråd och nätverk. Att arbeta i kvalitetsutvecklande grupper, specialitetsråd och läkemedelskommittéer har betydelse för att föra ut obunden kunskap. Det är också tidigare visat i Läkartidningen av Marianne Jägestedt med flera.

Varmt välkomna till vår fortbildning och förhoppningsvis intressant läsning av Stockholms läns läkemedelskommittés tidskrift Evidens.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

Docent, överläkare, Södersjukhuset, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté, ordförande i Expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Hjärtsvikt kräver en aktiv läkare

Trots att det gjorts stora framsteg inom behandlingen av kronisk hjärtsvikt under de senaste 20 åren, är det fortfarande en svår och allvarlig sjukdom. Men primärvården både kan och ska ställa diagnos på dessa patienter. Och behandla upp till måldos lugnt och försiktigt.

Av Fredrik Hed, medicinjournalist

Den typiska patienten med kronisk hjärtsvikt är en äldre människa; prevalensen är cirka en procent vid 50–60 års ålder och tio procent vid över 80 års ålder. De allra flesta har också någon annan grundsjukdom, vanligen högt blodtryck, kranskärslsjukdom, klaffsjukdom eller svår sömnapné.

Tidigt i sjukdomsförloppet är det inte ovanligt med ganska milda, diffusa symtom.

– I allmänhet är patienterna trötta och orkeslösa och det är ju inget som är unikt för hjärtsvikt. Därför är det inte helt givet att man som läkare tänker hjärtsvikt, säger Björn Eriksson, allmänläkare vid Gustavsbergs vårdcentral och vårdutvecklingsledare hjärtsvikt, Cefam.

FAKTA

Funktionsstatus hjärtsvikt

NYHA I: symtomfri, men systolisk dysfunktion med sänkt ejektionsfraktion.

NYHA II: symtom vid måttlig ansträngning.

NYHA III: symtom vid lätt ansträngning.

NYHA IV: symtom i vila.

Tänk på detta vid läkemedelsbehandling

Följande läkemedel bör undvikas: glitazoner, NSAID (utom lågdos ASA vid ischemisk hjärtsjukdom), typ I-antiarytmika (till exempel flekainid, disopyramid), diltiazem, verapamil, nifedipin. Digoxinkoncentrationen bör ej överstiga 1,4 nmol/l. ACE-hämmare, angiotensinreceptorblockare och/eller betablockare behöver inte utsättas vid akut hjärtsvikt om inte svår komplikation tillträtt.

Källa: Akut hjärtsjukvård 2010, vårdprogram SLL

Behandlingsprogrammet för hjärtsvikt för SLL 2010 hittar du via den här länken: <http://korta.nu/vphf>

Kan och ska ställa diagnos

En effektiv behandling förutsätter en korrekt diagnos. Därför ska misstanke om hjärtsvikt alltid utredas grundligt genom anamnes, status, EKG och ekokardiografi. Ibland görs även mer avancerad diagnostik, allt i syfte att hitta orsaken till hjärtsvikt. Nya markörer, som NT-pro-BNP kan användas i differentialdiagnostiskt syfte.

Enligt Björn Eriksson finns det många studier som visar att sjukdomen är underdiagnostiserad, just eftersom det kan vara knepigt att ställa den med säkerhet.

– Därför måste man träna sig att tänka hjärtsvikt. Vi i primärvården både kan och ska ställa diagnosen, säger Björn Eriksson.

Ramin Zarrinkoub är husläkare på Stovretens vårdcentral i Tumba, och medlem i expertrådet för allmänmedicin i Stockholms läns läkemedelskommitté. Han menar att en av primärvårdens viktigaste uppgifter är förebyggande.

– Tidig upptäckt och diagnos av dessa patienter har en avgörande effekt. Därför måste vi också bli bättre på att hitta och behandla hypertoni och kranskärslsjukdom, säger han.

Intresserad sköterska guld värd

Läkemedelsbehandling bör kombineras med livsstilsförändringar, såsom daglig, lågintensiv fysisk aktivitet.

– Det finns studier som visar mycket god effekt, både på livskvalitet och på mortalitet, av fysisk träning, säger Björn Eriksson.

Vidare rekommenderas rökstopp, försiktighet med saltintag och minskat alkoholintag. Daglig vägning rekommenderas som ett sätt för patienten själv att upptäcka om vätska ansamlas.

Patienten ska också utbildas i sin sjukdom. För det rekommenderar Björn Eriksson att varje vårdcentral försöker hitta och utse en intresserad och kunnig sköterska som kan ansvara för det.

Läkemedel bör sättas in efter en trappliknande modell

”

Det viktigaste för en god vårdkedja är att patienten så långt det är möjligt får träffa samma läkare



FOTO: ISTOCKPHOTO

(se figur 1) med ACE-hämmare initialt. Tillägg av diuretika (tiazid eller furosemid) ges vid vätskeretention. Alla patienter bör också behandlas med betablockerare. Vid ACE-hämmarintolerans och NYHA II-IV byts till ARB (angiotensinreceptorblockerare), i form av kandesartan eller losartan enligt Kloka Listan. Om patienten försämras ytterligare (NYHA III-IV) ges tillägg av aldosteronblockerare i form av spironolakton.

Vid diastolisk hjärtsvikt är det bra att börja med ACE-hämmare. Sedan är det viktigaste att få ner blodtrycket. Däremot finns det inga studier som säger i vilken turordning de olika läkemedelsklasserna ska väljas.

– Behandlingen måste individualiseras, därför krävs bra diagnostik och att vi verkligen utnyttjar hela arsenalen av läkemedel och eventuellt pacemakerbehandling, säger Märjit Mejhert, överläkare på hjärtmottagningen på Ersta Sjukhus.

Viktigt nå dokumenterade måldoser

Många i primärvården vittnar om att det är svårt att nå de måldoser som har dokumenterats i kliniska prövningar, speciellt på äldre och sköra patienter. Ofta krävs det både tålmod, täta återbesök och målmedvetenhet för att komma upp i de dokumenterade måldoserna. Specialutbildade hjärtsjuksköterskor vid sviktmottagningarna är delegerade att sköta denna upptrerande, och kan hjälpa till vid behov.

– Det är viktigt att nå de måldoser som har dokumenterats i de vetenskapliga studierna, eftersom det är där vi får resultat, säger Märjit Mejhert.

Det gäller speciellt RAAS-blockerande läkemedel som ACE-hämmare och ARB, men även för betablockerare.

Däremot är det minsta effektiva dos som gäller för diuretika.

– Det ska egentligen bara användas vid tecken till vätskeretention, säger Björn Eriksson.

Många läkare tycker inte att man gärna går in och petar i en behandling som fungerar bra. Många säger också att patienterna själva inte vill att det ändras för mycket. Trots det tycker Björn Eriksson att man ska försöka.

– Patienten ska tillbaka minst en gång per år och man ska verkligen försöka optimera behandlingen.

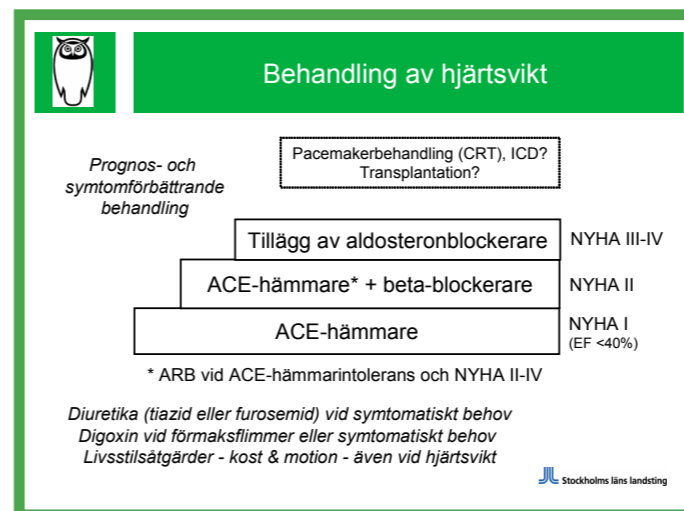
God vård kräver kontinuitet

Patienter med hjärtsvikt kommer att försämrats och kommer ibland att behöva läggas in på sjukhus. Därför behövs en god vårdkedja och samarbete mellan primär- och sjukhusvård.

– Det viktigaste för en god vårdkedja är att patienten så långt det är möjligt får träffa samma läkare, säger Björn Eriksson.

Och blir det problem ska primärvården vända sig till hjärtsviktsmottagningen på närmaste sjukhus.

– På Ersta sjukhus har vi ett väldigt bra samarbete med



Figur 1 Behandlingstrappa för kronisk hjärtsvikt enligt vårdprogrammet Akut hjärtsjukvård 2010, SLL.

primärvården. De kan skicka patienter till oss och vi hjälper till med undersökningar och diagnostik, säger Märith Mejhert.

I samarbete med närbelägna vårdcentraler har Ersta sjukhus bedrivit ett projekt för att optimera utredning och behandling vid nydebuterad hjärtsvikt. Utgångspunkten har varit att omsätta Läkemedelsverkets riktlinjer i praktisk vardag. Husläkarna har vid klinisk misstanke om hjärtsvikt, kontrollerat NT-pro-BNP och EKG, och om dessa varit patologiska remitterat patienten till Ersta Hjärtsviktmottagning.

– Här har vi under ett besök samlat ekokardiografi, provtagning, EKG och kardiologbedömning. Om patienten har bedömts ha hjärtsvikt har de registrerats i RiksSvikt, fått information om egenvård av hjärtsviktsjuksköterska, samt startat farmakologisk behandling.

Patienten har därefter remitterats åter till sin husläkare med behandlingsföreslag. Projektet har nu samlat 100 patienter och avrapporterades den 21 september 2010 till deltagande vårdcentraler.

Diuretika kan sänka livskvaliteten

Vårdprogrammet inom SLL går bra att tillämpa även på den äldre multisjuka patienten.

– Man får gå lite varligt fram, men det går. I början måste man kalla tillbaka patienten med tätare mellanrum. När patienten väl är inställd ska man kalla dem minst en gång per år, säger Björn Eriksson.

Många patienter får en stegring av kreatinin när de sätts in på ACE-hämmare, vilket kan ge problem med saltbalansen, framför allt kalium. Om spironolakton läggs till ökar risken för hyperkalemi ytterligare. Äldre patienters nedsatta njurfunktion kan därför kräva dosjustering.

Det är också bra att försöka ta bort NSAID-läkemedel. Och att dra ner på dosen av diuretika.

– Det ska inte användas slentrianmässigt. Diuretika kan sänka livskvaliteten påtagligt hos äldre multisjuka patienter och dosen kan ofta halveras när man påbörjat annan medicinering med till exempel ACE-hämmare. Senare kan patienten själv sköta en flexibel diuretikamedicinering, säger Märith Mejhert.

■ Mer information om behandling av hjärtsvikt finns också på [viss.nu](http://korta.nu/39da): <http://korta.nu/39da>

■ Läkemedelsverket: Risk för njurfunktionsnedsättning av läkemedel som påverkar RAAS-systemet: <http://korta.nu/759f>

Generiskt losartan tas upp på Kloka Listan som alternativ till ACE-hämmare

I början av juni 2010 fattade Stockholms läns läkemedelskommitté, efter rekommendation från expertrådet för hjärtakärl, ett extra beslut att ta upp losartan på Kloka Listan då ACE-hämmare inte tolereras vid hjärtsvikt. Beslutet gäller med omedelbar verkan.

Fredrik Hed, medicinjournalist

Anledning är att resultaten från HEAAL-studien, som publicerades i november 2009, visade att losartan i dosen 150 mg minskar antalet dödsfall och sjukhusinläggningar på grund av hjärtsvikt jämfört med losartan 50 mg. Tidigare har det inte funnits data som tydligt angett vilken måldos man ska sträva efter.

Losartan är en av två angiotensinreceptorblockerare (ARB) som nu återfinns på Kloka Listan med indikationen hjärtsvikt, den andra är kandesartan (Atacand). Dessa ska användas i andra hand, vid intolerans mot ACE-hämmare. Måldosen för losartan är 150 mg/dygn och för kandesartan 32 mg/dygn, om patienten tolererar det.

– ACE-hämmarna har av naturliga skäl en bredare dokumentation, men om patienten inte tolererar ACE-hämmare är losartan eller kandesartan ett bra alternativ, säger Paul Hjemdahl, ordförande i expertrådet hjärtakärl.

Expertrådet bedömer att effekterna av angiotensinreceptorblockad är klasseffekter som kan åstadkommas av samtliga ARB. Förutom losartan och kandesartan finns även valsartan med hjärtsvikt som godkänd indikation. Denna finns av kostnadsskäl dock inte upptagen på Kloka Listan.

Patentet för losartan gick ut i april 2010. Patentet för kandesartan förväntas gå ut 2012–2013 och för valsartan 2011.

■ Läs mer om HEAAL-studien på sidan 13

■ Läs expertgruppens bedömning av losartan: <http://korta.nu/6f8d>



Det finns förbättringspotential i läkemedelsförskrivningen till hjärtsviktspatienter

I en nyligen genomförd registerstudie analyserades läkemedelsutköpen under 2008 hos samtliga knappt 20 000 patienter som under perioden juli 2005–juni 2007 hade vårdats för hjärtsvikt på något av sjukhusen inom SLL. Mortaliteten hos patienterna var hög, åtta procent avled före utskrivning från sjukhus; 31 procent avled under uppföljningsperioden. De vanligaste läkemedlen bland patienter med hjärtsvikt var loop-diuretika och betablockerare, som knappt tre fjärdedelar av patienterna behandlades med (figur 1). Varannan patient behandlades med ACE-hämmare och 20 procent med angiotensinreceptorblockerare (ARB). Många patienter behandlades också med andra läkemedel, där medel vid astma/KOL var vanligast (22 procent). Även olämpliga läkemedel användes i viss utsträckning. Femton procent av hjärtsviktspatienterna hade köpt ut någon sorts receptföreskrivet NSAID-preparat.

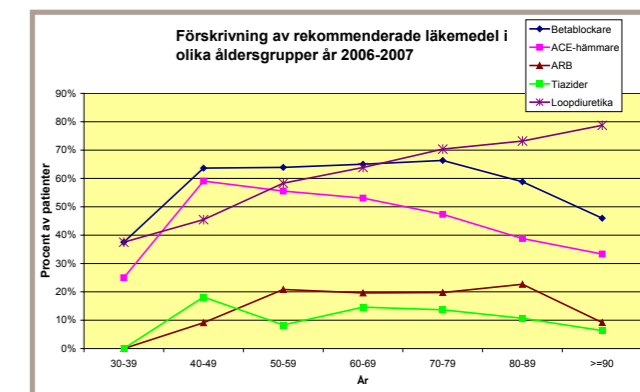


Figur 1. Vanligaste hjärt-kärl-läkemedel 2008 hos samtliga patienter i SLL som sjukhusvårdats för hjärtsvikt juli 2005–juni 2007, presenterade i storleksordning.

Symtomlindring värderas högt

Hjärtsviktsbehandlingen i primärvården är mindre studerad. I en studie vid 24 vårdcentraler i sydvästra Stockholm som genomfördes 2006–2007 förskrevs ACE-hämmare till 44 procent, angiotensinreceptorblockerare till 20 procent samt betablockerare till 61 procent av patienterna med hjärtsvikt. Läkemedelsförskrivningen ökade med stigande ålder för att nå en topp i gruppen 70–79 år (figur 2).

I äldre däröver minskade förskrivningen av alla läkemedel utom loop-diuretika, digitalis, långverkande nitrater och ASA.



Figur 2. Förskrivning av rekommenderade läkemedel för behandling av hjärtsvikt i primärvården år 2006–2007. Journalbaserade data från 24 vårdcentraler i sydvästra Stockholm. ACEi = ACE-hämmare, ARB = angiotensinreceptorblockerare, BB = betablockerare

Vid hjärtsvikt är livskvaliteten sänkt. Detta är särskilt tydligt vid avancerad hjärtsvikt. Patienter värderar ofta symtomlindring högre än förlängd livslängd som effekt av läkemedelsbehandlingen. Symtomlindrande behandling kan innebära såväl ned- eller utfasning av läkemedlen för sviktbehandling och infasning av palliativt verksamma läkemedel. Att användningen av rekommenderad behandling minskar med stigande ålder är inte förvånande med tanke på den ökade förekomsten av nedsatt njurfunktion och läkemedelsbiverkningar. Att användningen av digitalis och långverkande nitrater ökade med stigande ålder, beror sannolikt på att flera äldre patienter fått dessa insatta för länge sedan då terapirekommendationerna delvis var annorlunda.

BRITTA BJÖRKHAG-JOHANSSON OCH BJÖRN WETTERMARK, LEG. APOTEKARE, RAMIN ZARRINKOUB, DISTRIKTLÄKARE, MEDICINSKT KUNSKAPSCENTRUM

”Primärvården måste ha demensglasögonen på sig!”

Nya nationella riktlinjer har satt demenssjukdomarna i fokus inför en förväntad kraftig prevalensökning. Primärvårdens basala vård- och utredningsinsatser är avgörande. ”De måste ha på sig demensglasögonen!”, säger överläkaren på minnesmottagningen, Jakobsbergsgeriatriken, Margareta Hölne, aktiv inom Demensrådet.

Av David Finer, medicinjournalist

Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer bygger på en SBU-genomgång från 2006.

Riktlinjerna fastslår att hälso- och sjukvården (läs: primärvården) i första hand ska göra en basal demensutredning. En sådan grundar sig på en sammanvägning av strukturerad anamnes, intervjuer med närstående, bedömning av fysiskt och psykiskt tillstånd, kognition, funktions- och aktivitetsförmåga, provtagning och strukturell hjärnabbildning med datortomografi.

Vid behov bör hälso- och sjukvården (specialiserade minnesmottagningar) göra en utvidgad demensutredning som kan innehålla neuropsykologiska test och strukturell respektive funktionell hjärnabbildning samt lumbalpunktion för analys av biomarkörer.

Läkemedelsbehandling ska följas upp

Kolinesterashämmare (donezepil, galantamin och rivastigmin) bör enligt Socialstyrelsen erbjudas mot kognitiva symtom till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom. Därtill bör behandling med memantin erbjudas mot kognitiva symtom till personer med måttlig till svår Alzheimers sjukdom. Behandlingen bör följas upp när dosen ställs in och därefter regelbundet, tidigast efter sex månader men minst en gång per år samt i samband med eventuell utsättning.

Vid beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom (BPSD) bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten alltid utreda de bakomliggande orsakerna.

I Socialstyrelsens kompletterande ”Indikatorer för god läkemedelsbehandling av äldre” betonas att de tre nämnda acetylkolinesterashämmarna i prövningar visat blygsam effekt på kognition, men att de kan ha vissa gynnsamma effekter vid BPSD. Dock bör man vid BPSD, framför allt beteendesyntom, alltid först tillämpa icke-farmakologisk behandling.

Att fortsätta att behandla med acetylkolinesterashämmare eller memantin, trots utebliven förbättring är att beteckna som irrationellt. Om utsättningsförsök görs bör en kontroll ske efter 3–4 veckor. Om patienten då påtagligt försämrats bör preparatet återinsättas såvida det inte är medicinskt kontraindicerat.

Tydliggör BPSD-riktlinjer mer

Yvonne Freund Levi, geriatriker och psykiater, med. dr., överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande i Expertrådet för geriatriska sjukdomar inom Stockholms läns läkemedelskommitté menar att riktlinjerna för behandling av BPSD bör tydliggöras ytterligare.

– Riktlinjerna innehåller för lite information om BPSD. Det är viktigt att hälso- och sjukvården utreder de bakomliggande orsakerna till symtomen och åtgärdar dessa (prioritet 1) samt erbjuder behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI) vid samtidig depression (prioritet 3). Neuroleptikabehandling har låg prioritet (prioritet 7–9) och kan prövas då omvårdnadsinsatser och anpassning av den fysiska miljön visat sig otillräckligt.

– Det är väldigt vanligt med tecken på nedstämdhet och minnesluckor, redan vid mild kognitiv svikt, och det kan lätt byggas på med aggressivitet och paranoia symtom på grund av just närminnesstörningen. Neuroleptika ska dock endast användas vid aggressivitet och stark oro och under så kort tid som möjligt med regelbunden dosjustering och ställningstagande till utsättning. Grundsjukdomen maskerar förbättringar initialt, så det är viktigt att ha tålamod. Distriktssköterskan är här en nyckelperson. Samtidigt får vi inte glömma omvårdnaden av den enskilda patienten och anhöriga som står i fokus för samarbete mellan primärvård, minnesmottagning samt kommunen. Sjukdomen kan ju pågå i 10–15 år.



FOTO: HEMERA TECHNOLOGIES

Margareta Hölne, geriatriker och överläkare vid Jakobsbergsgeriatriken samt aktiv inom Demensrådet betonar primärvårdens roll.

– Vi inom den specialiserade vården vill arbeta tillsammans med primärvården, där man har ansvar för den sjuke och dennes anhöriga i många år. Det är viktigt att ha demensglasögonen på sig, att uppmärksamma att när patienter uteblir från besök eller inte förstår ordinationsåtgärder kan det vara varningssignaler på en annalkande demens. Men för distriktsläkaren som kanske har 4–5 utredningar om året kan detta drunkna i bruset.

–De nationella riktlinjerna föreslår att den basala demensutredningen på vårdcentralen också ska kunna omfatta en funktionsbedömning av en arbetsterapeut. Att få en diagnos öppnar dörren till kommunens arsenal av hjälpåtgärder och anhörigstöd.



SAMMANFATTNING

Nya nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ställer krav på bland annat demensutredningar samt personcentrerad vård, omvårdnad och omsorg i multiprofessionella team. Primärvården behöver bli mer alert, ”ha demensglasögonen på sig”, enligt experter som Evidens talat med.

Ur Kloka Listan om demens

Klokt Råd – Neuroleptika bör undvikas till patienter med demens.

Om BPSD

Uteslut somatiska och psykiska orsaker samt läkemedelsbiverkningar vid BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). Pröva icke-farmakologisk behandling, omvårdnadsåtgärder och stimulans. Vid Lewy body-sjukdom är haloperidol och risperidon olämpliga.

Om Alzheimers sjukdom

Effekten av kolinesterashämmare på kognition och funktion är blygsam och likvärdig för de olika läkemedlen. Kostnadseffektiviteten är svårvärderad. Innan

behandling inleds bör en fullständig utredning göras för att utesluta behandlingsbara orsaker till symtom på kognitiv störning. Genomför läkemedelsanering och sätt ut antikolinerga läkemedel. I behandlingen ska det alltid ingå aktivering samt kontroll av social trygghet och psykiska besvär. Eftersom det finns kliniska skillnader i tolerabilitet mellan preparaten, bör insättning av kolinesterashämmare initieras av läkare med god kännedom om demenssjukdomar. I första hand bör väljas donepezil eller galantamin, i andra hand

plåster med rivastigmin.

Kolinesterashämmare kan ha en vagoton effekt på hjärtfrekvensen, med risk för kardiella komplikationer hos predisponerade patienter. Individuell utvärdering av effekten ska ske efter sex månader för eventuell dosjustering och därefter minst årligen. Byt eller sätt ut preparat vid utebliven effekt eller biverkningar, och utvärdera patientens tillstånd senast tre veckor efter utsättning.

Oljor första vapnet mot huvudlöss

Läkemedelsverket rekommenderar medicintekniska produkter som förstahandsmedel i nya riktlinjer för behandling av huvudlöss. Orsaken är framför allt resistensproblem med läkemedlen.

Bäst dokumenterat är silikonolja (Hedrin, Nyda), som verkar genom kvävning och osmos. I andra hand rekommenderas läkemedel med kombinationen bensylbensoat och disulfiram (Tenutex). I tredje hand väljs läkemedel med malation (Prioderm) som kutan lösning och i fjärde hand läkemedel med malation eller permetrin (Nix) som schampo.

Läkemedelsverket betonar också vikten av att följa behandlingsinstruktioner och att smittspåra. Om upprepade behandlingsförsök med samma medel misslyckats och alla åtgärder har utförts för att behandlingen ska fungera, bör en rapport om behandlingsmisslyckande skickas till Läkemedelsverket.

ULRIKA NÖRBY/FREDRIK HED

■ Mer information på Läkemedelsverkets webbplats: <http://korta.nu/f3f0>



FOTO: BANASTOCK

Förskriv alfuzosin och finasterid vid BPH

Efter TLV:s granskning av inkontinens- och prostataläke-medel utesluts dutasterid (Avodart) – använt vid godartad prostataförstoring – ur högkostnadsskyddet eftersom det inte bedöms som kostnadseffektivt.

– Avodart kommer inte längre att ingå i högkostnadsskyddet för att det kostar åtta gånger mer än generiskt finasterid som ger likartad medicinsk effekt, säger Thord Redman, chef för avdelningen för omprövning av läkemedelssubventioner på TLV.

Vid trängningsinkontinens bedömer TLV att tillgängliga behandlingar är kostnadseffektiva vid uttalade symtom, men sannolikt inte vid täta trängningar utan läckage. Trots det vill TLV inte begränsa subventionen av läkemedlen, eftersom skillnaden mellan trängningar med eller utan läckage är svårdefinierad på patientnivå och beroende av yttre omständigheter. Besluten träder ikraft den 15 oktober 2010.

Observera att vid receptförnyelse är alfa-1-receptorblockeraren Xatral OD inte generiskt utbytbar mot den i Kloka Listan rekommenderade Alfuzosin ratiopharm.

Enligt Kloka Listan ska i första hand generiskt alfuzosin och finasterid förskrivas vid godartad prostataförstoring.

DAVID FINER/FREDRIK HED

■ Mer info finns på TLV:s webbplats: <http://korta.nu/cade>

TLV ändrar subventionen av triptaner vid migrän

Triptanläkemedel mot migrän får förändrad subvention från den 15 oktober 2010. Alla granskade triptaner ingår fortsatt i högkostnadsskyddet. Men det är bara generiskt sumatriptan i tablettform som får fortsatt generell subvention. Det är resultatet av TLV:s genomgång av triptanläkemedel som presenterades i somras.

Andra triptanläkemedel subventioneras bara när sumatriptan inte ger tillräcklig effekt, eller om tabletter inte är lämpliga.

Enligt Kloka Listan är triptaner tredjehandsmedel i anfallsbehandling vid migrän. I första hand rekommenderas acetylsalicylsyra respektive paracetamol, i andra hand naproxen eller för barn upp till 50 kilo, ibuprofen. För bättre effekt och mot illamående kan metoklopramid läggas till. För migränprofylax rekommenderar Kloka Listan metoprolol.

Beslutet att ge alla triptanläkemedel utom sumatriptan begränsad subvention gäller endast vid nyinsättning och för patienter äldre än 12 år.

DAVID FINER/FREDRIK HED

■ Mer information på TLV:s webbplats: <http://korta.nu/c16b>

EMA utreder kardiovaskulär säkerhet av rosiglitazon

Nya data om kardiovaskulära biverkningar av diabetesmedlet rosiglitazon har publicerats i sommar. Som en följd har EMA:s vetenskapliga kommitté inlett en fördjupad analys av läkemedlets säkerhet.

De nya uppgifterna kommer bland annat från en observationsstudie utförd av amerikanska FDA, publicerad i JAMA den 28 juni. Myndigheten följde under tre år nära 228 000 patienter över 65 år med typ 2-diabetes, som påbörjade behandling med rosiglitazon (Avandia) alternativt pioglitazon (Actos). Resultaten visade bland annat att rosiglitazon ökade risken för stroke med 27 procent och risken för hjärtinfarkt med 25 procent jämfört med pioglitazon.

EMA:s utredning av rosiglitazons nytta-/riskprofil beräknas vara klar i slutet av september (läs mer på Janusinfo). Tills dess uppmanar Läkemedelsverket förskrivarna att

strikt följa rekommenderade indikationer, varningar och kontraindikationer i produktresumén:

Rosiglitazon (Avandia, Avandamet, Avaglim)

- är endast godkänt som andrahandsbehandling
- är kontraindicerat hos patienter med aktuell eller tidigare hjärtsvikt och hos patienter med akut koronart syndrom
- skall endast användas tillsammans med insulin i undantagsfall och under särskild övervakning
- bör inte användas hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom eller med perifer, arteriell sjukdom

Patienter skall inte avbryta behandlingen utan att kontakta sin läkare.

BRITT WESSEL/ULRIKA NÖRBY

■ Mer information på EMA:s webbplats: <http://korta.nu/3d47>

Expertrådet för geriatriska sjukdomar

Till Stockholms läns läkemedelskommitté är 21 expertråd knutna. Dessa utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling inom olika terapiområden och kommenterar aktuella medicinska studier. Under året presenterar Evidens de olika expertråden och deras medlemmar. Samtliga expertråd finns på www.janusinfo.se.



Sonja Modin
Med dr,
distriktsläkare
Centrum för allmän-
medicin, Stuvsta vård-
central



Martin Annetorp
Verksamhetschef
Jakobsbergs-
geriatriken



Johan Fastbom
Docent, överläkare
geriatriska kliniken
Karolinska
Universitetssjukhuset



Patrik Mattsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst



Inga Klarin
Med dr, överläkare
geriatriska kliniken
Karolinska
Universitetssjukhuset



Berit Magnusson
Informations-
sjuusköterska
Medicinskt
Kunskapscentrum



Yvonne Freund Levi
Ordförande, med dr,
överläkare
geriatriska kliniken
Karolinska
Universitetssjukhuset



Marie Persson
Farm lic,
leg apotekare,
Medicinskt
Kunskapscentrum



Pauline Raaschou
Specialistläkare
klinisk farmakologi
Karolinska
Universitetssjukhuset



Christina Syk
Överläkare
Jakobsbergs-
geriatriken

FDA faller företag för Facebookreklam

För första gången har den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA varnat ett läkemedelsföretag för dess reklam på sajten Facebook. Novartis sätt att använda sajtens "dela"-funktion i sin PR för cancerläkemedlet Tassigna är regelvidrigt genom att det utelämnar riskinformation, felaktigt återger läkemedlets godkända indikation och felaktigt påstår att det skulle vara överlägset andra läkemedel utan tillräcklig evidens. En talesperson för företaget uppger att man tar kritiken mycket allvarligt och har omedelbart vidtagit åtgärder för att rätta till de påstådda felaktigheterna.

DAVID FINER

■ Mer information hittar du på <http://korta.nu/FDA>

Vaccinkontrovers bakom krav på självförsörjning



Muslimska länder bör bli självförsörjande på vacciner enligt ett uttalande från islamska utvecklingsbanken vid sitt vaccinnöte i Indonesien nyligen. Bakgrunden är bland annat att Indonesiens muslimska råd (MUI) nyligen förklarar företaget GSK:s meningvaccin som haram (orent), för att det ursprungligen – på 30-talet – innehöll svinenzym. I oktober gör omkring en kvarts miljon indonesiska muslimer pilgrimsvandringen till Mecka, och värdlandet Saudiarabien kräver att de ska vara vaccinerade mot meningit. Femton länder med muslimsk majoritet har dock accepterar GSK-vaccinet, och det finns också alternativa vacciner från Schweiz och Kina som MUI accepterar.

DAVID FINER

■ Mer information hittar du här: <http://korta.nu/MUI>



Tidskrift ändrar i artikel efter mediekritik

Den medicinska tidskriften British Journal of Dermatology (BJD) har ändrat i en redan publicerad artikel sedan nyhetsbyrån Reuters Health påpekat allvarliga brister i artikeln.

Artikeln rörde ett solskyddspiller som påstods kunna skydda mot UV-strålning samtidigt som användaren blev brun, något som oberoende forskare ifrågasatte. Författarnas slutsats att studien gav stöd för användningen av pillret som kosttillskott har strukits. Dessutom har artikeln kompletterats med uppgifter om deras finansiella bindningar. Hälften av forskarna arbetade på Laboratoires Inneov, ett gemensamt underföretag till L'Oreal och Nestlé som tillverkar pillret, men de hade inte uppgivit något jäv.

DAVID FINER

■ Mer information här: <http://korta.nu/BJD>

Patientorganisationernas industriberoende ökar

Färre än hälften av de 23 patient- och konsumentorganisationer som samarbetar med europeiska läkemedelsmyndigheten EMA uppfyller myndighetens ekonomiska redovisningskrav enligt en studie av Health Action International (HAI) Europe. Femton av organisationerna (65 procent) erhöll bidrag från privata medicintekniska eller läkemedelsföretag, stiftelser eller industrisammanslutningar under tiden 2006–2008. Beroendet, som ökade under tidsperioden åren från 47 till 57 procent av organisationernas årliga genomsnittsinkomst, kan påverka organisationernas agerande som språkrör och lobbyister, och bristen på enhetlighet, transparens och öppenhet i redovisningen är otillfredsställande, menar HAI.

DAVID FINER

■ Mer information på HAI:s webbplats, <http://korta.nu/HAI>

Hög dos losartan bättre än låg dos vid hjärtsvikt

Resultaten från HEAL-studien visar att 150 mg losartan är bättre än 50 mg avseende mortalitet och sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt.

Av Fredrik Hed, medicinjournalist

Losartan 150 mg dagligen, jämfört med losartan 50 mg dagligen, minskade andelen dödsfall eller sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt hos patienter med hjärtsvikt, nedsatt vänsterkammarmfunktion och intolerans för ACE-hämmare.

828 patienter (43 %) i 150 mg-gruppen jämfört med 889 patienter (46 %) i 50 mg-gruppen dog eller lades in på sjukhus för hjärtsvikt (HR 0,90, p = 0,027). För de två primära effektvariablerna (död och sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt) var det 635 patienter i 150 mg-gruppen som dog jämfört med 665 i 50 mg-gruppen (HR 0,94, p = 0,24) och 450 mot 503 patienter lades in på sjukhus för hjärtsvikt (HR 0,87, p = 0,025).

Biverkningar som nedsatt njurfunktion (n = 454 vs 317),

hypotension (203 vs 145) och hyperkalemi (195 vs 131) var vanligare i 150 mg-gruppen än i 50 mg-gruppen, men ledde inte till att fler patienter avbröt behandlingen i 150 mg-gruppen.

Studien var dubbelblind och följde 3 846 patienter i genomsnitt i 4,7 år. Den utfördes på 255 centra i 30 länder. Patienterna var i NYHA-klass II-IV, hade en ejectionsfraktion om 40 procent eller mindre och var intoleranta till ACE-hämmare. De randomiserades till losartan 150 mg (n = 1927) eller 50 mg dagligen (n = 1919). Analysen gjordes enligt ITT, "intention to treat". Studien finansierades av läkemedelsföretaget Merck, som står bakom losartan.

Resultaten visar värdet av upptitrering av ARB till måldoser för att ge en klinisk nytta. Som en konsekvens av studiens resultat har expertrådet för hjärta-kärl inom SLL tagit upp losartan på Kloka Listan för behandling av hjärtsvikt för patienter som inte tolererar ACE-hämmare (läs mer på sidorna 4–7).

■ Studien finns att läsa på <http://korta.nu/c79a>

Kalciumtillskott ökar risken för hjärtinfarkt

En brittisk metaanalys som publicerades i BMJ den 29 juli visar att kalciumtillskott (utan samtidig administrering av D-vitamin) till patienter med osteoporos är förenat med en ökad risk för hjärtinfarkt.

11 studier inkluderades i metaanalysen, fem hade data på patientnivå (8 151 deltagare, median uppföljningstid 3,6 år) och alla elva hade data på studienivå (11 921 deltagare, genomsnittlig längd 4,0 år).

Studierna som inkluderades var randomiserade, placebokontrollerade studier på kalciumtillskott (≥ 500 mg/dag), med 100 eller fler deltagare med en medelålder på över 40 år och en studieduration på minst ett år.

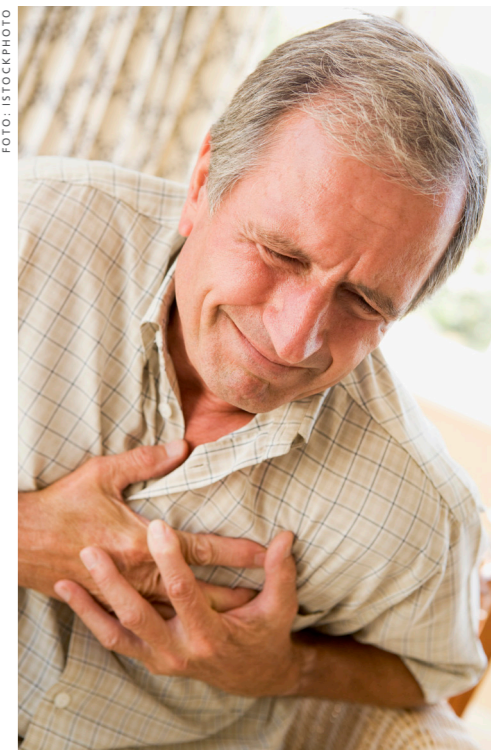
I de fem studierna med patientdata var det 143 personer av de som fick kalcium som fick en hjärtinfarkt, jämfört med 111 som fick placebo (HR 1,31, 95 % CI 1,02 till 1,67, p=0,035). Man såg också

en icke-signifikant ökning av antalet stroke (p=0,11), den sammansatta primära effektparametern hjärtinfarkt, stroke eller plötslig död (p=0,057) och död (p = 0,18). På studiedatanivå sågs liknande resultat: 296 personer fick en hjärtinfarkt, med en ökad incidens av hjärtinfarkt bland dem som fick kalcium (n=166) jämfört med placebo (n=130), (poolad relativ risk 1,27, 95 % CI 1,01 till 1,59, p=0,038).

Författarna drar slutsatsen att eftersom kalciumtillskott används brett kan dessa blygsamma riskökningar leda till en stor sjukdomsbyråda bland befolkningen. Därför är det berättigat med en ny utvärdering av vilken roll som kalciumtillskott ska ha vid behandling av patienter med osteoporos.

FREDRIK HED

■ Läs studien i BMJ: <http://korta.nu/05f2>



Stora skillnader i val av analgetika mellan vårdcentraler

Följsamheten till Kloka Listan varierar stort mellan vårdcentraler i Stockholm både för val av opioider och av NSAID. Ett skäl till att rekommendationerna inte följs, är att patienterna redan använder ett icke-rekommenderat preparat när de kommer till vårdcentralen. Läkarna väljer då att fortsätta behandlingen.

Av Ulrika Nörby, leg. apotekare

Uppgifterna kommer från ett examensarbete av apotekarstuderande Anna Gillström vid Uppsala universitet. Hennes analyser visar att förskrivningen av oxikodon har ökat kraftigt och att substansen sedan flera år är den mest använda opioiden i Stockholm. Samtidigt minskar förskrivningen av morfin som är rekommenderat på Kloka Listan. Skillnaderna mellan vårdcentralerna är dock stora. När följsamheten till rekommendationerna mättes som kvoten mellan oxikodon och oxikodon plus morfin, varierade denna mellan 0 och 60 procent*. Önskemålet enligt Kloka Listan är en kvot på 80 procent, alltså något som inte ens de ”bästa” vårdcentralerna uppnådde. Anna Gillströms studier tyder också på att oxikodon används annorlunda än morfin och i större utsträckning förskrivs i korta kurer.

Engagemang ger hög följsamhet

I likhet med oxikodon ökar förskrivningen rejält av substansen etoricoxib som inte heller finns med på Kloka Listan. Här är rekommendationen att etoricoxib bör stå för högst några procent av den totala förskrivningen av NSAID. Men följsamheten varierade mellan vårdcentralerna från att etoricoxib inte förskrevs alls till att den utgjorde 25 procent av all NSAID**.

När de 20 vårdcentraler med högst följsamhet jämfördes med de 20 som hade lägst följsamhet visade det sig att de förra oftare hade medarbetare engagerade i läkemedelskommittén. Vårdcentraler med lägre följsamhet var i större utsträckning privata och hade fler anställda doktorer. För att få ytterligare information om faktorer som påverkar förskrivningen intervjuades 25 förskrivare – 12 från vårdcentraler med hög och 13 från vårdcentraler med låg följsamhet. Läkarna från mottagningar med hög följsamhet var mer positivt inställda till Kloka Listan. De trodde också i högre utsträckning att förskrivningen av analgetika påverkas av information från läkemedelsföretagen och av vad som skrivs i medier.

De läkare som oftare ordinerar oxikodon än morfin uppgav som orsak att patienterna för det mesta redan använder oxikodon och att de då inte byter preparat. På frågan hur följsamheten kan öka, var det vanligaste svaret via möten med en informationsapotekare/-läkare där vårdcentralens egen förskrivning går igenom.

* Vårdcentraler med färre än 20 recept på oxikodon eller morfin exkluderades.
** Vårdcentraler med färre än 300 recept på NSAID exkluderades

Så byter du från oxikodon till morfin

Börja med att utvärdera om fortsatt opioidbehandling är indicerad. Byte från oxikodon till morfin kan göras hos patienter med normal njurfunktion. Vid en tydlig njurfunktionsnedsättning* är behandling med oxikodon mer lättstyrd än morfinbehandling. Peroralt oxikodon är genomsnittligt 1,5–2 gånger mer potent än morfin mg för mg. Möjligheten att nå samma analgetiska effekt är dock densamma för båda substanserna. Eftersom den orala biotillgängligheten för respektive preparat samt andra farmakologiska faktorer kan skilja mellan olika patienter reduceras den initiala dosen om bytet görs hos en väl smärtlindrad patient. Därefter finjusteras dosen.

Tillvägagångssätt

- Utgå ifrån den aktuella dygnsdosen av oxikodon och multiplicera denna med 2.
- Cirka 75 procent av den framräknade dosen används sedan som initial dygnsdos av morfin, lämpligen långverkande Dolcontin som fördelas jämnt med 12 timmars mellanrum.
- Gör bytet abrupt utan nedtrappning av oxikodon.
- Inom ett till två dygn utvärderas och justeras behandlingen utifrån effekt och biverkningar. All opioidbehandling skall vara individualiserad.

STAFFAN LUNDSTRÖM, EXPERTRÅDET FÖR ANALGETIKA OCH REUMATOLOGISKA SJUKDOMAR

* Fotnot: Vid nedsatt njurfunktion (eGFR <60 ml/min & 1,73 kvm) finns risk för ansamling av morfinmetaboliter. Vid mer uttalad njursvikt (GFR <30 ml/min & 1,73 kvm) kan enstaka doser morfin ges men upprepad dosering bör undvikas på grund av risk för biverkningar. Carl-Gustaf Elinder, expertrådet för medicinska njursjukdomar

■ Webb-tv-tips: Staffan Lundström föreläser om val av opioider, Kloka Listan Forum januari 2010: <http://korta.nu/8e2c>

”Sfinx:s interaktionsdatabas ger bra hjälp”

I början av juni arrangerades seminariet Drug-Drug Interactions i Stockholm. En av talarna var Morten Andersen, överläkare vid Avdelningen för klinisk farmakologi och gästprofessor vid CPE, Centrum för läkemedelsepidemiologi, Enheten för klinisk epidemiologi på Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

Av Fredrik Hed, medicinjournalist

Under en tolv månadersperiod är det 67 procent av befolkningen som använder läkemedel, och en fjärdedel av dessa använder fem eller fler läkemedel. Bland äldre ökar läkemedelsanvändningen dramatiskt.

– Polyfarmaci är förknippat med en ökad förekomst av biverkningar, interaktioner och medicineringsfel. Det kan ge kognitiva problem och sedation, men också frakturer på grund av fall. En del biverkningar kan vara allvarliga och leda till sjukhusinläggningar och dödsfall, säger Morten Andersen.

– Men det är också viktigt att påpeka att det finns ändamålsenlig och rationell polyfarmaci, där en kombination av flera läkemedel har gynnsam effekt.

Vilken hjälp kan läkaren få?

– Via det elektroniska beslutsstödet Sfinx:s interaktionsdatabas, som nås via journalsystemet eller janusinfo.se, kan läkaren få varningar om interaktioner och hjälp med att tolka dem. Där finns också beskrivet vilka de kliniska konsekvenserna kan bli vid en interaktion. Man kan också få hjälp med eventuell dosanpassning av något läkemedel, om det är en kombination som absolut ska undvikas på grund av interaktion eller om patienten ska monitoreras på något speciellt sätt. Den här typen av hjälpmedel kommer att bli allt viktigare eftersom det blir svårare för läkare idag att följa litteraturen och den nya forskningen inom området.

Du nämnde under seminariet att guidelines kan vara en anledning till polyfarmaci. Hur då?

– Många vanliga kroniska sjukdomar ska enligt guidelines behandlas med flera olika läkemedel. Vid till exempel diabetes, ska vi behandla med både ett antidiabetikum och en ACE-hämmare för njurfunktion eller hypertension. Det kan också vara indicerat med en statin för lipidsänkning och lågdos ASA förebyggande mot trombos. Redan då är vi uppe i fyra läkemedel. Detsamma kan gälla vid hjärtsvikt, då man lätt kommer upp i fem läkemedel. Har patienten sen andra vanliga sjukdomar kommer hon snabbt upp i 7–8 läkemedel.

Samtidigt sa du att underförskrivning är ett större problem än överförskrivning?

– Det går inte att generalisera, men det finns exempel på patienter som har hjärtsjukdom eller diabetes där statiner inte används trots att det är klart indicerat. Men det går inte att bara titta på antalet läkemedel utan även på den kliniska kvaliteten. Är patienten behandlad enligt riktlinjer för den aktuella sjukdomen?

Är det dags för speciella guidelines för multisjuka patienter?

– Jag tror att det är på gång. I många behandlingsriktlinjer börjar det komma in avsnitt som rör patienter med andra sjukdomar. Samtidigt finns det ett problem med guidelines eftersom varje patient och sjukdom är unik.

Vilka vanliga läkemedel ska man särskilt tänka på som kan orsaka allvarliga interaktioner?

– Warfarin, diuretika, ACE-hämmare och vissa psykofarmaka. Ett annat exempel är karbamazepin, som inducerar vissa nedbrytande enzym i levern vilket kan ge sämre skydd av p-piller. Kombination av ett vanligt läkemedel som simvastatin med till exempel antibiotika, svampmedel eller ciclosporin ger ökad risk för muskelbiverkningar.

Hur ska all ny kunskap inom området föras ut till kliniken?

– Genom kliniska guidelines och beslutsstöd, samt att informationen kring vad som ligger bakom guidelines och beslutsstöd görs tillgänglig. Sen är det också bra med regelbundna läkemedelsgenomgångar och biverkningsrapportering.

■ Läs mer: Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen, 2010: <http://korta.nu/0bba>



Morten Andersen

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



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

OKTOBER

14 Torsdag, kl 13.30–16.00

**Update Geriatrik – Fokus äldre:
Rädda hjärnan!**

Plats: Näringslivets hus, Storgatan 19

Målgrupp: Sjuksköterskor

19 Tisdag, kl 13.30–16.30

**Fortbildning för distriktsläkare m fl
i nordväst: Tvärprofessionell efter-
middag om migrän och annan svår
huvudvärk**

Plats: Rehasalen, Norrbacka,
Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Målgrupp: Distriktsläkare, distrikts-
sköterskor, dietister, sjukgymnaster

26 Tisdag, kl 12.00–13.00

**Update om medicin och läkemedel:
Nya läkemedel mot förstoppning**

Plats: Restaurang 61:an, Karolinska

Universitetssjukhuset, Huddinge

Målgrupp: Läkare

NOVEMBER

5 Fredag, kl 11.45–13.00

**Update om läkemedel:
Aktuellt från prehospitalt**

Plats: Södersjukhuset, Restaurang

Rackarbackens konferensrum Stora Blå

Målgrupp: Läkare

11 Torsdag, kl 12.00–16.30

**Temaeftermiddagar för distrikts-
läkare i Norrtälje: Demens**

Plats: ROS, Norrtälje,

för detaljer se www.janusinfo.se

Målgrupp: Läkare

17 Onsdag, kl 18.00–19.30

**Onsdagsseminarium med tema:
Nationella riktlinjer för vård och
omsorg vid demenssjukdom**

Plats: Westmanska Palatset,

Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

Inbjudan att medverka i kartläggning av antibiotikaförskrivning i SLL vecka 47

Strama Stockholm bjuder in samtliga vårdcentraler och jourmottagningar i SLL, oavsett ägare, att medverka i en ny kartläggning av antibiotikaförskrivningen i länet. Resultaten kommer att vara en del av den återkoppling som Strama Stockholm erbjuder till stöd för förbättringsarbetet.

Undersökningen går till så att läkare vid deltagande enheter kryssar i ett enkelt protokoll för alla patienter som bokats tid för infektionssymtom under vecka 47.

Ytterligare information finns på www.stramastockholm.se och kan även fås från Johan Struwe, 08-7373911, som även tar emot intresseanmälan via mail: johan.struwe@sll.se

 **Strama** Stockholm
Samverkan mot antibiotikaresistens