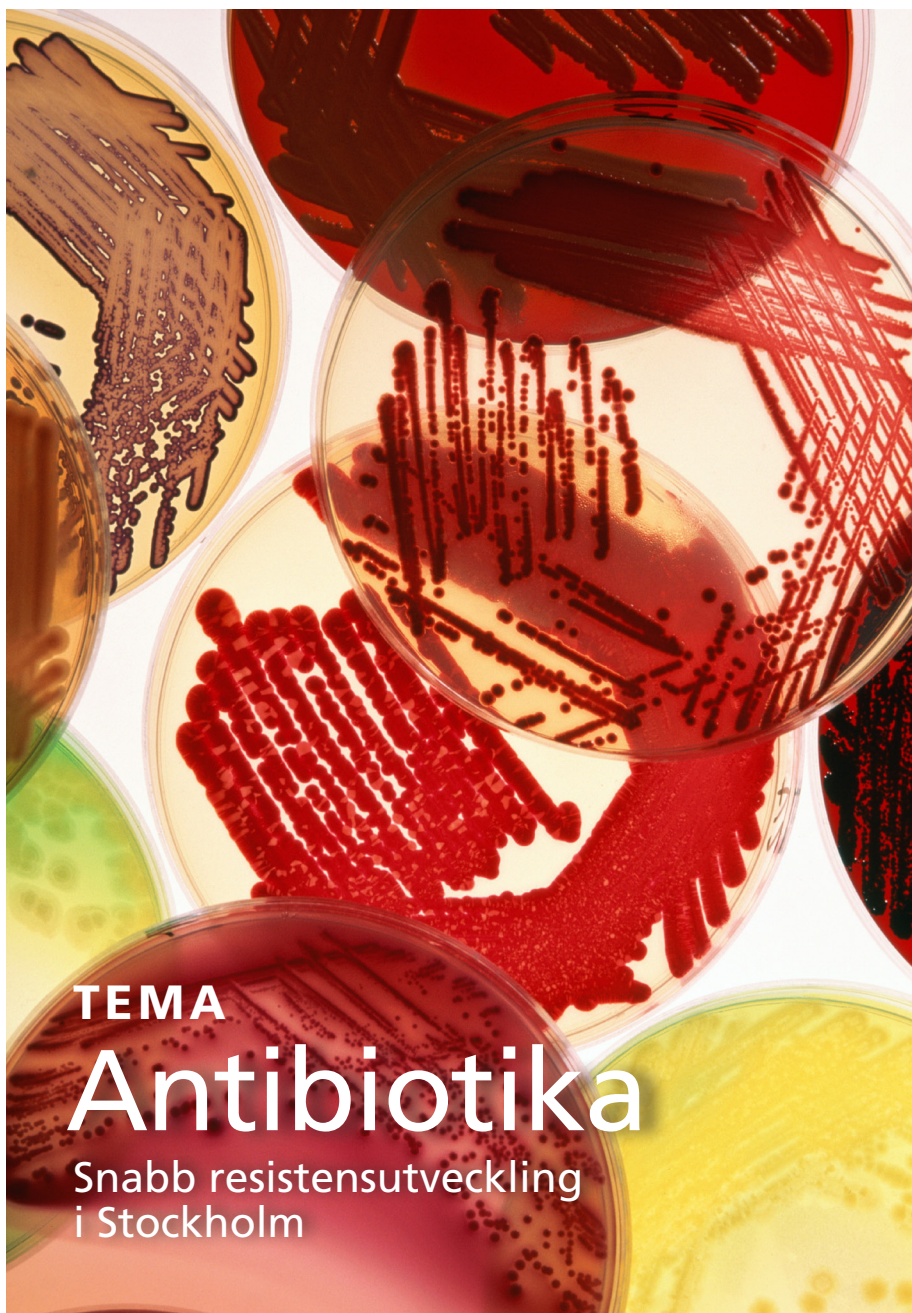




Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ



TEMA

Antibiotika

Snabb resistensutveckling
i Stockholm

Uppdaterat

Släng alla fassböcker

■ SID 2

Depression & ångest

Viktigt att byta strategi om det inte fungerar

■ SID 8-9

Aktuella beslut

"Allt" du behöver veta om villkorade subventioner

■ SID 11

Vi presenterar

Stockholms läns läkemedelskommitté

■ SID 12

Nya studier

Inte lönt att sänka blodtrycket extra lågt för diabetiker

■ SID 13

Förskrivning i siffror

Omotiverad ökning utanför Kloka Listan

■ SID 14

I kliniken

Moderna antidepressiva läkemedel är både säkra och oftast väl tolererade

■ SID 15



Släng alla fassböcker

■ ■ ■ Läkare uppmanas att överhuvudtaget inte längre använda fassboken när de skriver ut recept. "Boken är gammal redan när den kommer ut" skriver Läkemedelsindustriföreningen, Lif, i ett pressmeddelande. Deras uppmaning är att endast använda Fass i elektronisk form – där aktuell information finns – vid förskrivning av läkemedel. Sedan 2008, när den sista fritt distribuerade versionen av Fass i bokform skickades ut till landets läkare, har bland annat mer än 1 700 ändringar gjorts vad gäller varningar och försiktighet.

JENNY STENBACKA

■ Mer information här: <http://korta.nu/b9e1>

Uppmärksamma förändringar i bröstvävnad vid finasteridbehandling



FOTO: BANANSTOCK

■ ■ ■ Ett samband mellan användning av finasterid och risken för manlig bröstcancer kan enligt Läkemedelsverket inte uteslutas. Patienter som använder finasterid 1 mg och 5 mg ska instrueras att ta kontakt med sjukvården om de finner förändringar i bröstvävnad såsom knutor, smärta, förstorade bröst eller förändring i bröstvärta. Till följd av detta pågår nu en uppdatering av produktinformation och bipacksedlar för finasterid 1 mg och 5 mg. Förskrivare uppmanas att till Läkemedelsverket rapportera biverkningar som relateras till användning av finasterid där förändringar i bröstvävnad kan misstänkas.

FREDRIK HED

■ Mer information här: <http://korta.nu/7d79>

Ekonomiska incitament OK för att stimulera billigare förskrivning

■ ■ ■ Enligt en dom i EU-domstolen är det i sin ordning för offentliga myndigheter att erbjuda ekonomiska incitament för att förmå läkarna att förskriva billigare läkemedel. Målet gäller EU-direktivet som förbjuder att ekonomiska förmåner eller naturaförmåner lämnas, erbjuds eller utlovas till läkare och apotekare när läkemedel lanseras och marknadsförs.

Domstolen konstaterar att förbudet i direktivet i första hand gäller säljfrämjande åtgärder som genomförs av läkemedelsindustrin, däremot inte för nationella hälso-myndigheter.

FREDRIK HED

■ Mer information här: korta.nu/d003

Läkemedelsverket följer upp missbruk av Lyrica

■ ■ ■ Signaler har kommit från kriminalvården om missbruk av pregabalin (Lyrica). Och även i biverkningsrapporteringen börjar problemet synas.

– I det svenska biverkningsregistret Swedis har vi minst 13 rapporter om missbruk, framför allt gäller det personer som har någon tidigare form av missbruk, säger Qun-Ying Yue, senior expert vid Läkemedelsverket.

Försäljningen av Lyrica har ökat kraftigt sedan år 2006 och det har diskuterats om det finns en indikationsglidning. En genomgång av receptuttag med hjälp av det svenska Läkemedelsregistret år 2009 visar att fyra procent av individerna hade tagit ut mer än 700 DDD, vilket motsvarar en dos på 575 mg per dygn under ett år. Vid kontroll av antal uttag per person visade det sig att det fanns 3581 personer som hade gjort över 21 uttag under året.

Läkemedelsverket vill nu att sjukvården ska vara uppmärksam vid förskrivning av preparatet.

– Alla patienter som får pregabalin ska följas upp på tecken för missbruk. Vi vill gärna att missbruk rapporteras för att se om det finns behov att narkotikaklassa substansen framöver, säger Qun-Ying Yue.

JENNY STENBACKA

■ Artikeln är förkortad och finns i sin helhet på Janusinfo: korta.nu/pregabalin

Skriv i Evidens!

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

Manusstopp

nr 4 utkommer slutet september, manusstopp 15 augusti
nr 5 utkommer början november, manusstopp 15 september
nr 6 utkommer mitten december, manusstopp 1 november

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 3, 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, 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@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck Intellecta, Stockholm 2010 Grafisk form: Soya Kommunikation · Omslagsfoto: Tom Raymond · Postadress: Medicinskt Kunskapscentrum, Box 17533, 118 91 Stockholm. Besöksadress: Magnus Laduläsgatan 63 A För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sl.se



Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling vid depression och ångest är ett viktigt dokument som beskrivs och förklaras i detta nummer. Det är viktigt att hålla i minnet att riktlinjerna innehåller rekommendationer på gruppnivå. Den dagliga vården och omhändertagande av patienter vilar på regionala vårdprogram som ger vägledning till behandling för den enskilda patienten.

Stockholms läns läkemedelskommitté har nyligen haft en hearing med tre läkemedelsföretag som marknadsför nyare läkemedel för behandling av depression och ångest. Huvudsyftet var att genomlys läkemedlens plats i terapin vilket vi lyckades med. Tillsammans med expertrådets egna presentationer gav hearingen en sammanfattning av läkemedelsbehandlingsroll i relation till ickefarmakologisk behandling. Vi planerar ytterligare hearings av olika omfattning till hösten.

Antibiotikaförskrivningen i Stockholm och resistensläget är ett annat prioriterat område som också belyses i detta nummer av Evidens. Viktigt att vi värnar om klok antibiotikaanvändning, artikeln i detta nummer med Christer Norman belyser detta mycket bra.

Nu önskar jag alla en schön sommar och på återseende i våra nätverk och fortbildningar efter välbehövliga semestrar.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

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

För dina patienters skull – använd Fass på webben

Manipulerade vetenskapsnyheter även i Sverige?

■ ■ ■ I Sveriges Radios program Medierna rapporterades den 22 maj om så kallade spökskrivare, där läkemedelsföretag mutar forskare för att sätta sitt namn under vetenskapliga artiklar, som sedan publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Systemet finns också här i Sverige och SR ställer frågan hur mycket vi kan lita på rapporterna om mediciner, cancerrisker och andra vetenskapsnyheter. Medierna frågade hur tio svenska vetenskapsredaktioner hanterar det här. Det visade sig att väldigt få gör en kontroll av vilka intressen som ligger bakom en artikel i en vetenskaplig tidskrift.

FREDRIK HED

■ Mer info här: korta.nu/spok

Förskriv inte antibiotika i onödan

Astrid Lundevall, allmänläkare, överläkare, Annika Hahlin, leg apotekare, Johan Struwe, docent, överläkare, ordförande Strama Stockholm



FOTO: ISTOCKPHOTO

STRAMA

Strama (står idag för Samverkan mot antibiotikaresistens) bildades för drygt 15 år sedan som ett nationellt nätverk för att arbeta mot antibiotikaresistens. Otto Cars, professor i infektionssjukdomar i Uppsala, är ordförande för det samordnande nationella Strama. I varje län finns en eller flera Stramagrupper, oftast med smittskyddsläkaren som ordförande. Stockholms läns landsting (SLL) fick en Stramagrupp först 2009. Gruppen består av en infektions- och en allmänläkare, vardera på halvtid, och en apotekare på heltid. Uppdraget är att verka för en rationell och ansvarsfull antibiotikaeftersyn, att nyttan med antibiotikabehandling ska överväga riskerna och att förskrivningen i SLL ska fortsätta minska utan risk för negativa hälsoeffekter.

Antibiotikaförbrukningen i Stockholms län är anmärkningsvärt hög i landet. Detta trots att inga data tyder på att stockholmarna oftare skulle drabbas av behandlingskrävande bakteriella infektioner än övriga befolkningen.

I Stockholms läns landsting förskrivs cirka 430 antibiotikarecept per 1 000 invånare och år. Nationella Stramas målnivå är 250 och bygger på att riktlinjer för klok antibiotikabehandling följs utan att riskera befolkningens hälsa. Denna nivå tillämpas också i Holland.

Ovederhäftig marknadsföring

Inom länet finns också oförklarliga skillnader i förskrivningen. Invånarna i de norra delarna av länet får mest antibiotika. Där är också följsamheten till rekommendationerna lägst och det är främst luftvägsantibiotika som överförskrivs. I slutenvården ligger nivån på både förbrukning och antibiotikapروفил för Stockholms län i stort sett som övriga landet.

Anledningar till detta kan vara en större tillgång på närsjukvård, större spridningsrisk av virusinfektioner till följd av ökad befolkningstäthet och kollektivtrafik samt lägre tolerans för sjukfrånvaro. Befolkningen kan också vara mer medveten och välbeställd samt oftare ställa ogrundade krav på läkarkåren att få antibiotika vid banala infektioner. Exempelvis är förskrivningen högst i de mest välbeställda delarna av länet (se figur 1 på sid 5).

Att dessa faktorer kan ha betydelse för en ökad antibiotikaförskrivning är och förblir spekulationer tills mer kunskap finns på området. Tyvärr förekommer också en del ovederhäftig marknadsföring i länet för att locka patienter till jourmottagningar med budskapet att bota godartade och självläkande infektioner utanför kontorstid.

Bättre kvalitet i förskrivningen

En återhållsam och klok användning kan förhoppningsvis spara antibiotika som resurs till situationer där behandlingen är livräddande och minskar komplikationer. Det kan också innebära att vi i framtiden kan fortsätta att dra nytta av medicinska landvinningar som cytostatikaterapi, transplantationer och intensivvård.

Strama Stockholm vill förutom att antibiotikaförskrivningen ska minska även förbättra kvaliteten på förskrivningen. Andelen kinoloner av urinvägsantibiotika till kvinnor bör minska ytterligare till nationella målet på max tio procent. Glädjande nog har drygt hälften av vårdcentralerna i Stockholm redan uppnått detta mål. Vidare bör andelen penicillin V av preparat mot luftvägsinfektioner öka till 80 procent till barn 0-6 år.

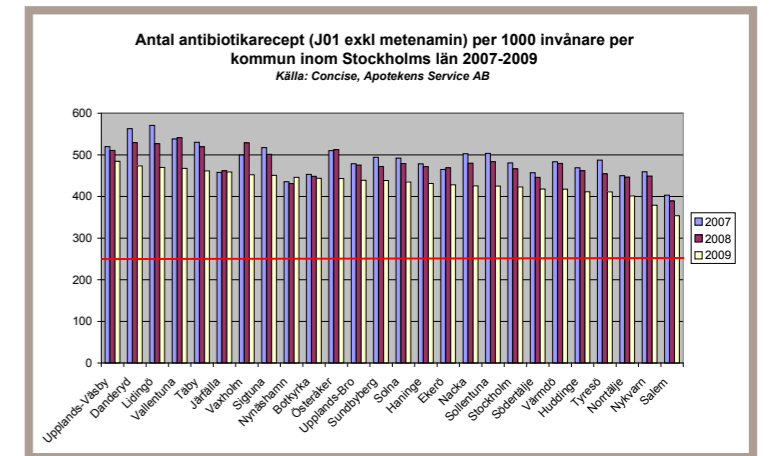
Inom slutenvården är det viktigt att användningen av cefalosporiner och kinoloner fortsätter att minska. Södersjukhuset skiljer här ut sig med lägst andel kinolon- och cefalosporinförbrukning. Dessutom behöver följsamheten till rekommendationer för behandling av samhällsförvärd cystit, pneumoni och kirurgisk profylax förbättras.

Hushåll med antibiotika

Att verka för en attitydförändring såväl hos förskrivare som hos allmänhet är en stor utmaning. Det finns vetenskaplig grund för att agerande på flera olika nivåer ger bästa genomslagskraft. För att påverka förskrivare i

gymsam riktning krävs regelbunden information om resistensläget och uppdaterade riktlinjer som distribueras och samordnas mellan nationella och lokala aktörer.

Antibiotika ska reserveras för de situationer då de verkligen gör nytta. Våra nuvarande antibiotika är ändliga resurser, låt oss hushålla med dem så långt det är möjligt. För att minska risken för onödiga biverkningar och bromsa resistensutvecklingen ska ingen behöva få antibiotika i onödan.



Figur 1. Antibiotikarecept per 1000 invånare i de 26 kommunerna inom SLL. Den röda linjen är Stramas mål på 250 recept.

"Grattis, du behöver inte antibiotika"

Stockholm har den högsta förskrivningen av antibiotika i Sverige med cirka 430 recept per tusen invånare och år (se figur 2 på sid 6). De län som ligger lägst, Örebro och Dalarna, ligger på cirka 330 medan det nationella målet ligger på 250 på fem års sikt.

– Vi vet inte riktigt varför Stockholm ligger i topp. Det finns ett större utbud av sjukvård i Stockholm och det görs fler läkarbesök här men det finns inget som talar för att stockholmarna har svårare bakteriella infektioner än andra, säger Christer Norman, allmänlä-

kare, Strama. Han tycker att vi ska ha bra tillgång till sjukvård och att det ska vara lätt att träffa en läkare.

– Men det ska inte skrivas ut antibiotika i onödan om det bara förkortar hosta med en dag, eller öronont med en kvarts dag.

Christer Norman tycker därför att läkare måste bli mer restriktiva i sin förskrivning genom att följa de nationella rekommendationer som finns. För att lyckas med det måste patienten känna sig väl omhändertagen i konsultationen. En del läkare tror att patient-



FOTO: ISTOCKPHOTO

ten kommer för att få antibiotika, medan det finns undersökningar som visar att patienten istället oftast

Utvecklingen av resistens ökar i Stockholm

Christian G Giske, biträdande överläkare, avdelningen för klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetssjukhuset

De senaste fem åren har det i Stockholms län observerats en relativt snabb resistensutveckling för flera av de viktigaste bakterierna som orsakar samhällsförvärvade infektioner. En del av dessa sjukdomar är även anmälningspliktiga enligt Smittskyddslagen.

De sjukdomar som ska anmälas enligt Smittskyddslagen är infektioner med pneumokocker med nedsatt penicillinkänslighet, meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA), vankomycinresistenta enterokocker och tarmbakterier med så kallad ESBL-resistens (extended-spectrum betalaktamaser).

Inom slutenvården utgör vankomycinresistenta enterokocker primärt ett problem, och har visat en oroväckande snabb ökning de senaste par åren. Meticillinresistenta S. aureus har inte ökat lika snabbt som tidigare,



Inom slutenvården utgör vankomycinresistenta enterokocker primärt ett problem, och har visat en oroväckande snabb ökning de senaste par åren

medan tarmbakterier med cefalosporinresistens orsakad av ESBL-enzymen ökar för varje år. Även specialvarianten ESBL_{CARBA}, som orsakar resistens mot alla penicilliner, cefalosporiner och även karbapenemer har påvisats i Sverige – totalt 15 fall, varav de flesta i Stockholmsregionen. Figur 3 visar den inbördes fördelningen mellan anmälningspliktiga resistenser i Stockholms län sedan 2000.

Kinoloner bör undvikas

Den viktigaste bakterien som orsakar urinvägsinfektioner är Escherichia coli, som orsakar ungefär 70 procent av alla urinvägsinfektioner i öppenvård inklusive särskilda boenden. Viktiga antibiotika för behandling av urinvägsinfektioner är framför allt mecillinam och nitrofurantoin, de två antibiotika för vilka resistensutvecklingen är lägst, med resistenssiffror under tre procent. Även trimetoprim används i viss utsträckning om bakterien är känslig, dock är cirka 24 procent av stammarna resistenta. Resistensen mot ampicillin har sedan flera år tillbaka varit för hög för att man ska kunna använda detta preparat för empirisk behandling av urinvägsinfektioner och ligger nu över 35 procent. Kinoloner ska undvikas vid okomplicerad urinvägsinfektion men resistenssiffrorna även för denna preparatgrupp är dessutom ökande och ligger på nästan tio procent. Det är viktigt att komma ihåg att all laboratoriestatistik sannolikt överskattar resistensnivån, eftersom statistiken baserar sig på urinodlingar och dessa normalt inte tas vid okomplicerad urinvägsinfektion i öppenvården.

Behandling vid luftvägsinfektioner

Vid övre luftvägsinfektioner rekommenderas normalt ingen antibiotikabehandling, men vid nedre luftvägsinfektioner/pneumonier krävs en empirisk behandling som täcker pneumokocker. Om patienten har riskfaktorer för H. influenzae så som till exempel KOL, kan det även vara aktuellt att täcka denna bakterie i den empiriska behandlingen.

De viktigaste bakterierna som orsakar nedre luftvägsinfektioner är pneumokocker och Haemophilus influenzae, samt mykoplasma som dock inte odlas. Förstahandsmedlet mot pneumokocker är penicillin, medan amoxicillin är förstahandsmedel vid infektioner orsakade av H. influenzae. Längre var resistensnivån mot dessa preparat låg, men de

senare åren har en viss ökning kunnat observeras. Pneumokocker med resistens mot penicillin V (runt sju procent av isolaten) kan normalt behandlas framgångsrikt med amoxicillin. Resistens mot amoxicillin ses hos 19 procent av alla H. influenzae i nedre luftvägsodlingar, men siffran avser även prov från slutenvård och troligtvis är resistensnivån lägre i ett öppenvårdsmaterial. Hos barn kan amoxicillin-klavulansyra användas, men resistensnivån är fortfarande tillräckligt låg för att amoxicillin bör vara förstahandsval vid infektioner där man önskar att täcka H. influenzae i den empiriska behandlingen.

forts "Grattis, du behöver inte antibiotika"

kommer för att få en bedömning.

– Vi läkare ska lyssna ordentligt på patienten, ta en bra anamnes och göra en ordentlig klinisk undersökning. Sen ska patienten få bra information – det räcker i regel att säga att man inte hittar symtom eller tecken på något allvarligt som

till exempel lunginflammation och att infektionen med all sannolikhet läker lika bra utan antibiotika. Skulle symtomen ändra sig är patienten alltid välkommen åter.

– Initialt kan budskapet vara: "Grattis, du behöver inte antibiotika!"

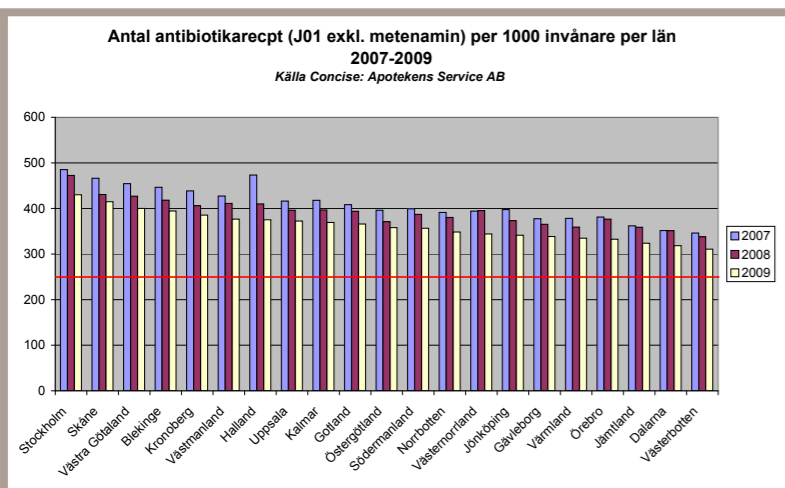
FREDRIK HED



VIKTIGA RÅD FÖR ATT MINSKA ANTI-BIOTIKAANVÄNDNINGEN I PRIMÄRVÅRDEN

- **Akut mediaotit:** Avvakta med antibiotika i 2 (-3) dagar om barnet är mer än två år och inte har perforation eller allmänpåverkan.
- **Akut rinosinuit:** Överväg antibiotika om purulent snuva i mer än tio dagar och uttalad ensidig smärta i kind/tänder.
- **Akut streptokocktonsillit:** Erbjud antibiotika om den kliniska bilden talar för faryngotonsillit (feber > 38,5°C, ömmande lymfkörtlar, beläggning på tonsillerna, frånvaro av hosta) och positivt snabbtest för streptokocker finns. Undvik snabbtest om snuva och hosta förekommer.
- **Akut bronkit:** Antibiotika har ingen effekt på luftrörskatarr oavsett genes hos i övrigt lungfrisk patient. Hosta pågår ofta i tre veckor.
- **Akut cystit hos kvinnor:** Förkorta behandlingstiden till 3-5 dagar och använd inte kinoloner.
- **Impetigo:** Använd retapamulinsalva (Altargo) när tvål och vatten samt klorhexidindlösning inte hjälper.

Vårdprogram kan laddas ner på Strama Stockholms hemsida på www.janusinfo.se/strama

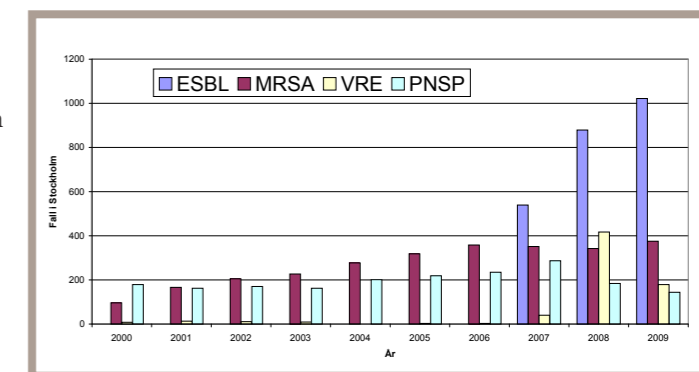


Figur 2. SLL toppar antibiotikaförskrivningen i Sverige. Den röda linjen är Stramas mål är 250 recept per 1000 invånare.



SAMMANFATTNING

- Generellt sett ökar resistensutvecklingen i Stockholm, speciellt ESBL hos Enterobacteriaceae och betalaktamasproduktion hos Haemophilus influenzae.
- Penicillin bör användas vid luftvägsinfektioner orsakade av pneumokocker.
- Undvik kinoloner vid nedre urinvägsinfektion hos kvinnor.



Figur 3. Anmälningspliktiga sjukdomar – inbördes fördelning i Stockholms län 1998-2009. ESBL blev först anmälningspliktig februari 2007, varför siffror saknas från åren innan.

”Bra att riktlinjerna styr upp diagnostiken”

Fredrik Hed, medicinjournalist

När Socialstyrelsen den 16 mars presenterade de allra första nationella riktlinjerna för behandling av depression och ångest sa man att ”hög tillgänglighet, god kontinuitet och samarbete mellan vårdnivåer är viktiga delar i vården av personer med depression och ångest”.

Syftet med riktlinjerna är att visa och prioritera vad psykiatri på gruppnivå måste ha tillgång till. Men också att tala om vad vården inte ska erbjuda patienterna.

– Riktlinjerna är ett fantastiskt dokument i så måtto att de för första gången samlar vad som ska göras och vad som inte ska göras. Sedan finns det vissa detaljer som fortsatt måste vara föremål för diskussion, säger Sergej Andréewitch, specialistläkare i psykiatri och medlem i arbetsgruppen bakom SLL:s riktlinjer för behandling av ångestsyndrom.

– Det är framför allt bra att riktlinjerna styr upp diagnostiken, som är ganska vildvuxen. Det är viktigt att följa checklistor och göra strukturerade intervjuer, för det är bara med en korrekt diagnos som vi kan behandla effektivt.

KBT: S PLATS I TERAPI

Socialstyrelsen har rangordnat psykologisk behandling, framför allt KBT, högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom – till både barn, ungdomar och vuxna. KBT har god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå, både på kort och på lång sikt. Därför behöver sjukvården öka tillgången till psykologisk behandling, främst KBT.

Källa: Socialstyrelsen

LÄS MER

- Vårdprogram för depression och ångest: www.viss.nu samt www.vardsamordning.se - Publikationer - sök Depression och bipolär sjukdom 2007 vårdprogram
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer: <http://korta.nu/7fe7>
- Läs mer om biverkningar och interaktioner på sid 15.

Använd regionala vårdprogram

De nationella riktlinjerna är ett verktyg för beslutsfattare och verksamhetsledning. De är inte riktade till klinikern som ska välja bästa behandling till sin individuella patient.

Istället ska den dagliga vården och omhändertagandet baseras på SLL:s regionala vårdprogram, som på ett tydligt sätt visar hur läkaren ska utreda, diagnostisera och välja behandling för enskilda patienter.

Vårdprogrammet för depression är från 2009 och stämmer väl överens med riktlinjerna. Vårdprogrammet för ångestsyndrom som är från 2003 uppdateras för närvarande.

– Arbetet är i det närmaste klart och publiceras efter sommaren, säger Eva Huslid, processledare på Medicinskt Kunskapscentrum, MKC.

Många får inte behandling

Det övergripande målet är att patienten ska bli helt återställd från sin depression, vilket inte bara innebär frihet från symtom utan även återgång till tidigare funktionsnivå, samt återvunnen social funktion och livskvalitet.

Problemet för många landsting, även SLL, är att psykiatri helt enkelt inte mår med att ta emot alla som behöver psykiatrisk vård.

– Därför är det många med depression som går underbehandlade idag, säger Christina Spjut, överläkare på EWA-mottagningen, Beroendecentrum Stockholm och ordförande för det regionala vårdprogrammet depression och bipolär sjukdom.

Om alla personer i Stockholms län med svårbehandlad depression eller med bipolär sjukdom fick tillgång till subspecialiserad vård på affektiv mottagning, skulle besparingen inom vården, men särskilt inom försäkringskassan vara betydande. Patienterna skulle dessutom få en betydligt högre funktionsnivå och livskvalitet.

Viktigt att byta strategi

Christina Spjut menar att det viktigaste inom psykiatri idag, förutom tillgängligheten, är att bli bättre på att ”felsöka” om patienten inte blir bra på insatt behandling inom rimlig tid. Kanske lider patienten inte

av en vanlig depression utan i stället av en bipolär depression? Det är heller inte ovanligt att man inte blir återställd om det finns samsjuklighet med till exempel ångestsjukdom eller ADHD. All behandling bör därför följas med kontinuerliga skattningar eller självskattningar.

– Därför är det också viktigt att byta strategi om det inte fungerar, säger Christina Spjut.

Det är viktigt att patienten får medverka i val av läkemedel för att följsamheten till läkemedelsbehandlingen ska bli god. Enligt Christina Spjut finns det studier som visat bättre behandlingsresultat bland patienter som är delaktiga i sin behandling.

– Bästa sättet att sprida kunskap inom vården är att sprida vårdprogrammen till patienterna.

Sergej Andréewitch anser att det viktigaste att arbeta med nu utifrån riktlinjerna är strukturfrågor – hur man gör.

– Vården måste struktureras bättre och alla patienter måste få en ordentlig diagnos.

Kritik mot riktlinjerna

Riktlinjerna möts dock inte enbart med positiv kritik. I flera sammanhang kritiserar Socialstyrelsen för att inte tala om hur åtgärder prioriteras.

– Den helt springande punkten är validiteten och reliabiliteten i Socialstyrelsens 10-gradiga skala för prioriteringar. Jag har efterlyst operationella kriterier för skalan men ingen har kunnat redovisa dessa, säger Johan Franck, ordförande i Expertrådet för psykiatriska sjukdomar.

Tänk på detta vid sjukskrivning av patienter som lider av depression eller ångest

- Vilken är huvudorsaken till att patienten inte kan arbeta? Ange vid samsjuklighet alla de sjukdomar som bidrar till arbetsoförmågan, (ruta 2 på sjukintyget).
- Vilka problem upplever patienten; exempelvis minnes- och koncentrationssvårigheter, nedsatt uthållighet, sömnstörning med trötthet, svettning, mag-tarmbesvär, ökad stresskänslighet? (Ruta 3 på sjukintyget).
- Finns det någon funktionsnedsättning som kan observeras; exempelvis nedstämdhet, svarslatens, svårighet att hålla tråden i

Kritiken bekräftas delvis av Mårten Gerle, psykiater och medicinskt sakkunnig på Socialstyrelsen.

– Det finns inga exakta riktlinjer. Det som avgör prioriteringarna är sjukdomens svårighetsgrad, behandlingens medicinska effekt och kostnadseffektivitet, samt ibland även etiska aspekter.

Eftersom det inte finns något facit diskuterade prioriteringsgruppen tills man enades om ett beslut.

– Det väsentliga är egentligen formuleringen i beslutstödet, om man bör eller inte bör göra något, menar Mårten Gerle.

KLOKA LISTAN 2010

Tillfällig ångest

oxazepam ⇨ Oxascand, Sobril

När bensodiazepiner blir användbara

klonazepam ⇨ Thoralen

hydroxyzin ⇨ Atarax

Ångestsyndrom

I första hand

sertralin ⇨ Sertralin Teva, Zolof, Sertralin ...

I andra hand – vid paniksyndrom eller tvångssyndrom

klomipramin ⇨ Anafranil, Klomipramin ...

Depression

I första hand

citalopram ⇨ Citalopram Sandoz, Cipramil, Citalopram ...

sertralin ⇨ Sertralin Teva, Zolof, Sertralin ...

I andra hand

mirtazapin ⇨ Mirtazapin Actavis, Mirtazapin ... tablett

venlafaxin ⇨ Venlafaxin Actavis, Eflexor Depot, Venlafaxin ...

samtal, muskelspänning, hjärtklappning? (Ruta 4 på sjukintyget).

- Vilka aktiviteter relaterade till arbetet klarar inte patienten av att göra, och i vilken utsträckning/hur länge; exempelvis svårt att vara uppmärksam, lära nytt eller förstå instruktioner, påbörja, genomföra eller avsluta en uppgift, hantera stress, förstå eller uttrycka sig i tal och skrift, umgås med andra personer, (ruta 5 på sjukintyget).
- Kan patienten arbeta helt eller deltid om arbetskraven reduceras eller om arbetstiden ändras?

Källa: www.viss.nu, Försäkringsmedicin

Kersti Ejeby, primärvårdens representant i specialrådet för psykiatri:

”

– En tredjedel av primärvårdsbesöken består av psykisk ohälsa. Primärvården har hittills fått medel för bedömning och behandling men några kvalitetskrav har inte kunnat ställas. De nya riktlinjerna innebär att man nu kan börja ställa krav på besökens innehåll och val av behandling i primärvården.

Begränsad subvention för Cymbalta

Cymbalta (duloxetin) ingår från den 1 juli 2010 i högkostnadsskyddet endast för patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom som inte nått behandlingsmålet med minst två andra antidepressiva läkemedel, varav det ena bör vara venlafaxin. Begränsningen gäller enbart nyinsättning. Patienter som redan står på preparatet för depression- och ångestindikationer har fortsatt subvention.

Duloxetin är inte bättre än venlafaxin vid behandling av depression och kostar cirka tio gånger så mycket, men TLV utesluter inte Cymbalta ur högkostnadsskyddet för att behålla ett brett sortiment av antidepressiva läkemedel. För att begränsningen ska bli tydlig och möjlig att följa upp, subventioneras inte Cymbalta längre för patienter med smärtsam diabetesneuropati. För dessa patienter finns duloxetin subventionerat i form av läkemedlet Ariclam.

KRISTINA AGGEFORS

■ Läs mer på www.tlv.se/cymbalta.

Äldre bör få extra dos vid TBE-vaccinering



Smittskydd Stockholm har uppdaterat sina råd kring TBE-vaccinering av äldre. Personer som fyllt 60 år när vaccination mot TBE påbörjas får inte alltid samma skydd som yngre individer. Därför kan skyddet i denna åldersgrupp förstärkas genom att en tredje dos ges två månader efter dos 2. Därefter fortsätter vaccinationsprogrammet som vanligt. Dessutom bör intervallet mellan första och andra dosen inte vara längre än en månad.

EMMA SVENSSON

■ Läs mer på korta.nu/smittskyddstlm

Triobe inte längre subventionerat

TLV har beslutat att B-vitaminpreparatet Triobe inte längre subventioneras inom högkostnadsskyddet från och med den 1 augusti 2010. Anledningen är att TLV bedömer att det inte är rimligt att subventionera ett läkemedel som uteslutande ska användas för att förebygga B-vitaminbrist.

– I Triobe är doserna av de ingående vitaminerna (B12, B6 och folsyra) relativt låga och otillräckliga för behandling av brist. Folatkomponenten kan också bidra till att maskera en B12-brist. Det fanns tidigare en förhoppning om att den homocysteinsänkning som vitaminerna kan ge kunde minska risk för hjärtinfarkt och stroke, men de förväntningarna har inte infriats i senare studier, säger Marie-Louise Ovesjö, klinisk farmakolog på Södersjukhuset och ledamot i Stockholms läns läkemedelskommitté.

Triobe förskrevs för drygt 12 miljoner kr i SLL under 2009. Efter felodipin och zolpidem var Triobe det tredje mest förskrivna bland läkemedel som inte rekommenderas i Kloka Listan.

EMMA SVENSSON

■ Mer info hos TLV på <http://korta.nu/15d4>

FDA godkände det första cancervaccinet

Amerikanska FDA har godkänt det första cancervaccinet, Provenge (sipuleucel-T), för behandling av asymtomatisk eller minimalt symptomatiskt prostatacancer som spridit sig till andra delar av kroppen och är resistent mot ordinarie hormonbehandling.

Sipuleucel-T är en autolog cellulär immunoterapi, som stimulerar patientens eget immunförsvar. Varje dos tillverkas genom att ta ut immunceller från patientens blod, exponera dessa för ett protein som finns i de flesta former av prostatacancer, och sedan koppla på ett immunstimulerande ämne. Cellerna förs sedan tillbaka till patienten för att behandla canceren.

Effekten av sipuleucel-T studerades hos 512 patienter med metastaserad hormonbehandlad refraktär prostatacancer i en randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad multicenterstudie, som visade en ökning i total överlevnad på 4,1 månader för dem som fick sipuleucel-T jämfört med dem som inte fick behandlingen.

FREDRIK HED

■ Mer info här: korta.nu/954f

Vad är egentligen en villkorad subvention?



Niklas Hedberg

Niklas Hedberg, apotekare och avdelningschef för Avdelningen för nya läkemedel på TLV, förklarar varför TLV fattar beslut att vissa läkemedel ska subventioneras med villkor eller begränsning.

– Eftersom ett läkemedel oftast bara är kostnadseffektivt för en begränsad, lätt urskiljbar grupp patienter, vill samhället bara betala för dem där det gör mest nytta.

Vad är det för skillnad?

– Det finns tre olika sorters villkor; *tidsvillkor*, där beslutet gäller exempelvis fram till den 1 augusti 2012 och sen är det stopp;

marknadsföringsvillkor, är alltid kopplat till en begränsning och kan vara att patienterna ska ha provat vissa andra läkemedel först. Ett sådant villkor måste företaget berätta om i sin marknadsföring; och *uppföljningsvillkor*, där till exempel företaget senast den 1 augusti 2012 ska komma in med mer information, exempelvis hur läkemedlet används i klinisk praxis.

– Det är också viktigt att komma ihåg att begränsningar och villkor gäller även för dem som redan står på preparatet. Det aktualiseras när vi gör våra genomgångar.

Vems ansvar är det att kolla att den enskilde läkaren förskriver rätt?

– Det är alltid förskrivande läkare som fattar beslut om patienten uppfyller kriterierna. Sen är det arbetsgivaren och verksamhetschefen som ansvarar för att kontinuerligt följa upp det.

Hur följer TLV upp det?

– Vi har gjort ett antal uppföljningar, till exempel att angiotensin-receptor-blockerare, ARB, ska vara andrahandsval vid hypertoni efter ACE-hämmare. Vi gör dock inget systematiskt just nu, men arbetar för att inom några år kunna göra fler skarpa uppföljningar.

FREDRIK HED

■ Mer information om pris och subvention av läkemedel hittar du på TLV:s webbplats: korta.nu/tlvsubv

Psykoterapi eller medicin hjälp för sömnlösa när egenvård inte hjälper

Fredrik Hed, medicinjournalist

Sömnbesvär är vanligt och behandlas i första hand med ändrad livsstil eller egenvård. Om detta inte hjälper, kan kortvarig mediciner eller olika slags beteendeterapi göra nytta.



FOTO: BANANSTOCK

SBU:s kartläggning av sömnbesvär eller insomni – att inte kunna somna, inte sova gott eller att vakna för tidigt – visar att en fjärdedel av den vuxna befolkningen i Sverige har problem med sömnen. Problemen är vanligare hos kvinnor och äldre.

Den samlade forskning, som SBU har utvärderat, visar att allmänna sömnråd initialt ska prövas. Det handlar om att sträva efter en regelbunden dygnsrytm, undvika mat- och dryckesvanor som stör sömnen och se till att sovrumsmiljön är så bra som möjligt.

När sådana råd inte räcker till kan psykologiska behandlingsmetoder vara ett alternativ. Det finns belägg för att både kognitiv beteendeterapi (KBT) och annan beteendeterapi leder till att patienten somnar snabbare och är vaken kortare tid under natten.

En annan möjlighet är att behandla med läkemedel som är dokumenterat effektiva. Kortvarig behandling med preparaten zopiklon (Kloka Listan, zolpidem och zaleplon) gör att patienten somnar snabbare och får längre total sömntid. Sådan behandling innebär dock en viss risk för biverkningar och beroende, det senare särskilt för personer som redan har en beroendesjukdom eller psykisk sjukdom.

■ Mer info finns på SBU:s webbplats <http://korta.nu/f3a5>

Stockholms läns läkemedelskommitté

Stockholms läns läkemedelskommitté utgör Stockholms läns landstings kommitté enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer. Läkemedelskommittén är ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor med huvuduppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Stockholms läns läkemedelskommitté utarbetar årligen rekommendationer avseende läkemedel till Kloka Listan.



Eva Andersén-Karlsson
Ordförande,
docent, överläkare
vo internmedicin,
Södersjukhuset



Roger Henriksson,
Professor,
verksamhetschef
onkologkliniken
Karolinska
Universitetssjukhuset



Christer Norman,
Specialist i
allmänmedicin
Salems vårdcentral



Carl-Gustaf Elinder
Vice ordförande,
professor,
avdelningschef
Medicinskt
Kunskapscentrum



Paul Hjemdahl,
Professor, överläkare
avdelningen för klinisk
farmakologi, Karolinska
Universitetssjukhuset



Marie-Louise Ovesjö,
Med dr, överläkare
klinisk farmakologi
Södersjukhuset



Marja-Liisa Dahl,
Professor,
verksamhetschef
klinisk farmakologi,
Karolinska
Universitetssjukhuset



Kristina Johansson
Leg apotekare,
farmaceutisk
sekreterare
Medicinskt
Kunskapscentrum



Peter Persson
Farm dr,
leg apotekare
Chefläkargruppen
Capio S:t Görans sjukhus



Johan Franck
Professor, överläkare
Centrum för psykiatri-
forskning



Thomas Kahan
Professor, överläkare
hjärtkliniken
Danderyds sjukhus



Daniel Schmidt
Docent, överläkare
medicinkliniken
Capio S:t Görans sjukhus



Yvonne Freund Levi
Med dr, överläkare
geriatriska kliniken,
Karolinska
Universitetssjukhuset



Synnöve Lindemalm
Med dr,
specialistläkare
Astrid Lindgrens barn-
sjukhus, Karolinska
Universitetssjukhuset



Stina Sellgren
Med dr,
sjuksköterska
omvårdnadsenheten
Karolinska
Universitetssjukhuset



Jan Hasselström,
Med dr, distriktsläkare
Storvretens vårdcentral
Tumba



Lena Mattila
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska
Tyresö kommun



Vakans
Karolinska
Universitetssjukhuset

Mycket låga blodtryck inte bättre för personer med typ 2-diabetes med hög kardiovaskulär risk

Fredrik Hed, medicinjournalist

Patienter med typ 2-diabetes och hög risk för kardiovaskulära händelser vinner inget på att få sitt blodtryck sänkt till 120 mm Hg istället för 140 mm Hg.

Den 29 april publicerades ACCORD-studiens blodtrycksdel i New England Journal of Medicine (NEJM). Resultaten visar att det hos patienter med typ 2-diabetes med hög risk för kardiovaskulära händelser inte minskade risken för sådana händelser genom att sänka deras systoliska blodtryck till under 120 mm Hg, jämfört med under 140 mm Hg.

Totalt deltog 4 733 patienter med typ 2-diabetes i som följdes i genomsnitt i 4,7 år. Den primära sammansatta effektparametern var icke-fatal hjärtinfarkt, icke-fatal stroke eller död av kardiovaskulära orsaker.

Effekt på strokeförekomst

Efter ett år var det genomsnittliga systoliska blodtrycket 119,3 mm Hg i intensivbehandlingsgruppen (<120 mm Hg) och 133,5 mm Hg i standardbehandlingsgruppen (<140 mm Hg). Ingen skillnad sågs mellan grupperna avseende primära händelser eller andelen årliga dödsfall (oavsett orsak). Däremot sågs en positiv effekt av det lägre blodtrycket för den sekundära effektparametern stroke, där andelen stroke per år var 0,32 procent respektive 0,53 procent i de två grupperna (P=0,01).

Kloka Listans rekommendation att eftersträva blodtryck <130/80 mm Hg hos dessa patienter påverkas inte av ACCORD-studien enligt Expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar. Det bör noteras att idag endast en minoritet av dessa patienter når under 140/90 mm Hg, varför utrymmet för förbättring är stort.

■ Hela artikeln finns att läsa på <http://korta.nu/accordddm>

Tillägg av fenofibrat till simvastatin minskar inte risken för kardiovaskulär sjukdom

Risken för fatala kardiovaskulära händelser, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-dödlig stroke hos patienter med typ 2-diabetes minskar inte med tillägg av fenofibrat till simvastatin.

Samtidigt som ovanstående publicerades i NEJM publicerades även ACCORD-studiens lipiddel. Resultatet visade att kombinationen fenofibrat och simvastatin, jämfört med enbart simvastatin, hos patienter med typ 2-diabetes, inte minskade andelen fatala kardiovaskulära händelser, icke-fatal hjärtinfarkt eller icke-dödlig stroke.

Andelen primära händelser per år var 2,2 procent i fenofibratgruppen och 2,4 procent i placebo-gruppen (P=0,32). Andelen dödsfall var 1,5 procent i fenofibratgruppen och 1,6 procent i placebo-gruppen (P=0,33).

Ingen rutinmässig användning

I ACCORD:s lipidstudie randomiserades 5 518 patienter med typ 2-diabetes, som alla behandlades med simvastatin, till antingen fenofibrat eller placebo. Patienterna följdes upp i genomsnitt i 4,7 år och den primära effektvariabeln var den första händelsen av icke-fatal hjärtinfarkt, icke-fatal stroke eller död av kardiovaskulära orsaker.

Författarnas slutsats är dock att inte rekommendera kombinationsbehandling med fenofibrat och simvastatin på denna patientgrupp.

■ Hela artikeln finns att läsa på NEJM på <http://korta.nu/accordlip>



FOTO: ADRIAN SAMSON

Omotiverad ökning utanför Kloka Listan

Marie Persson, leg apotekare, Medicinskt Kunskapscentrum

Användningen av pregabalin, escitalopram och duloxetin stiger kontinuerligt. Sett till dokumentation och effekt är det frågan om det är motiverat.

Pregabalin (Lyrica), escitalopram (Cipralext) och duloxetin (Cymbalta) har funnits på marknaden några år. Alla tre är godkända för användning vid ett flertal indikationer, vilket gör det svårt att med de tillgängliga analysmöjligheter som finns idag att identifiera vid vilken indikation de förskrivs. Cirka 75 procent av volymen av husläkarmottagningars och vårdcentralers (primärvårdens) förskrivning av antidepressiva och pregabalin utgörs av citalopram, sertralin, venlafaxin och mirtazapin, som alla återfinns på Kloka Listan. Dessa fyra läkemedel utgör också drygt 60 procent av volymen för sektorpsykiatri. Av volymen av alla läkemedel med ångest- och depressionsindikation år 2009 utgjorde Cymbalta endast två-tre procent av primärvårdens förskrivning och fem av sektorpsykiatriens. För escitalopram är motsvarande siffror fem respektive nio procent, och för pregabalin två respektive tre procent.

Bilden blir dock en annan om man ser till kostnaderna. Eftersom patenten har gått ut för de fyra rekommenderade läkemedlen är de mycket kostnadseffektiva. Pregabalin, escitalopram och duloxetin utgjorde 2009 nästan 50 procent av primärvårdens kostnad för läkemedel med ångest- och depressionsindikation totalt och drygt 50 procent av sektorpsykiatriens, det vill säga 29 miljoner kronor per förskrivarkategori i SLL.

Gabapentin alternativ vid neuropatisk smärta

Volymen och kostnaden för pregabalin har fördubblats på två år. Antagligen grundas psykiatriens förskrivning på en ångestdiagnos och inga helt jämförbara läkemedel finns för denna indikation. Värt att notera är dock att pregabalin verkar via GABA-systemet och Läkemedelsverket har uppmarksammat inkomna signaler på beroende/missbruk.

Vad primärvårdens val av pregabalin grundas på är svårare att veta, men en viss andel bör härröra från smärtpatienter. Kloka Listan rekommenderar amitriptylin som första-handsläkemedel vid både generaliserade smärttillstånd och neuropatisk smärta. I andra hand vid neuropatisk smärta rekommenderas gabapentin (Gabapentin Hexal), som också verkar via GABA-systemet men har lägre pris. Det finns dock inga direkt jämförande studier mellan dessa två läkemedel men en läkemedelsvärdering på Janusinfo anger att deras effekt jämfört med placebo är i samma storleksordning.

Inte bättre än övriga antidepressiva

Även escitalopram har ökat i användning sedan introduktionen. Escitalopram var det mest kostsamma antidepressiva läkemedlet under 2009, tätt följt av duloxetin som i april 2010 gått om med knapp marginal. Eftersom escitalopram är godkänt både för behandling av depression och för ett antal ångestsyndrom inklusive generaliserad ångest går det inte att fastställa förskrivningsorsak. Trots prekliniska data som tyder på en bättre effekt av escitalopram än av citalopram är resultaten från de kliniska studierna och metaanalyser gällande depressionsbehandling inte entydiga.

Sedan introduktionen har användningen av Cymbalta ökat, även om ökningen mattats av en aning det sista året. Duloxetin är i form av Cymbalta ett antidepressivt läkemedel godkänt även för behandling av generaliserad ångest och smärtsam diabetesneuropati. Effektmässigt skiljer sig inte duloxetin från övriga antidepressiva läkemedel. I vissa metaanalyser har endast fluvoxamin (Fevarin) och edronax (Reboxitin) visat sämre antidepressiv effekt. I linje med detta har TLV beslutat att Cymbalta endast är subventionerat som tredjehandsläkemedel.



SAMMANFATTNING

75 procent av förskrivningen i primärvården av antidepressiva läkemedel och pregabalin följer Kloka Listan. Av denna grupp läkemedel utgjorde pregabalin, escitalopram och duloxetin under 2009 tio procent av primärvårdens förskrivning, men nästan 50 procent av kostnaden.

Antidepressiva läkemedel är överlag säkra

Ylva Böttiger, docent, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset

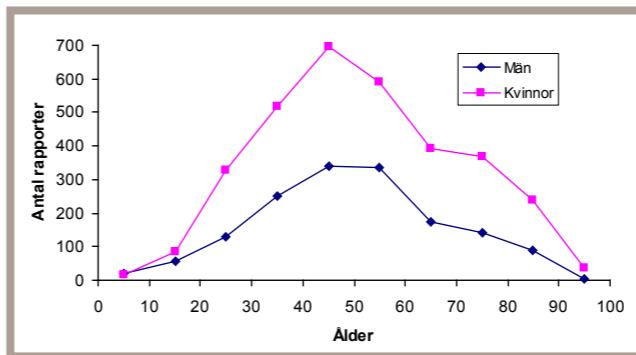
Moderna antidepressiva läkemedel, som SSRI och SNRI, är både säkra och oftast väl tolererade. Men inga läkemedel är helt biverkningsfria!

För hela gruppen SSRI (fluoxetin, citalopram/escitalopram, paroxetin, sertralin och fluvoxamin) finns totalt 2 948 biverkningsrapporter med möjligt samband till läkemedlet i det svenska biverkningsregistret. De enskilda, vanligaste reaktionerna är feber, illamående, huvudvärk, hudutslag, hyponatremi, myalgi, yrsel, parestesier och diarré.

För gruppen SNRI/övriga (mianserin, mirtazepin, venlafaxin, reboxitin och duloxetin) finns totalt 1 906 rapporter. Enskilda, vanliga biverkningar är parestesier, yrsel, ödem, hudutslag, illamående, urtikaria, viktuppgång, artralgi och klåda. De psykiatriska biverkningarna fördelar sig för båda preparatgrupperna på många olika symtom, som till exempel ångest, konfusion, hallucinationer, aggressivitet och sömnstörningar.

Medför risk för interaktion

Alla antidepressiva läkemedel är till största del beroende av levermetabolism för sin eliminering, och då framför allt av enzymsystemet cytochrom P450, vilket medför risk för metabola läkemedelsinteraktioner. Fluoxetin och paroxetin är båda kraftiga hämmare av enzymet CYP2D6. Det kan innebära mångfaldigt ökade koncentrationer och biverkningar av andra läkemedel som metaboliseras av samma enzym, som till exempel många neuroleptika. Analogt kan



Alla anmälda biverkningar för SSRI (ATC-grupp N06AB) och SNRI/övriga (ATC-grupp N06AX), fördelade på ålder och kön. Fördelningen förefaller relativt väl överensstämma med förskrivningsmönstret.



FOTO: CREATA'S IMAGES

interaktionen medföra utebliven läkemedelseffekt för läkemedel som utövar sin effekt genom en aktiv metabolit, som till exempel kodein och tamoxifen.

Kan ge ökad blödningsrisk

Vid sidan av de metabola läkemedelsinteraktionerna finns också en risk för farmakodynamiska interaktioner. SSRI-medlen har en viss påverkan på trombocytfunktionen, vilket blir än mer tydligt i kombination med andra trombocythämmande läkemedel, som till exempel NSAID, då risken för magblödning ökar flerfaldigt. Risken är möjligen mindre för "icke-serotonerga" antidepressiva. För SSRI-gruppen utgör olika typer av blödningar 2,7 procent av alla rapporterade reaktioner, medan det för SNRI/övriga-gruppen utgör 1,4 procent.

Serotonergt syndrom, med neuromuskulär och autonom hyperaktivitet och förändrat mentalt status är en ovanlig, men allvarlig biverkning till serotonergt aktiva läkemedel. Risken förefaller öka vid kombinationsbehandling med flera serotonerga läkemedel. Många läkemedelsgrupper, utöver SSRI/SNRI, har serotonerga effekter, till exempel "triptaner" mot migrän, tramadol mot smärta och linezolid, ett bredspektrum-antibiotikum.



SAMMANFATTNING

SSRI och liknande antidepressiva läkemedel har en god säkerhetsprofil, med få allvarliga biverkningar. Till patienter som redan behandlas med många läkemedel bör man se över eventuella interaktionsrisker innan man väljer läkemedelsbehandling.



KOLLA INTERAKTIONEN I SFINX

I början av 2010 försvann interaktionstjänsten i Fass. Alla förskrivare i SLL har dock fortsatt tillgång till relevanta, säkra och oberoende interaktionskontroller via Sfinx på www.janusinfo.se, eller direkt i journalsystemet via tjänsten Janusfönster. Under sommaren kommer Sfinx att uppdateras med vissa "födoämnen" såsom mjölk och yoghurt, samt grapefrukt-, apelsin- och tranbärsjuice. Även alkohol och tobaksrökning kommer att inkluderas i interaktionsdatabasen.

Adresskälla: Stockholms läns landsting

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



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

AUGUSTI

24–26 Tisdag–Torsdag, kl 09.00–16.00

Kurs i äldrepyskiatri för AT-läkare, tredagars heldagskurs

Plats: Nürnberghuset, Björngårdsgatan 14B

Målgrupp: AT-läkare

30 Måndag

Kursen sträcker sig mellan 30/8 -- 26/11

Sjukskrivningsaudit 2010 – inriktning psykiatri:

För information om tid, plats och innehåll m.m.:

www.janusinfo.se/fortbildning

Målgrupp: Läkare

30 Måndag

Måndagsseminarium:

Tema meddelas senare

Plats: Södersjukhuset, Stora Blå

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

SEPTEMBER

1 Onsdag, kl 12.30–16.00

Fortbildning sydost för specialister i allmänmedicin

Tema: Fästingburna infektioner

Plats: Aulan/Samlingssalen, Handes sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare

8 Onsdag, kl 18.00–19.30

Onsdagsseminarium: Fibromyalgi

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

8 Onsdag, kl 12.00–13.00

Update om läkemedel:

Kampen mellan opioiderna

Plats: Danderyds sjukhus, Hus 38, Lokal : Bofinken

Målgrupp: Läkare

16 Torsdag, kl 18.00–20.00

Temaeftermiddag för distriktsläkare i Norrtälje:

Tema meddelas senare

Plats: ROS, Norrtälje

Målgrupp: Läkare

23–24 Torsdag–Fredag, kl 09.00–15.30

Internatkurs: Kritisk läkemedelsvärdering och praktisk läkemedelskunskap

Plats: Högberga gård, Lidingö

Målgrupp: Läkare

OKTOBER

6 Onsdag, kl 18.00–19.30

Onsdagsseminarium: Hypertoni – hur mäter vi?

– Risk score – 24-timmarsmätning

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

7 Torsdag, kl 08.30–16.00

Hur använder vi läkemedelsbudgeten på bästa sätt?

Plats: Norra Latin, Drottninggatan 71B

Målgrupp: Verksamhetschefer

28 Torsdag, kl 18.00–20.00

Torsdagsseminarium på Karolinska Solna:

Workshop om spirometri

Plats: Rolf Lufts Auditorium, L1:00,

Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

NOVEMBER

2 Tisdag, kl 12.00–17.00

Förmaksflimmer – symposium

Plats: Nanna Schwartz Auditorium,

Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Målgrupp: Läkare

16 Tisdag, kl 08.00–17.00

Patientsäkerhetsdagen 2010

Plats: Folkets Hus, Kongresshallen, Barnhusgatan 12-14

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor, politiker, tjänstemän och vårdpersonal verksamma inom hälso- och sjukvården inom Stockholms län och kommuner

Ej anmälan via janusinfo.

Vid frågor, kontakta ingrid.jagre@sl.se