

# Evidens

## MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDENS FÖRVALTNING

### TEMA ZONOSER

borrelia TBE huggormsbett



Mer e-hälsa och nätverk för primärvården i framtiden

■ AKTUELLT · SID 2-3

Borreliafallen ökar i Sverige

■ TEMA: ZONOSER · SID 4-7

Behandla ångestsyndrom till remission

■ NYA RIKTLINJER · SID 8-11

Vita tabletter med warfarin godkända

■ AKTUELLA BESLUT · SID 11-12

Aktiv expektans vid otit

■ NYA STUDIER SID 14-15

Reklam på nätet driver efterfrågan

■ INTERNATIONELLT SID 16

Läkemedel och fosterskador

■ HJÄLPMEDEL I FÖRSKRIVNINGEN SID 17

Allvarliga biverkningar av protonpumpshämmare

■ INTERAKTIONER & BIVERKNINGAR SID 18-19

Höstens fortbildningar

■ KALENDARIUM SID 20



## Mer e-hälsa och nätverk för primärvården i framtiden

■ ■ ■ **Primärvården är fortsatt vårdens bas i Stockholm. Det framgår av en rapport om framtidens hälso- och sjukvård från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Rapporten har efter en remissomgång legat som grund för ett tjänsteutlåtande till landstingets politiker.**

En bärande tanke i rapporten är att vården ska utföras på rätt vårdnivå. För att lyckas med det har tre centrala utvecklingslinjer identifierats:

- Fler e-hälsotjänster för att exempelvis boka tider, följa remisser, genomföra undersökningar och behandlingar.
- Specialiserad sjukvård flyttas närmare invånarna genom en utbyggnad av närsjukhus/specialistcentrum, geriatriska enheter, palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).
- Akutsjukhusen renodlas, och mycket av den avancerade sjukvården samlas på Nya Karolinska Solna (NKS).

### Inga stora förändringar

– Vi föreslår inte så stora förändringar med tanke på att NKS kommer redan 2015. Vi lyfter fram finansieringen och personalförsörjningen som två stora problem, säger Henrik Gaunitz, chefscontroller på HSN-förvaltningen.

Enligt rapporten ökar befolkningen i länet med omkring 300 000 fram till år 2018, samtidigt som Karolinska universitetssjukhuset Solna upphör och NKS erbjuder färre vårdtillfällen.

– Vi måste producera 41 000 nya vårdtillfällen till år 2016 varav 21 000 till akutvård, 1 000 till specialistcentra och 10 000 till bland annat geriatrik.

– Husläkarmottagningarna har samma uppdrag som idag men det blir tydligare att arbeta med e-hälsa och i nätverk. Vi är också lugna för att nya vårdcentraler uppstår inom ramen för vårdvalet, säger Henrik Gaunitz.

DAVID FINER

### Mer information

- NKS hemsida hittar du på <http://www.nykarolinskasolna.se>
- Rapporten hittar du på <http://bit.ly/sllnks>



## Medicinsk visshet inom räckhåll

■ ■ ■ **Viss, ett webbaserat kunskapsstöd för primärvården, bidrar till att patienter hamnar på rätt vårdnivå. Exempelvis behöver distriktsläkarna inte remittera anemipatienter till specialisthematologer lika ofta längre, säger Vissansvariga allmänläkaren Eva Karlsson Holm.**

Den lägre remissfrekvensen till hematologer är bara ett av många konkreta exempel på nyttan med Viss (Vårdinformation i Storstockholm). För innehållet står Spesam-grupperna (specialister i samverkan), både sjukhus- och öppenvårdsläkare.

### Enklare navigation och ny sökfunktion

Webbstödet, som har cirka 46 000 besök i månaden, fick en ansiktslyftning i mars med en enklare navigationsstruktur och en ny sökfunktion.

Här finns cirka 180 vård- och omvårdnadsprogram med remissvägar och telefonnummer till specialister att konsultera samt blanketter och länkar till regionala och nationella vårdprogram.

– Vårdprogrammen och konsultnumren är det som uppskattas mest, säger Eva Karlsson Holm.

### Används dagligen

Det går aldrig en dag utan att hon själv använder Viss i sitt arbete som distriktsläkare vid Ektorps vårdcentral.

– Jag har Viss öppet i mitt datorfönster hela dagarna så att jag snabbt kan nå den information jag behöver, om jag exempelvis sitter med en patient framför mig. Det är ett ovärderligt stöd.

DAVID FINER

### Mer information

- Viss hittar du på [www.viss.nu](http://www.viss.nu)

## Vacciner dominerade biverkningsrapporterna förra året



Bild: iStockphoto

Det var vaccinerna, med Pandemrix i topp, som dominerade 2010 års biverkningsrapportering i Sverige. Antalet rapporter till Läkemedelsverket från hälso- och sjukvården var 5 152 stycken.

År 2007 infördes möjligheten för sjuksköterskor att rapportera biverkningar, då kom 1 712 rapporter in från denna yrkesgrupp. Siffran har konstant sjunkit sedan dess, förutom 2009, och 2010 kom det in 917 rapporter från sjuksköterskor. Läkare stod under år 2010 för 81 procent av rapporterna.

Totalt stod vacciner för 27 procent av rapporterna och övriga läkemedel för 73 procent av rapporterna. I den senare gruppen är det Waran, Remicade, Enbrel, enalapril, Humira, simvastatin och metotrexat som ligger i topp.

FREDRIK HED

### Mer information

- Läs mer på Janusinfo: <http://bit.ly/janusbiv>
- Läs mer på Läkemedelsverkets webbplats: <http://bit.ly/biv2010>

**Stockholms läns läkemedelskommittés** viktigaste uppgift är att värna klok läkemedelsbehandling för invånarna i Stockholms län och att vara ett stöd för förskrivarna. Utifrån uppföljning av läkemedelsförskrivningen ska vi identifiera kvalitetsbristområden. För att befrämja ökad kvalitet i läkemedelsförskrivningen ägnar vi mycket kraft åt fortbildning och samverkar med andra läkemedelskommittéer, högskolor och myndigheter. Vi har en värdefull dialog med Läkemedelskommittéordförandena, Sveriges kommuner och landsting, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Socialstyrelsen.



**I Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning** där Stockholms läns läkemedelskommitté ingår, fortsätter vi nu arbetet för att uppfylla läkemedelskommitténs lagreglerade uppdrag som rådgivande expertorgan.

**Att kvalitetsbrister av** olika skäl uppkommer belyses i detta nummer av Evidens. Förskrivningen av pregabalin (Lyrica) är relativt hög i Stockholm. Rekommendationen i Kloka Listan vid neuropatisk smärta är amitriptylin och gabapentin. Även vid ångestsyndrom finns andra alternativ än pregabalin, se intervjun med Carl-Olav Stiller på s 11. Att läkemedelsbehandling vid rätt indikation kan göra stor nytta under lång tid är visat, men att hitta ovanliga biverkningar som uppkommer först vid användning av läkemedel i stor skala är en angelägen del av läkar-nas uppgift.

**Tillsammans kan vi** medverka till en klokare läkemedelsförskrivning. Med önskan om en skön avkopplande sommar för alla läsare.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset*

**EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 3, 2011** Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, docent, överläkare, Södersjukhuset, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, Fredrik Hed, leg. apotekare, frilansjournalist · Marianne Jägestedt, allmänläkare · Sara Hallander, allmänläkare · Jan Hasselström, allmänläkare · Sten Ronge, leg. apotekare · David Finer, medicinjournalist · Kristina Aggefors, leg. apotekare · Jenny Stenbacka, medicinjournalist · Ingrid Jägre, enhetschef · Eva Huslid, processledare.

E-post [evidens@sll.se](mailto:evidens@sll.se) · [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) · Tryck: Intellecta, Stockholm 2011 ·

Omslagsfoto: Per Hedman av Märta Thisner · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: [evidens@sll.se](mailto:evidens@sll.se)



# Borreliafallen ökar i Sverige

**Fästingburen borrelia ökar i vårt land. Troligen drabbas mellan 5 000 och 10 000 svenskar av infektion med mer eller mindre uttalade symtom varje år mellan april och november. Men antalet svenskar som blir infekterade utan symtom och där infektionen självläker är troligen långt större.**

Av Per Hedman, med dr, överläkare, infektionsenheten, Södersjukhuset

Borrelia har blivit allmänt uppmärksammat och det finns en risk för att allehanda symtom såsom kronisk trötthet, yrsel, och värk, ofta i kombination med oklar serologisk reaktion, skylls på borrelia.

Undersökningar visar att 15-20 procent av friska blodgivare är seropositiva för borrelia. IgG- och IgM-antikroppar kan kvarstå i åratal efter att en person exponerats för Borreliaspirocheter.

Borreliadiagnostik bygger på tydlig klinisk presentation, ibland kompletterat med serologiskt stöd. I Sverige dominerar hudinfektionen Erythema migrans (EM) hos över 70 procent med borrelia. Utslaget utvecklas under en till fyra veckor efter fästingbettet till en röd eller blårröd lesion som blir större än fem cm. En hudreaktion efter själva bettet

kommer omedelbart och blir inte större än någon cm. EM är en klinisk diagnos där serologi ej bidrar.

Övriga hudmanifestationer som lymfocytom och akrodermatit förekommer sällan – cirka tre procent var av borreliafall i Sverige. Båda kan uppkomma efter obehandlad EM. Lymfocytom drabbar ofta barn med en cm stor blårröd hudsvullnad i örsnibb eller vid bröstvärta och kan komma någon vecka efter EM. Akrodermatit utvecklas under månader som blårröda, ofta fläckiga, missfärgningar på underarmar och underben som efterhand ger lätt atrofi i huden. Vid akrodermatit ses som regel även höga antikropps nivåer. I båda dessa hudfall är serologi ett stöd i diagnostiken.

## Borrelia och serologisk diagnostik

- Överlag är borreliaserologi ospecifik på grund av långvarigt bärarskap av antikroppar och korsreaktioner vid framför allt IgM-mätning.
- Borreliaserologi ska inte tas vid:
  - Erythema migrans infektion
  - Vid demensutredning utan anamnes på borrelia symtom
- Borreliaserologi som serumprov kan vara stöd för diagnos vid:
  - Misstanke om lymfocytom eller akrodermatit
  - Neuroborrelios
- Helst ska serumprov tas vid två tillfällen med en månads intervall.
- Ange alltid symtom och datum på remissen så att laboratoriet kan ge vägledning i diagnostiken.

## Neuroborrelios hos 15 procent

Neuroborrelios förekommer i cirka 15 procent av borreliainfektioner i vårt land. Symtomen kommer oftast fyra till åtta veckor efter fästingbettet och bara hälften av patienterna kan erinra sig en EM innan.

De diffusa symtomen på kronisk meningit är intermitterent huvudvärk, stelhetskänsla i nacken, trötthet, subfebrilitet, illamående och viktneidgång. Meningitsymtomen föregås hos vuxna till 60 procent av radikulit smärtor vilket dock är ovanligt hos barn. Radikulit smärtorna är accentuerade nattetid och svarar inte på analgetika. Perifer facialispares är vanligast bland de motoriska symtomen. 6-20 procent av facialispares hos vuxna orsakas av borrelia, hos barn mellan 50 och 75 procent under sensommar och höst. Över 90 procent av neuroborreliafallen inträffar mellan juni och december. Symtomen kan sakta accentueras över veckor innan patienten söker. Observera att serologi kan vara negativ de första veckorna efter symtomdebut. Starkt misstänkta neuroborreliosfall ska remitteras



### Borreliabehandling

- Fästingbett, med eller utan bettreaktion, ska inte behandlas.
- Smittorisk uppskattas till cirka 1/150 bett.
- All borrelia som diagnostiserats ska behandlas. Erythema migrans behandlas till exempel med fenoximetylpenicillin 1g x 3 i 10 dagar.
- Neuroborrelios behandlas till exempel med doxycyklin 200 mg x 1 i 14 dagar

för lumbalpunktion som säkerställer diagnosen. Vid oklara symtom > 6-8 veckor utesluter ett negativt serumprov i praktiken neuroborrelios och lumbalpunktion behöver då inte göras. Antibiotikabehandlad neuroborrelios har god prognos och symtomen brukar ge vika inom en vecka.

### Inte ovanligt med oklara symtom

Många patienter som söker med oklara symtom är övertygade om att dessa är orsakade av borrelia. Detta kan leda till orediga kliniska möten med risk för att annan diagnos missas eller att onödig borreliabehandling ges. Hos cirka 5-15 procent av behandlade borreliapatienter finns emellertid kvarvarande inflammatoriska tillstånd – post-Lyme disease – och det är viktigt att informera patienten att det brukar läka ut efter några månader och att många behandlingsstudier visat att detta tillstånd inte avhjälpas med ytterligare antibiotika. Patienter med kvarvarande oklara symtom efter några månader måste förutsättningslöst utredas vidare.

### Mer information

■ Läs mer om borrelia – diagnostik och behandling i Läkemedelsverkets behandlingsriktlinjer på <http://bit.ly/lmvborrelia>, eller i Information Från Läkemedelsverket, nr 4, 2009, sid 12–36

## TBE-vaccination rekommenderas från tidigast tre års ålder

**TBE har under det senaste årtiondet ökat såväl i Sverige som i vår omvärld. Däremot svarar Stockholmsområdet nu för mindre än hälften av de svenska fallen mot tre fjärdedelar eller mer för tio år sedan.**



Bild: iStockphoto

Flera studier har bekräftat svenska erfarenheter att TBE (fästingburen encefalit) ger upphov till långdragen ofta bestående kognitiv funktionsnedsättning hos drygt en tredjedel av vuxna med TBE.

Sjukdomens svårighetsgrad ökar med ökande ålder. Detta innebär inte att barn inte kan få en besvärlig akut sjukdom, även om vi inte sett bestående funktionsnedsättning hos förskolebarn. I Stockholm har vi sedan år 1995 endast diagnostiserat tre barn som varit tre år eller yngre med TBE. En nyligen genomförd studie i Stockholm visar dock att barn som söker akut med febersjukdom i större utsträckning än vad man trott har TBE.

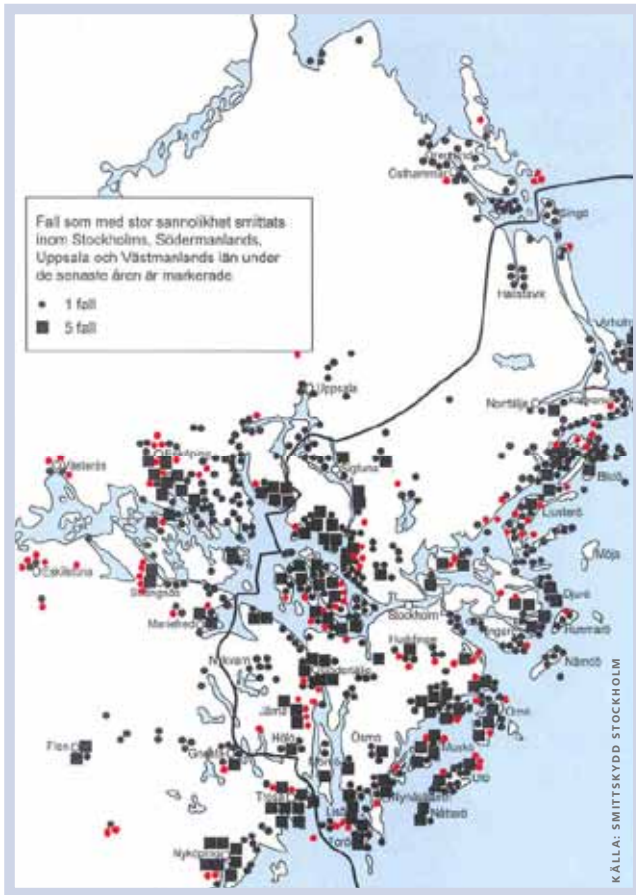
### Många stockholmare riskerar TBE

Eftersom sjukdomen är vanlig i många områden i Stockholm med omgivningarna löper många stockholmare risk för TBE. Mellan hälften och tre fjärdedelar av dem som insjuknar har egen sommarstuga eller är bosatta i de högendemiska områdena i Stockholm, framför allt i Stockholms skärgård eller Mälarsjöarna. Incidensen är högst i Södermanland men då inte med samma tydliga skärgårdsprofil som i Stockholm varför även stockholmare med till exempel sommarstuga i Södermanland bör överväga vaccination. Samma gäller de som till exempel hyr sommarstuga på Åland, ett

av världens mest högendemiska områden för TBE, varifrån vi årligen importerar fall. Däremot är risken för resenärer som semesterar utanför Sverige vanligen låg med bara cirka ett importfall från övriga Europa årligen (Åland exkluderat).

### Extra vaccindos till personer äldre än 60 år

De två TBE-vacciner som finns i vårt land ger ett jämförbart skydd. Kontrollerade studier över skyddseffekten saknas men lång fölterfarenhet från Österrike och studier av immunsvaret efter vaccination talar för att vaccinet har en god skyddseffekt. Immunsvaret efter vaccination är tydligt åldersrelaterat och barn svarar utmärkt medan personer över 50-60 år svarar sämre. Vi har i Stockholm under åren 2000-2010 diagnostiserat 27 fall av TBE trots vaccination enligt rekommenderat vaccinationsschema (se faktaruta).



Av dessa vaccinationsgenombrott har 70 procent inträffat före dos 4 och 2/3 var >55 år gamla (medianålder för all var genombrott 57 år). Därför rekommenderar de flesta

landsting med förekomst av TBE, inklusive Stockholm, att personer 60 år eller äldre ges en extra vaccindos vid primärimmunisering för att undvika vaccingenombrott. Detta skiljer sig från vaccinproducenternas rekommendation att istället förkorta intervallen från fem till tre år efter dos 4 vilket således skulle kunna påverka endast 30 procent av konstaterade genombrott i Stockholm. Bland de 27 genombrotten skulle 1-2 fall teoretiskt (men inte säkert) kunna förhindras om intervallet från dos 4 kortades från fem till tre år.

Vaccination mot TBE rekommenderas i Stockholm till alla som vistas mera regelbundet i områden med TBE. Vaccination rekommenderas i allmänhet från tre års ålder, eftersom vi haft så få fall yngre än tre år, även om vaccinet fungerar utmärkt från ett års ålder.

LARS LINDQUIST, PROFESSOR, INFEKTIONSKLINIKEN, KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, HUDDINGE

### Mer information

■ Uppdaterad epidemiologisk- och vaccinationsinformation finns såväl på [www.smittskyddstockholm.se](http://www.smittskyddstockholm.se) som på [www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se).



### Utbytbarhet mellan olika vacciner

Skyddseffekten efter TBE-vaccination anses vara mycket god. Effekten av byte av vacciner (för närvarande två tillgängliga i Sverige) under pågående grundimmunisering är ofullständigt känd. Enstaka studier har dock visat att efter inducering av ett immunologiskt minne ger boosterdos med annat vaccin ett gott svar. Med hänsyn till detta bedömer vi att man försiktigtvis bör använda samma vaccin vid de två respektive tre första doserna i ett snabbimmuniseringsschema och de två första doserna i ett vanligt grundimmuniseringsschema. Dosen som ges efter cirka ett år i grundschema samt boosterdos efterföljande år bör kunna ges med annat vaccin.

Källa: Smittskydd Stockholm

# Symtom efter huggormsbett kan komma snabbt

**Huggormen är den enda giftiga ormen i Sverige. För vuxna är ett huggormsbett sällan livshotande även om det har hänt att människor dött efter huggormsbett, då vanligen på grund av anafylaktisk chock.**

Av Christine Karlson-Stiber, överläkare, Giftinformationscentralen



Christine Karlson-Stiber

Varje år vårdas i Sverige 200-250 personer på sjukhus på grund av huggormsbett. En stor del av dessa har först sökt hjälp hos primärvården. Ungefär hälften av patienterna utvecklar medelsvåra till svåra symtom och specifik behandling med serum ges numera till cirka 50 personer årligen.

Reaktionen efter huggormsbett är relaterad till den injicerade mängden gift, vilken kan variera från inget alls till hela den mängd gift som ormen har för tillfället. Symtom kan alltså helt utebli, begränsas till lokal svullnad av varierande omfattning, eller den bitne kan bli kraftigt allmänpåverkad med gastrointestinala symtom, blodtrycksfall, medvetandesänkning, bronkospasm och angioödem som kan leda till obstruktion av andningsvägarna. Symtomen kan komma snabbt efter bittet eller dröja många timmar.



BILD: MATTON

## Mer information

■ Se även [www.giftinfo.se](http://www.giftinfo.se) (Lösenord intox), Huggorm.



## Huggormsbett

*Initialt omhändertagande inom primärvården:*

Patienten ska vila och den bitna kroppsdelen hållas stilla, helst i måttligt högläge. Bettstället lämnas helt ifred. Tillgodose tetanuskydd. Fasta.

*Vid reaktioner av anafylaktisk typ inom primärvården ge:*

Adrenalin  
Vuxna 0,3-0,5 mg im eller iv (barn 0,2-0,5 mg im. Den lägsta dosen ges till 1-åring. Intravenöst ges 10 µg/kg)

Antihistamin iv, t ex Tavegyl 1 mg/ml  
Vuxna 2 mg (barn 0,05 mg/kg)

Kortison iv, t ex Betapred  
Vuxna 8 mg (barn 4 mg)

Iv vätska (Ringerlösning), syrgas

*Fortsatt övervakning och behandling på sjukhus:*

Observation på sjukhus under minst 6 - 8 tim eftersom symtomen kan komma med fördröjning

Vid tecken till giftpåverkan bör observationstiden förlängas till minst 24 timmar

Överväg specifik behandling med antikroppar, så kallat serum.

# Behandla ångestsyndrom till remission

**Ångestsyndromen tillhör de vanligast förekommande psykiatriska tillstånden. De debuterar ofta i unga år och blir, när de inte behandlas, ofta kroniska. Prognosen är dock god om rätt behandling ges. Det nya regionala vårdprogrammet ger vägledning.**

Av Christian Rück, med dr, Psykiatri Sydväst

Det nyligen reviderade vårdprogrammet Ångestsyndrom riktar sig främst till personal inom primärvården och den psykiatriska vården och är tillämpligt på vuxna patienter.

### Vad karakteriserar de olika ångestsyndromen?

- Paniksyndrom med agorafobi: rädsla för fysiska symtom, som leder till undvikande av platser eller situationer där individen känner sig trängd. Livstidsprevalens (LP): 3 %.
- Social fobi: rädsla för andras granskning och att göra bort sig. LP: 12 %.
- Specifik fobi: rädsla för särskilda situationer, platser, företeelser eller djur. LP: 10 %.
- Generaliserat ångestsyndrom (GAD): en närmast ständig, okontrollerbar oro kring framtida, förväntade katastrofer. LP: 5 %.
- Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD): plågsamma återupplevelanden av ett trauma. LP: - (olika).
- Tvångssyndrom (OCD): påträngande irrationella tankar och tvångshandlingar. Ettårsprevalens: 1 %.

### Korrekt diagnostik avgörande

Eftersom behandlingsrekommendationerna är diagnosspecifika så är korrekt diagnostik avgörande.

Information från anamnes, status, strukturerad intervju samt symtom- och funktionsskattningar ligger till grund för diagnos. Diagnosen ska delges patienten och om möjligt med närstående närvarande.

I vårdprogrammet rekommenderas en strukturerad diagnostisk intervju såsom The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) som stöd för bedömningen. För primärvården finns anpassade intervjuinstrument, bland annat Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Prime-MD).

### Större utbud av KBT krävs

Kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker (KBT) är förstahandsval vid alla ångestsjukdomar. För flera av till-

stånden finns svenska behandlingsmanualer som är evidensbaserade. Psykodynamisk terapi är för närvarande inte förstahandsval vid ångestsjukdomar. Genomgående är det en begränsning att det finns så få studier som jämför psykologisk och farmakologisk behandling.

Det är alltså en betydande utmaning för både första linjens psykiatri (primärvården) och för den specialiserade psykiatrin att tillhandahålla KBT i den omfattning som vårdprogrammet avser. Jämfört med dagens vårdutbud krävs mångdubbelt större utbud av KBT för att kunna tillhandahålla evidensbaserad vård.

### SSRI är förstahandsläkemedel

Vid samtliga ångestsyndrom utom specifika fobier är läkemedel av SSRI-typ förstahandsval. Dosen bör höjas till dess att optimal effekt uppnås.



### Behandling enligt Kloka Listan

	Substans	Preparat
Tillfällig ångest	<i>oxazepam</i>	Oxascand
När bensodiazepiner bör undvikas	<i>hydroxizin</i> <i>alimemazin</i>	Atarax Theralen
<b>Specialiserad vård</b> Enstaka doser, som alternativ till oxazepam	Tabletter <i>diazepam</i>	Stesolid
<b>Ångestsyndrom</b> Paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom.	<b>I första hand</b> <i>sertralin</i>	Sertralin Teva
	<b>I andra hand, vid paniksyndrom eller tvångssyndrom</b> <i>Klomipramin</i>	Anafranil
	<i>Klomipramin</i>	Anafranil Retard



Behandlingsrekommendationerna i vårdprogrammet överensstämmer väl med rekommendationerna i Kloka Listan. Vårdprogrammet ger vägledning vid mer komplex behandling medan Kloka Listan i huvudsak anger första linjens behandling.

### Behandla till remission

Ett centralt budskap är att om första åtgärd inte leder till att patienten blir återställd ska ytterligare åtgärder vidtas. Till stor del handlar det om patienter som erbjudits mediciner i lägsta dos och där ibland inga ytterligare åtgärder vidtas trots utebliven effekt.

### Sjukskrivning i korta perioder

Sjukskrivning ska i regel undvikas. Arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt, varför en kortare sjukskrivning om cirka 2–4 veckor kan vara motiverad. Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas. Vid bedömning av funktions- och arbetsförmåga är det viktigt att tänka på samsjuklighet som missbruk, ångesttillstånd, social fobi.



### Ångestsyndrom – regionalt vårdprogram 2011

Vårdprogrammet Ångestsyndrom innehåller evidensbaserade rekommendationer och riktlinjer för utredning och behandling av paniksyndrom, social fobi, specifik fobi, generaliserat ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och tvångssyndrom (OCD). I årets reviderade version finns även nya kapitel om arbetsförmåga och sjukskrivning samt kulturell variation.

### Mer information

- Vårdprogrammet finns i pdf-format på <http://bit.ly/vpang>
- Psykiatri Sydväst erbjuder KBT via internet: <http://www.internetpsykiatri.se/>

## Hallå där, Christian Rück

### Vad är nytt i vårdprogrammet jämfört med tidigare?

– Hela vårdprogrammet är nyskrivet och innehåller helt nya avsnitt om kulturella variationer, arbetsförmåga, sjukskrivning och prevention.

### Vad tycker du är intressant?

– Att man faktiskt med ganska enkla medel kan göra väldigt mycket för sina patienter med ångestsjukdomar. En bra diagnostik och rätt insatt behandling baserade på KBT gör att en majoritet av dem blir förbättrade.

### Hur ska vårdprogrammet användas?

– Det är skrivet för en bred läsekrets, men läkarna ska framför allt använda det när man misstänker att patienten har en ångestsjukdom för att läsa in sig och sätta in behandling.

– Vi har försökt att göra det praktiskt och konkret med patientfall för tydlighetens skull.

### Hur ska man ställa diagnos?

– Man ska använda något av de instrument som rekommenderas, till exempel MINI eller Prime-MD. Då ökar kvaliteten i diagnostiken. Jag får ibland höra att man inte hinner med att använda instrument eftersom det tar för lång tid, men det brukar inte vara något problem att hinna med det på ett besök som varar 45-60 minuter.

### Hur ska läkaren hantera långa väntetider till och bristen på KBT-terapeuter?

– KBT är i princip standardbehandling för många ångestsjukdomar idag. Därför måste vårdcentraler kunna erbjuda detta till sina patienter, kanske

genom att anställa KBT-terapeuter. De kan också hänvisa sina patienter till oss. Vi erbjuder alla patienter en bedömning av en specialist och sedan en psykiatrisk behandling via internet – utan remiss.

### Vad är dina bästa tips vad gäller behandling av ångestsyndrom?

– Läs vårdprogrammet, ställ diagnos och behandla. Det ger oftast en bra effekt på sjukdomen.

FREDRIK HED



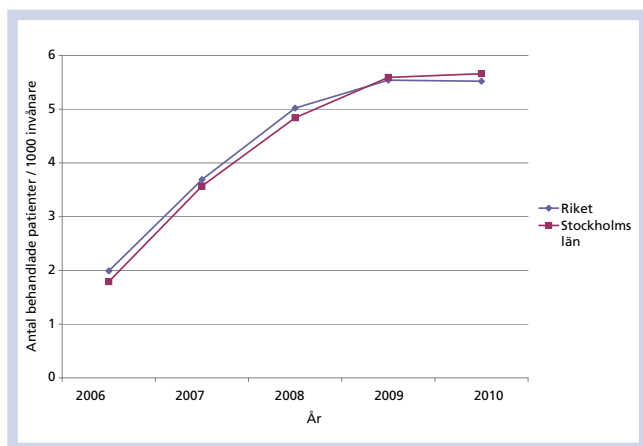
Christian Rück,  
överläkare, med dr,  
Psykiatri Sydväst

# Kraftigt ökad förskrivning av pregabalin

**Antalet invånare i Stockholms län som får recept på pregabalin (Lyrica) har sedan dess introduktion 2004 ökat kraftigt. Ökningen avmattades under 2010 efter att risk för missbruk och beroende hade uppmärksammats.**

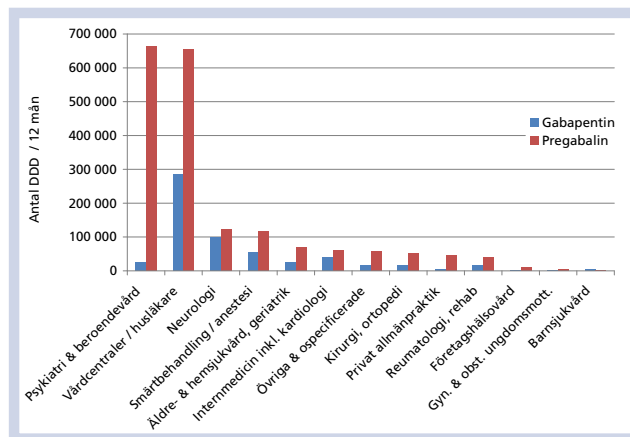
Av Sten Ronge, apotekare

Försäljningen av pregabalin var år 2010 totalt 50 miljoner kronor i Stockholms län. Det var tre gånger mer än för alternativet gabapentin. Det relativa antalet patienter i Stockholm som fått pregabalin var i nivå med riksgenomsnittet (Figur 1). Lyrica kostar cirka 18 kronor per dag jämfört med 10 kronor för rekommenderad andrahands-terapi i Kloka Listan vid neuropatisk smärta, gabapentin. Förstahandsterapin, amitriptylin, kostar som jämförelse mindre än en krona per dag.



**Figur 1** Antal patienter per 1000 invånare som behandlats med pregabalin. Källa: www.socialstyrelsen.se

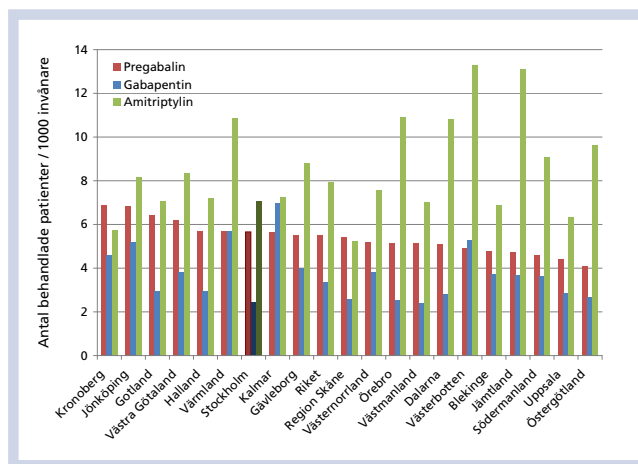
Denna läkemedelsstatistik säger inte i vilken ordning olika läkemedel sätts in. Under de senaste tolv månaderna förskrevs pregabalin till cirka 70 procent tillsammans av psykiatri, beroendevård och primärvård (Figur 2). Av patienterna med pregabalin var 30 procent äldre än 65 år. Endast tio procent av patienterna med pregabalin från psykiatrin var över 65 år. Jämfört med övriga förskrivarkategorier förskrev primärvården mest av gabapentin.



**Figur 2** Volym pregabalin på recept jämfört med gabapentin (Neurontin med flera) per förskrivarkategori i Stockholms län, apr 2010 – mar 2011. Källa: VAL-SLL

### Över riksmiddel

Den relativa förskrivningen av pregabalin i Stockholms län var 2010 cirka 20 procent lägre än i Kronoberg med drygt 25 procent högre än i Östergötland (Figur 3). Gabapentin och amitriptylin förskrevs i Stockholms län till färre än riksgenomsnittet. Duloxetin (Cymbalta) som har neuropatisk smärta som en av dess indikationer, förskrevs för jämförelse till något fler i Stockholm än totalt i riket.



**Figur 3** Antal behandlade patienter per 1000 invånare 2010. Källa: www.socialstyrelsen.se

# ”För de flesta indikationerna för pregabalin finns det andra alternativ”



Carl-Olav Stiller,  
docent, överläkare

**Pregabalin finns inte upptaget i Kloka Listan. Carl-Olav Stiller, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för analgetika och reumatologiska sjukdomar, besvarar några frågor om dess plats i terapin för patienter med neuropatisk smärta.**

## Hur skiljer sig pregabalin från gabapentin?

– Pregabalin är en analog till gabapentin som i sin struktur liknar den inhibitoriska aminosyran GABA. Men en direkt effekt på GABAA- eller GABAB-receptorn har inte visats. Fördelen med pregabalin jämfört med gabapentin är att upptaget ifrån mag-tarmkanalen inte är begränsat på samma sätt. Detta innebär att en dosökning med pregabalin resulterar i en motsvarande koncentrationsökning i plasma. För gabapentin däremot, kan upptaget mätas och en dosökning behöver inte resultera i en ökad plasmakoncentration på samma sätt. Eftersom såväl gabapentin som pregabalin utsöndras oförändrat via njurarna, så medför en njurfunktionsnedsättning, som är vanlig hos äldre, en ökad plasmakoncentration med risk för biverkningar som trötthet och yrsel.

## Är pregabalin effektivare än gabapentin?

– Direkta jämförande studier mellan gabapentin och pregabalin på olika smärttillstånd verkar inte ha gjorts och möjliga skillnader i effekt är mera av subjektiv karaktär än baserade på vetenskapliga studier. Avseende skillnad mot placebo är andelen patienter som får minst 50-procentig smärtlindring, i samma storleksordning för gabapentin som för pregabalin vid diabetesneuropati. Sedan patentet gick ut för gabapentin har man inte gjort så många fler kliniska prövningar på detta preparat. För pregabalin däremot har flera olika smärttillstånd studerats. Oftast har man haft placebo som jämförelsepreparat.

## Plats i terapin inom primärvården?

– För de flesta indikationerna för pregabalin finns det andra alternativ som med fördel kan användas av primär-

vårdsläkarna, till exempel gabapentin eller amitriptylin vid neuropatiska smärttillstånd och SSRI preparat vid generaliserad ångest. I enstaka fall kan jag tänka mig att pregabalin skulle kunna vara ett alternativ. Men som för all annan läkemedelsbehandling som är symtomlindrande är det viktigt att dokumentera på vilket sätt patientens besvär lindras och om effekten motiverar de uppkomna biverkningarna.

## Finns risk för missbruk eller beroende?

– Missbruk av pregabalin har uppmärksammats på senare tid och på avdelningen för klinisk farmakologi ingår analyser av pregabalin i missbruksanalyser. Vilken farmakologisk effekt som ligger bakom missbruket är fortfarande något oklart. Att GABA-receptorer på något vis kan vara involverade är inte helt otänkbart med tanke på att såväl pregabalin som benzodiazepiner höjer kramptröskeln, minskar ångest och medför sedering. Läkemedelsverket har 2010 manat till försiktighet hos patienter med anamnes på missbruk eller beroendeproblematik. Utsättning rekommenderas ske gradvis.

## Pregabalin mot fibromyalgi insatt från specialistsjukvården: sätta ut eller fortsätta?

– Pregabalin är inte godkänt på indikationen fibromyalgi i Europa, men är det i USA. Läkemedelsbehandling vid fibromyalgi är av underordnad betydelse och de kliniska prövningarna på pregabalin visar en mycket stor placebo-effekt som beroende av dosen pregabalin ligger mellan 70 och 80 procent. Smärtintensitetsskattning på VAS minskar med två steg med pregabalin och med 1,5 steg med placebo på en 10-gradig skala.

Inför ställningstagande om fortsatt förskrivning av pregabalin som har satts in mot fibromyalgi av en specialist är det av stor vikt att ta reda på vilken effekt läkemedlet har medfört och hur patientens livskvalitet har förbättrats.

## Vita tabletter med warfarin godkända

**Vita warfarintabletter (Warfarin Orion 2,5 mg) har godkänts av Läkemedelsverket och kan nu förskrivas på recept. Expertråden rekommenderar att Warfarin Orion framför allt används för de patienter som reagerat allergiskt på Waran.**

Det blodförtunnande läkemedlet Waran (Nycomed) har en tillsats av färgämnet indigokarmin E132, vilket ger tabletten en karakteristisk blå färg. Orsaken till det är att patienter och medicinsk personal lättare ska kunna identifiera Warantabletterna och på det sättet undvika feldoseringar och förväxlingar. Det är viktigt att kunna identifiera Waran bland övriga mediciner då läkemedlet har smal terapeutisk bredd och doseringen kan skilja sig betydligt åt mellan olika patienter. Dessutom kan dosen behöva justeras på grund av ändrade levnadsvanor eller på grund av interaktioner med andra läkemedel.

### Nu på recept

För patienter som reagerar allergiskt mot färgämnet indigokarmin E132 har det funnits möjlighet till en licensför-

skrivning av vita Waran. Vita warfarintabletter (Warfarin Orion), som innehåller warfarin i samma styrka som Waran, har nu godkänts av Läkemedelsverket och kan fortsättningsvis förskrivas på recept till denna patientgrupp.

Rekommendationen från expertråden är att Warfarin Orion framför allt används för de patienter som reagerat allergiskt på Waran. Med tanke på att warfarin har smal terapeutisk bredd så bör man vid byte från Waran till Warfarin Orion initialt överväga tätare kontroller av PkINR-värdet.

Observera att före preparatbyte måste patienten informeras noggrant så att dubbelbehandling undviks. Observera också att preparaten inte är utbytbara med varandra på apoteken.

GERD LÄRFARS, ORDFÖRANDE EXPERTRÅDET FÖR PLASMA OCH VISSA ANTITROMBOTISKA LÄKEMEDEL, PAUL HJEMDAHL, ORDFÖRANDE EXPERTRÅDET FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR

### Mer information

■ Läs mer på Läkemedelsverkets webbplats: <http://bit.ly/lmvwarf>

## Ny rekommendation för behandling av överaktiv blåsa

Urininkontinens och andra nedre urinvägssymtom utgör ett allvarligt medicinskt och socialt handikapp för den drabbade. Läkemedelsverket konstaterar i sina nya rekommendationer att det går att nå goda resultat vid överaktiv blåsa (ÖAB) med icke-farmakologisk behandling såsom patientundervisning om blås- och bäckenbottenfunktion, genomgång av vätske- och kisslista/läckagetest, genomgång av medicinlista, blåsträning och bäckenbottenträning.

De läkemedel som är godkända för behandling av ÖAB syftar till att minska trängningarnas intensitet och frekvens. Preparat som kan doseras en gång per dygn är att föredra. Läkemedelsverket rekommenderar inget preparat före något annat, eftersom det finns få studier där de olika läkemedlen jämförts.

– Grundbehandlingen för de här patienterna är blåsträning och farmaka. För bästa effekt av blåsträning och bäckenbottenträning rekommenderar vi remiss till uroterapeut, säger Tareq Alsaody, biträdande överläkare, Urologkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande i Expertrådet för urologi.

Vid behandling av äldre med läkemedel bör särskilt risken för biverkningar, till exempel antikolinerga effekter, och läkemedelsinteraktioner beaktas. Vid behandling av barn med ÖAB är uroterapi förstahandsval.

– Riktlinjerna ligger i linje med det vi rekommenderar på Kloka Listan; solifenacin (Vesicare) och tolterodin (Detrusitol och Detrusitol SR), säger Tareq Alsaody.

FREDRIK HED

### Mer information

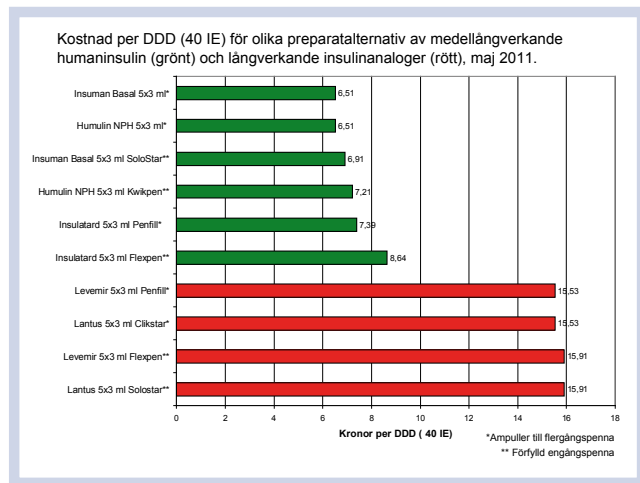
■ Läs mer på Läkemedelsverkets webbplats: <http://bit.ly/lmvoab>

## Flera medellångverkande humaninsuliner nu till lägre kostnad

**Vid insulinbehandling av typ 2-diabetes rekommenderas medellångverkande humaninsuliner (NPH-insuliner) som förstahandsalternativ. Tillverkarna av NPH-insuliner konkurrerar nu med priset. Vid nyinsättning förordas det billigaste NPH-insulinet.**

Under år 2010 kom flera viktiga nationella dokument för diabetesvården; Socialstyrelsens nationella riktlinjer, behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket och en genomgång av diabetesläkemedel av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Vid insulinbehandling av typ 2-diabetes lyfts medellångverkande humaninsuliner (NPH-insuliner) tydligt fram som förstahandsalternativ av alla myndigheter, före långverkande insulinanaloger som insulin glargin (Lantus) och insulin detemir (Levemir).



### Konkurrerar med pris

Tillverkarna av NPH-insuliner konkurrerar nu med priset. Både Humulin NPH Kwikpen och Insuman Basal i Solostar är nu avsevärt billigare än Insulatard Flexpen. Priset för Insulatard cylinderampuller för flergångspenna är ungefär detsamma som för engångspennorna Humulin NPH Kwikpen och Insuman Basal i Solostar. Flergångspennan har miljöfördelar framför engångspennorna. Skillnaden mellan de olika produkterna är således pennan – själva insulinet är likvärdigt.

Det förtjänar att påpekas att de långverkande insulinanalogerna är ungefär dubbelt så dyra som NPH-insulinerna. Vid insulinbehandling är därför ur kostnadssynpunkt valet

mellan NPH-insulin och långverkande insulinanalog allra viktigast. Området är dynamiskt och priserna kan snabbt komma att ändras.

Följsamheten till Kloka Listan (enligt DU90% vilken mäts på substansnivå) blir densamma oavsett vilket medellångverkande humaninsulin som förskrivs.

EXPERTRÅDET FÖR ENDOKRINOLOGISKA  
OCH METABOLA SJUKDOMAR

- Vid insättning av insulin bör man välja NPH-insulin och det billigaste alternativet i den gruppen.
- Vid förnyelse av recept bör förutsättningarna för byte av NPH-insulin beaktas. Om byte bedöms möjligt med bibehållen patientsäkerhet väljs det preparat som har lägst pris.
- Något generellt byte av NPH-insulin rekommenderar vi inte i nuläget.

## Läkemedel som förlorat subvention får bytas ut

Om ett läkemedel varit subventionerat när läkaren skrivit ut det – men inte när patienten hämtar ut det – har apoteken fram till nu inte kunnat byta läkemedlet till ett annat och expediera det inom läkemedelsförmånen. Detta har i många fall lett till praktiska problem på apoteket, med besvär för patienten och ibland extra telefonsamtal till läkaren som följd.

Nu har TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) ändrat i föreskriften för läkemedelsutbyte. Från den 1 maj 2011 kommer dessa läkemedel kunna bytas till generika inom förmånen.

Allmänt gäller för utbytbarhet att läkemedlet dels måste vara med på Läkemedelsverkets lista om utbytbarhet, dels vara subventionerat, alltså ingå i läkemedelsförmånen.

DAVID FINER

### Mer information

- Läs mer på TLV:s webbplats: <http://bit.ly/tlv110413>
- Läkemedelsverkets lista om utbytbarhet: <http://korta.nu/utbytbara>

# Risk för atypiska frakturer med bisfosfonater

**Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA:s vetenskapliga kommitté CHMP konstaterar att ovanliga atypiska lårbensfrakturer kan uppkomma vid långvarig behandling med bisfosfonater mot osteoporos.**

Nyttan bedöms fortfarande vara större än riskerna när bisfosfonater förskrivs inom de godkända indikationerna, men en varningstext kommer att införas i produktresumé och bipacksedel för samtliga bisfosfonater.

Den optimala behandlingstiden med bisfosfonater mot osteoporos är inte fastställd. Behovet av fortsatt behandling bör utvärderas kontinuerligt baserat på en individuell nytta-risk bedömning för varje patient, i synnerhet efter en behandlingstid på fem år eller mer.

– Det bör poängteras att den fraktur reducerande effekten av bisfosfonatbehandling, åtminstone under de första 3-5 årens behandling, förefaller vida överstiga risken för atypiska frakturer. Förekomsten av dessa frakturer bör därför inte medföra att man blir mer restriktiv att sätta in

behandling med bisfosfonater, mycket talar snarast för att det idag föreligger en underbehandling med bisfosfonater av patienter med osteoporos, säger Mats Palmér, docent, överläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, och medlem i Expertrådet för Endokrinologiska och metabola sjukdomar.

Däremot anser Mats Palmér att det finns anledning till att man individuellt överväger att åtminstone temporärt sätta ut bisfosfonatbehandlingen efter 3-5 år.

– Att ersätta bisfosfonater med denosumab (Prolia) är knappast något alternativ då denosumab är en ännu starkare resorptionshämmare än bisfosfonater och risken för atypiska frakturer tros vara kopplad till just resorptionshämmningen, säger han.

FREDRIK HED

## Mer information

■ Läs mer på Läkemedelsverkets webbplats: <http://bit.ly/lmvfrakt>

■ Läs mer på EMA:s webbplats: <http://bit.ly/emafrakt>

## Produktreklam på nätet driver på efterfrågan

Tre av fyra besökare på industrins specifika läkemedelssidor på Internet vidtar en "produktrelaterad handling". Det visar en studie av över 320 produktrelaterade webbsidor som gjorts av företaget Manhattan Research. Det framgår inte i vilka länder som sidorna produceras.

Studien visar att 74 procent av besökarna antingen diskuterar produkten med sin läkare, sin familj eller sina vänner, ber läkaren att förskriva läkemedlet, löser in ett redan uthämtat recept eller letar efter mer information om produkten på nätet.

Studien visar att reklamen stimulerar konsumenterna att efterfråga läkemedel, men frågan om det är en rationellt betingad efterfrågan på adekvat farmakoterapi besvarar inte undersökningen. De läkemedelsgrupper som oftast efterfrågas är medel mot erektil dysfunktion, anti-astmatika, rökavvänjningsmedel, antacida, antikonceptionsmedel, anxiolytika och sedativa.

DAVID FINER

## Mer information

■ <http://korta.nu/a43yh>

## USA-undersökning om olaglig läkemedelsreklam från Google

Det amerikanska justitiedepartementet undersöker om it-jätten Google olagligt visar annonser för kriminella nätapotek, enligt New York Times. Google har lagt undan 500 miljoner dollar för att bekosta en eventuell förlikningsprocess.

Google uppger att man nyligen ändrat sin policy så att företaget bara ska acceptera apotek som är godkända av erkända professionella apotekssammanslutningar i USA.

Men då ändrar företagen bara taktik. Det är en ständig katt och råttalek, som bara trappas upp, säger Googles advokater. Varför den federala undersökningen görs nu, efter Googles försök att göra rent hus, är oklart.

Företrädare för apoteksföretagen säger att Google redan gått för långt och hotar att utesluta legitima företag, medan brukarrepresentanter från organisationer för läkemedelsmissbrukare hävdar att det är sajter som Google som möjliggör den olagliga verksamheten.

DAVID FINER

## Mer information

■ Läs mer i New York Times: <http://korta.nu/viay4>

# Otitrekommendationer står sig i ljuset av nya studier

**Hösten 2010 kom nya rekommendationer för handläggning av akut mediaotit. Huvuddragen är att aktiv expektans är förstahandsval vid okomplicerad AOM hos barn 1–12 år. I den åldersgruppen bör antibiotikabehandling endast ges vid komplicerat förlopp. Sedan dess har två nya studier kommit som visar att den relativa nyttan av antibiotika är störst hos de yngsta och sjukaste barnen. Rekommendationerna står sig dock väl i ljuset av dessa studier.**

Av Christer Norman, allmänläkare, Anna Granath, ÖNH-läkare, båda expertrådet för infektionssjukdomar, Stockholms läns läkemedelskommitté



Foto: Märta Thisner

Akut mediaotit (AOM), är en vanlig infektion med ungefär 200 000 fall per år i Sverige. Smärta i öronen förekommer oftast. Övriga symtom som feber, hosta, snuva, öronpetning och skrik är vanliga även vid andra övre luftvägsinfektioner.

Flytning ur hörselgången tillsammans med akuta symtom på AOM är ett säkert tecken på AOM. I vilken grad trumhinnan buktar har visat sig vara ett säkrare tecken på AOM än färgen på trumhinnan. Det är först när flera fynd kombineras, som sannolikheten för diagnosen AOM blir tillräckligt hög. Samtidig förekomst av buktning, strukturlöshet, ogenomskinlighet, och nedsatt rörlighet av trumhinnan ökar sannolikheten för korrekt diagnos till 90 procent.

## Antibiotikabehandling har liten effekt

De vanligaste otitpatogenerna är i turordning *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* samt *Streptococcus pyogenes* (grupp A-streptokocker). Virus kan också förekomma i mellanörat vid AOM. *S. pyogenes* kan ge svår AOM med allvarliga komplikationer, men är relativt ovanlig.

Antibiotikabehandling vid AOM syftar främst till att minska symtomen. Komplikationer som mastoidit är sällsynta och motiverar inte att man behandlar alla AOM-fall med antibiotika. För barn 1-12 år är effekten av antibiotika

liten. I en Cochrane Review från 2010 anges att 84 procent av barnen blir bra inom en vecka med antibiotika jämfört med 78 procent utan antibiotika. Recidivotit, perforation och sekretorisk mediaotit (SOM) var lika vanligt med som utan antibiotikabehandling.

## Aktiv expektans hos barn 1–12 år

Komplicerande faktorer som till exempel infektionskänslighet, cochleaimplantat och känd sensorineural hörselnedsättning motiverar antibiotikabehandling. Svår smärta trots adekvat smärtlindring är också en komplicerande faktor liksom AOM med perforation.

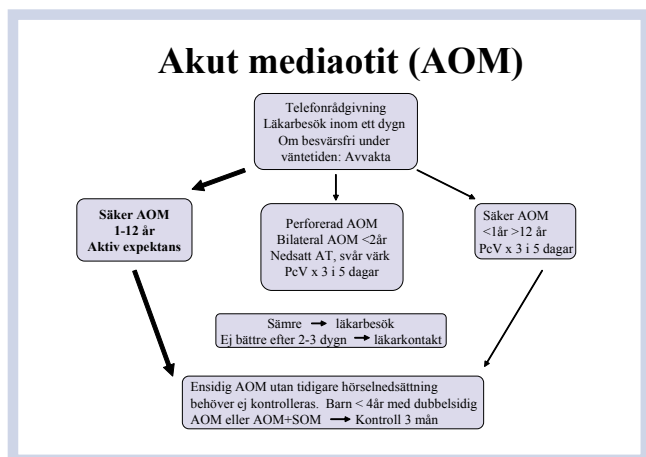
För barn mellan ett och tolv år med säkerställd okomplicerad AOM rekommenderas aktiv expektans utan antibiotikabehandling. Om komplicerande faktor finns och diagnosen är säker rekommenderas antibiotika. Om diagnosen är osäker bör diagnostiken drivas ytterligare. Man kan ordna med ett snart återbesök eller överväga remiss till ÖNH-mottagning. För barn under ett år och ungdomar över tolv år samt för vuxna rekommenderas alltid antibiotika vid säker AOM. Aktiv expektans kan tillämpas i dessa åldersgrupper vid osäker diagnos om det inte finns komplicerande faktorer. Alla patienter med perforerad akut otit och barn under två år med bilateral otit rekommenderas också behandling med antibiotika.

Aktiv expektans innebär att föräldrar/patienter är informerade om förväntat normalförlopp och tecken på komplikationer. Vid avvikande läkningsförlopp bör en ny läkarbedömning göras snarast vid försämring och vid utebliven förbättring efter tre dygn från symtomdebut.

## Kontrollera rätt

Ensidig hörselnedsättning på grund av SOM behöver sällan åtgärdas. Därför behöver man rutinemässigt inte kontrollera fall av ensidig sporadisk AOM där andra örat är friskt.





Barn under 4 år med antingen bilateral AOM, eller AOM på ena och SOM på andra örat bör ges tid för kontrollundersökning efter 3 månader.

### Två nya otitstudier – rekommendationerna står sig

Två stora, välgjorda, randomiserade studier - en amerikansk och en finsk - av effekten av antibiotika (amoxicillin-klavulansyra) vid AOM hos barn 6–24 månader respektive 6–35 månader, har nyligen publicerats. Studierna skiljer sig från tidigare studier genom en mycket strikt diagnostik: samtliga läkare som ställde diagnos var certifierade otoskopister och i den finska studien undersöktes dessutom alla barn med både tympanometri och pneumatisk otoskopi.

I båda studierna inkluderades också en stor andel barn under 1 år (~45 procent), med bilaterala otiter (~45 procent), svår värk (~10 procent), recidiverande akuta otiter (~15 procent) eller recidivotiter (~20 procent). Barnen var alltså yngre och hade svårare otiter än i tidigare studier.

Behandlingssvikt definierades utifrån symptom och/eller trumhinnans utseende efter en viss tid. Behandlingssvikt definierat på detta sätt var 2–3 gånger vanligare i placebo-grupperna än i antibiotikagrupperna. Barn kunde i en del fall te sig friska men ändå betraktas som fall med behandlingssvikt på grund av trumhinnans utseende.

Uppskattningsvis skulle 60–70 procent av de barn som hörde till placebo-grupperna ha fått antibiotika enligt de nya svenska rekommendationerna. Vår bedömning är att dessa rekommendationer står sig väl i ljuset av de två nya studierna.

### Mer information

■ Behandlingsrekommendationerna finns att ladda ner på Läkemedelsverkets webbplats: <http://bit.ly/lmvaom>

## Broschyr besvarar föräldrarnas frågor om barnens ÖLI-besvär

**De flesta luftvägsinfektioner hos barn är virusbetingade. Ändå efterfrågar många föräldrar antibiotika. Som ett stöd i en dialog med föräldrarna finns nu en broschyr framtagen av barnläkare.**

I broschyren informeras om feber och vanliga övre luftvägsinfektioner hos barn, när det är viktigt att uppsöka läkare, och vilken behandling som erbjuds.

Broschyren är framtagen av barnläkarna Sofia Tägtström och Malin Rydh-Rinder, biträdande överläkare och ledamot i expertrådet för infektionssjukdomar, båda vid Sachska barnsjukhuset.

### Riktad informationsinsats

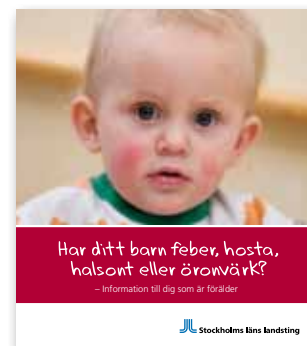
Bakgrunden till broschyren är erfarenheter från en riktad informationsinsats mot 15 slumpmässigt utvalda vårdcentraler år 2008, vars förskrivning följdes 2006–2009 och jämfördes med en kontrollgrupp på 16 vårdcentraler.

### Födde idén till broschyr

Förskrivningsanalysen visade att inga signifikanta förändringar i förskrivning kunde tillskrivas interventionen. Men interventionen hade en annan positiv effekt. Läkarna påtalade att det ibland var lättare att förskriva antibiotika än att ta sig tid att informera. De förklarade också att de saknade lämpligt informationsmaterial till föräldrarna som stöd i

patientmötet. Det ledde till idén om broschyren, som nu kommer att spridas i hela länet på såväl barnavårdscentraler som akutmottagningar och vårdcentraler.

– Vi använder den på vår barnakut för att ge enkla svar till föräldrar om vanliga tillstånd, när de ska söka vård och när de kan avvakta. Det finns också konkret information om dosering av vanliga receptfria febernedsättande medel, säger Malin Rydh-Rinder som tillsammans med Sofia Tägtström tagit fram broschyren.



Informationsbroschyr  
– Har ditt barn feber, hosta  
halsont eller öronvärk

DAVID FINER

**Broschyren kan beställas på:** [informationsmaterial.lsf@sll.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sll.se)



# Allt fler sökningar i databas om läkemedel och fosterskador

**En av Janusinfos mest använda och uppskattade tjänster – Läkemedel och fosterskador – firar tio år i sommar. Ett nytt gränssnitt, tillgång till informationen direkt via journalsystemen och bättre anpassning av innehållet till kliniska rekommendationer är under utveckling.**

Av Ulrika Nörby, apotekare

Tjänsten Läkemedel och fosterskador tillhandahåller bedömningar av riskerna för fostret när mamman använder olika läkemedel under graviditet. Alla godkända preparat i Sverige och ett stort antal licenspreparat omfattas, totalt cirka 1 200 substanser. Texterna ger så konkret vägledning som möjligt och kan med fördel läsas tillsammans med patienten.

Användningen ökar stadigt och idag utförs ungefär 8 000 sökningar i databasen per månad. Läkare är de största användarna och står för ungefär hälften av besöken.

Till hösten kommer ett nytt gränssnitt av källan på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) och den förbereds för att integreras i journalsystemens läkemedelsmoduler. Ännu så länge kommer graviditetsinformationen i journalverktyget Janusfönstret från Fass men det ska alltså bli samma källa som på Janusinfo. För att automatiskt generera signaler vid elektronisk förskrivning delas alla substanser in i en av tre klasser baserat på risknivå. Uppdelningen är dock ganska svår och gränsdragningen kan ofta diskuteras.

De substanser som orsakar mest bryderi i samband med graviditet har varit ungefär desamma sedan starten (figur).

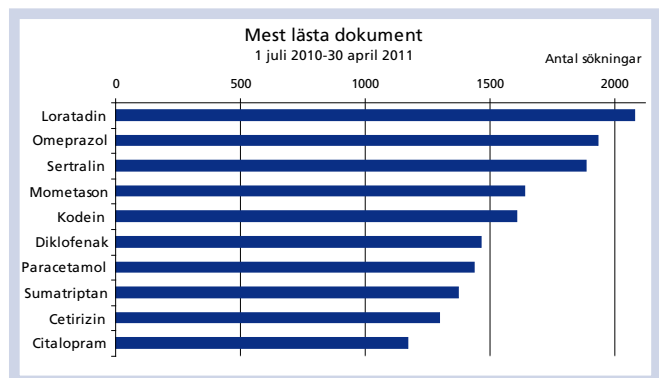
## Motverka obefogad rädsla

Ett viktigt syfte med källan är att motverka obefogad rädsla för fosterskador och att säkerställa att gravida med kroniska sjukdomar får nödvändig behandling. För en majoritet av läkemedlen finns till exempel ett råd om exponering innebär att graviditetens fortsatta handläggning bör diskuteras. Även om rekommendationen att överväga abort är mycket ovanlig, är detta den kanske vanligaste frågan hos kvinnor som använt läkemedel innan de vet att de är gravida.

Informationen i databasen bygger i stor utsträckning på det svenska Medicinska födelseregistret som ger unika möjligheter att studera samband mellan exponering för

olika läkemedel tidigt i graviditeten och graviditetsutfall. Vid sidan av födelseregistrets uppgifter vägs den vetenskapliga litteraturen in i värderingarna. I dagsläget är dock källan inte lika omfattande när det gäller exponering under sen graviditet och perinatal påverkan.

Källan är utarbetad av professor Bengt Källén i samarbete med docent Karin Källén, vid Tornblad institutet, Lunds Universitet. Idag skrivs texterna av Karin Källén och Birger Winbladh, professor i pediatrik. Utvalda dokument granskas av kliniska experter som säkerställer att de inte ger motsägelsefulla budskap jämfört med den gängse behandlingen. En vetenskaplig referensgrupp träffas också regelbundet för att diskutera bland annat innehåll och vidareutveckling.



Figur. Läkemedel som genererar flest sökningar

## Mer information

■ Du når databasen Läkemedel och fosterskador på [www.janusinfo.se/gravreg/](http://www.janusinfo.se/gravreg/)

## Användarna om "Läkemedel och fosterskador"

"Den är ett bra hjälpmedel för att snabbt kunna ge adekvat information till patienterna kring deras läkemedel i samband med graviditet. Informationen är väl underbyggd och nyanserad."

Karin Hellgren, reumatolog, Karolinska Universitetssjukhuset

"Den hjälper mig jättemycket. Jag kan lugna oroliga patienter mycket bättre än med Fass och använder den minst någon gång i veckan."

Ulrika Sjöstrand, barnmorska, Luna MVC, Södertälje

# Behandling med PPI kan ge sällsynta men allvarliga biverkningar

**Flera stora fall-kontroll-studier och meta-analyser har visat en ökad risk för pneumoni, tarminfektion och fraktur i samband med medicinering med protonpumpshämmare (PPI).**

Av Lars Backman och Sigurd Vitols

Redan 1934 gav Hurst en rekommendation till krigsministeriet i Storbritannien att man inte skulle sända soldater med achyli till tropikerna på grund av ökad risk för allvarliga tarminfektioner. I samband med att de potenta H<sub>2</sub>-receptorblockarna lanserades under 1970-talet noterade man en ökad risk för postoperativa sårinfektioner och pneumonier hos patienter som medicinerat med dessa syrahämmare. På 1980-talet introducerades de ännu potentare protonpumpshämmarna, som tolererats väl och ansetts som mycket säkra läkemedel. Det finns dock nu en omfattande litteratur, som talar för att protonpumpshämmare kan ge allvarliga biverkningar.

## Snabb kolonisering

Flera tänkbara mekanismer för komplikationerna har diskuterats. Den gastrointestinala ekologin ändras drastiskt vid behandling med syrahämmare och det sker en snabb kolonisering av ventrikel och tunntarm-colon med mikrober, som normalt inte finns där. Detta, i samband med mikroaspirationer, som är vanliga hos äldre, kan leda till pneumoni. Det är också visat, att protonpumpshämmarna har effekter på andra protonpumpar, bland annat i skelettets osteoklaster.

Det har också visats att protonpumpshämmarna har direkta effekter på leukocytfunktionen, både i tarmen och på andra ställen i kroppen. En sådan påverkan på leukocytfunktionen kan möjligen förklara en ökad risk för postoperativ sårinfektion. Achylin kan dessutom hämma absorption av exempelvis kalcium.

## Samband med dos

Flera stora fall-kontroll-studier och meta-analyser under 2000-talet har visat en ökad risk för pneumoni (både samhällsförvärd och iatrogen), tarminfektion (framförallt med *Clostridium difficile*) och fraktur i samband med medicinering med protonpumpshämmare. Studierna har bland annat visat en högre risk för pneumoni, när man

påbörjar medicineringen. Ett dos-risk-samband har också påvisats. Ökad risk för fraktur har framför allt setts hos de, som medicinerat mer än två år.



Ett godartat magsår. Källa: Wikipedia

## Omfattande överanvändning

Det finns en omfattande överanvändning av protonpumpshämmare. I litteraturen finns uppgifter på att upp till 70 procent av användningen inte sker på rätt indikation. Eftersom gruppen protonpumpshämmare är ett av de vanligast använda läkemedlen (cirka fem procent av befolkningen står på protonpumpshämmare), kan ett stort antal individer riskera dessa biverkningar. Man har beräknat att det årligen i USA avlider mer än 30000 patienter i pneumoni, där protonpumpshämmare, använt på fel indikation, skulle kunna vara orsaken. I Europa och Nordamerika har det under senare år skett en kraftig ökning av allvarliga tarminfektioner med *Clostridium difficile*, med avsevärd dödlighet som följd. Denna ökning av tarminfektionerna har skett parallellt med ökningen av användningen av protonpumpshämmare.

Man bör komma ihåg att observationella studier inte kan bevisa ett samband. I studierna har man försökt kontrollera för olika confounders såsom ålder och multisjuklighet, men man kan inte utesluta att sambanden orsakas av confounding. Flera positiva studier stöder ett samband.

Sannolikt sker en avsevärd del av överförskrivningen av protonpumpshämmare i samband med ASA- och NSAID-medicinering samt vid behandling av dyspepsi. Det är därför angeläget att uppdatera kunskapen om adekvata indikationer för behandling med protonpumpshämmare.

# Expertrådet för gastroenterologiska 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](http://www.janusinfo.se).



**Daniel Schmidt**  
ordförande  
docent, överläkare,  
medicinkliniken,  
Capio S:t Görans  
sjukhus



**Per Karlén**  
med dr, överläkare  
Vo Internmedicin  
Södersjukhuset



**Franz Rücker**  
överläkare  
medicinkliniken,  
Visby lasarett



**Kristina Aggefors**  
leg apotekare  
Hälso- och  
sjukvårdsnämndens  
förvaltning



**Greger Lindberg**  
docent, överläkare  
gastroenterologiskt  
centrum  
Karolinska  
Universitetssjukhuset



**Dag Stockeld**  
överläkare  
kirurgkliniken  
Danderyds sjukhus



**Ann-Sofi Björin**  
husläkare  
Lisebergs vårdcentral



**Anders Loothagen**  
husläkare  
Familjeläkargruppen  
Odenplan



**Hans Törnblom**  
med dr, överläkare  
gastrocentrum  
medicinkliniken  
Karolinska  
Universitetssjukhuset



**Maria Jasinski**  
med dr, allmänläkare  
Sibylleliniken



**Petter Malmberg**  
bitr överläkare  
gastroenterologi  
barnmedicin  
Karolinska  
Universitetssjukhuset



**Sigurd Vitols**  
professor, överläkare  
klinisk farmakologi  
Karolinska  
Universitetssjukhuset



**Marjo Kapraali**  
med dr, överläkare  
medicinkliniken  
Danderyds sjukhus



**Henry Nyhlin**  
docent  
medicinsk sakkunnig  
Hälso- och  
sjukvårdsnämndens  
förvaltning

## Samt

**Mikael Lördal**,  
överläkare, gastroenterologiskt centrum,  
Karolinska Universitetssjukhuset

**Lars Backman**, docent

Adresskälla: Stockholms läns landsting

# Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



**Kom ihåg** att flera fortbildningar kräver föransmälan. Se [www.janusinfo.se/fortbildning](http://www.janusinfo.se/fortbildning) för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föransmälan.

## SEPTEMBER

**9** fredag, kl 12.00 – 16.00

**Allmänläkarnätverket Centrala stan och Östermalm**

Plats: Läkarhuset Odenplan

Målgrupp: Allmänläkare

**14** onsdag, kl 12.30 – 16.00

Fortbildning Sydost för specialister i allmänmedicin

**Tema: Fästingöverförda sjukdomar**

Plats: Aulan/Samlingssalen, Handens sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare

**15** torsdag, kl 8.30 – 16.30

**Stockholms läns demensdag**

– inspiration, föreläsningar och mingel

Plats: Ingenjörshuset, Malmskillnadsgatan 46,

Målgrupp: Sjuksköterskor, distriktssköterskor, politiker, allmänläkare, geriatriker

**15** torsdag, kl 12.00 – 16.30

**Fortbildning för allmänläkare i Norrtälje – ROS**

**Tema: Spirometri**

Plats: Havsörnen, Norrtälje sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare

**26** måndag, kl 17.15 – 19.30

**Måndagsseminarium**

**Tema: Nya riktlinjer vid antikoagulantibehandling**

Plats: Stora Blå, Södersjukhusets personalmatsal

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**28** onsdag, kl 18.00 – 19.30

**Onsdagsseminarium**

**Tema: Behandling med lipidsänkande läkemedel**

– vilken evidens har olika "mål"

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

## OKTOBER

**7** fredag, kl 12.00 – 16.00

**Allmänläkarnätverket Centrala stan och Östermalm:**

**Manligt klimakterium**

Plats: Läkarhuset Odenplan

Målgrupp: Allmänläkare

**24** måndag, kl 17.15 – 19.30

**Måndagsseminarium**

**Tema: Thyreoideas sjukdomar i öppen vård**

Plats: Stora Blå, Södersjukhusets personalmatsal

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**26** onsdag, kl 18.00 – 19.30

**Onsdagsseminarium**

**Tema: Protonpumpshämmare – Ny kunskap om allvarliga men sällsynta biverkningar av PPI gör korrekt behandlingsindikation än mer angelägen**

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**27** torsdag, kl 12.00 – 16.30

**Fortbildning för allmänläkare i Norrtälje- ROS;**

**Tema: Endokrinologi**

Plats: Havsörnen, Norrtälje sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare

## NOVEMBER

**9** onsdag, kl 12.30 – 16.00

**Fortbildning Sydost för specialister i allmänmedicin**

**Tema: Gastrundersökningar, när ska man göra vad?**

Plats: Aulan/Samlingssalen, Handens sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare

**23** onsdag, kl 8.00 – 16.30

**Stockholms allmänläkardag**

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10

Målgrupp: Specialister i allmänmedicin