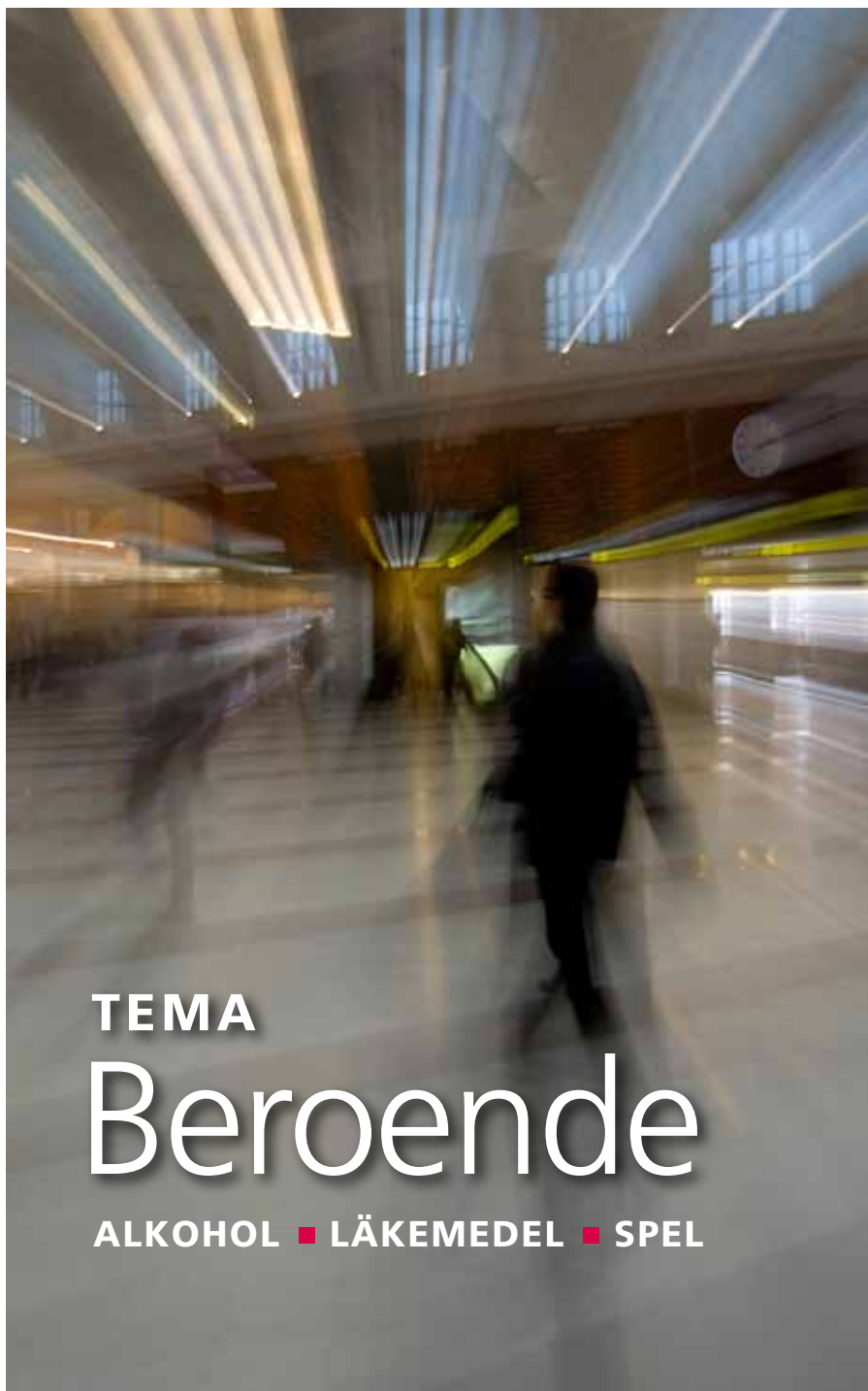




# Evidens

## MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA

# Beroende

ALKOHOL ■ LÄKEMEDEL ■ SPEL

### Nya receptskrivningsregler

Vissa narkotiska läkemedel som morfin och oxikodon får nu itereras

■ SID 2

### Tema beroende (alkohol)

Medicinska alkoholkomplikationer är legio, primärvårdens roll central

■ SID 4-6

### Tema beroende (läkemedel)

Viktigast är att förmedla hopp, säger överläkare Britt Vikander

■ SID 7

### Tema beroende (spel)

Bäst evidens vid spelberoende för KBT och motiverande samtal

■ SID 8

### Äldres användning av läkemedel kan förbättras

Bättre bruk utifrån primärvårdens förskrivningsmönster i framtiden

■ SID 10

### Ingen effekt av antibiotika vid okomplicerad rinosinuit

JAMA-studie stödjer Stramas och Läkemedelsverkets rekommendationer

■ SID 12

### Metaanalys: Varannan biverkan kan undvikas

Antalet är en god indikator på farmakoterapins kvalitet, säger Ulf Bergman

■ SID 13





FOTO: COMSTOCK IMAGES

## Ändrade receptskrivningsregler

■ ■ ■ Sedan slutet av 2011 kan recept på narkotiska läkemedel ur förteckning 2 och 3 såsom morfin eller oxikodon respektive Cocillana Etyfin, II och III itereras, under förutsättning att förskrivaren anger på receptet, att läkemedlet ska förvaras och expedieras på ett särskilt, namngivet apotek.

Tramadol, som inte är narkotikaklassat, ska numera förskrivas på särskild receptblankett. Recept som är utfärdade innan förändringarna trädde i kraft kommer dock att kunna expedieras så länge receptet är giltigt.

Läkemedel innehållande kodein och etylmorfin räknas numera alltid som narkotika, oavsett halten av den narkotikaklassade substansen. Recept på läkemedel med sådant innehåll får därför endast förskrivas av läkare med full behörighet. Apoteken är därför skyldiga att kontrollera att receptutfärdaren inte finns på Socialstyrelsens särskilda spärrlista. Kodeinpreparat måste förskrivas på särskild receptblankett för narkotika, medan detta inte krävs för recept på etylmorfin, till exempel Cocillana Etyfin. Recept på medel med innehåll av båda substanserna får itereras och de omfattas heller inte av de mängdbegränsningar som normalt gäller vid telefonrecept på narkotiska preparat.

Från och med den 1 maj 2012 kan man endast beställa narkotikaklassade läkemedel skriftligt på rekvisitionsblankett, inte per telefon. Detta enligt Läkemedelsverkets författningssamling LVFS 2011:14 kap.4 § 4, som började gälla då.

EVA VIKSTRÖM JONSSON

■ **Läs mer** på Läkemedelsverkets hemsida <http://korta.nu/w5lyd>

## Breddning och transparens förslag mot jäv

■ ■ ■ Bredda kompetensen i expertpaneler och tillämpa evidenskrav på underliggande sjukdoms- och diagnosdefinitioner. Skärskåda journalisternas bindningar till industrin. Det är några förslag från USA, England och Australien mot ökande korruption inom forskning och publicering.

I en artikel i British Medical Journal citerar Ray Moynihan (prisbelönt undersökande journalist och författare bakom böcker om medikalisering) flera exempel på korrupperade expertgrupper.

### Pre-hypertoni pseudosyndrom

Det gällde vad Moynihan kallar för pseudosyndromet pre-hypertoni, som lanserades 2003, ett expertuttalande 2009 om typ 2 diabetes och den psykiatriska diagnosmanualen DSM IV, vars experter till 56 procent hade ekonomiska bindningar till läkemedelsföretag.

Som Evidens tidigare rapporterat (nr 6/2010) har den amerikanske psykiatern Allen Frances, ordföranden för expertgruppen bakom DSM IV, uttalat sig mycket kritiskt om det arbete han själv ledde och om DSM V. Kritiken gäller bland svagt underbyggda diagnoser som medikaliserar relativt vanliga tillstånd som bulimi eller vredesutbrott.

### Bredda paneler, reglera journalister

Givet den växande kunskapen om betydelsen av hälsans miljömässiga och sociala bestämningsfaktorer, provar numera USAs National Institutes of Health att bredda kompetensen i expertpaneler med deltagande av biostatistik, epidemiologer, yrkesgrupper utanför vården och företrädare för ett bredare allmänintresse.

Ekonomiska och andra bindningar mellan journalister och läkemedelsföretag bör också hanteras med liknande strategier som använts för den medicinska professionen, skriver en grupp australiensiska forskare och journalister i Journal of Medical Ethics. Förslagen omfattar skärpta frivilligåtgärder som jävsdeklarationer, etiska riktlinjer och uppförandekoder men också lagstiftning härom i tillämpliga länder.

DAVID FINER

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/zjve0> och <http://korta.nu/oe2e5>

## Tuffare industrikod avvisas som tandlös

■ ■ ■ Den globala läkemedelsindustrin skärper sin uppförandekod mot mutor och korruption, men konsumentrörelsen ifrågasätter om den blir implementerad enligt nyhetsbyrån Reuters.

Läkemedelsindustrins internationella organisation, Ifpma, har antagit en ny kod som utvidgats till att också omfatta industrins samverkan med medicinska institutioner och patientorganisationer liksom med vårdgivare, inklusive läkare.

Koden klargör också skiljelinjen mellan medicinskt användbara PR-gåvor (tillåtet) och personliga gåvor/penninggåvor (förbjudet).

Mutor till läkare och andra statsanställda utomlands har lett till miljardprocesser för amerikanska företag. Härom våren gick Johnson & Johnson med på en förlikning för motsvarande omkring 515 miljoner kronor med brittiska och amerikanska myndigheter, sedan det framkommit att företaget betalat läkare i Grekland, Polen och Rumänien. Pfizer har också varit involverad i en liknande process.

Ifpma anger att den utvidgade koden kommer att få särskild betydelse på mindre reglerade marknader i låg- och mellaninkomstländer. Konsumentorganisationen Health Action International (HAI) är emellertid skeptisk emot att Ifpma skulle kunna implementera koden. Det saknas sanktioner vid överträdelser, säger Tim Reed på HAI.

DAVID FINER



FOTO: THINKSTOCK

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/9iwzc>

### Klok läkemedelsförskrivning

innebär att vi är klara över diagnos, läkemedlens dokumentation och visad nytta och att vi lutar oss mot bästa evidens. Läkemedlen som används ska bota, lindra och i bästa fall också förhindra sjukdom. Är vår läkemedelsanvändning optimal? Det är inte säkert. Det finns mycket att förbättra: Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har stakat ut följande mål för läkemedel till äldre: "olämpliga" läkemedel (långverkande bensodiazepiner, antikolinergika, tramadol, propiomazin) ska minska med 10 procent. Så kallade D-interaktioner ska minska med 10 procent. Läkemedel mot psykos ska minska med 10 procent hos patienter med dosdispenserade läkemedel.

I vårt landsting pågår redan ett arbete med läkemedelssäkerhet hos äldre. Regeringens mål bidrar till att detta arbete intensifieras.

**Läkemedelskostnaderna i Stockholms län har under 2011 bromsat upp.** Att nya läkemedel utvecklas är viktigt, tidigare terapi kanske inte finns eller är otillräcklig. Men vi vet minst om ett läkemedel när det är nyregistrerat av förklarliga skäl. Att följa upp introduktionen av nya läkemedel under kontrollerade former är viktigt för att skaffa oss kunskap om effekt och biverkningar. Troligen har vi en underanvändning av beprövade och väl dokumenterade läkemedel som kan avspeglas i befolkningens hälsa. Att förbättra läkemedelsanvändningen och att välja rätt läkemedel i varje situation är självklart men inte lätt.

**Beroendesjukdomar är ett stort folkhälsoproblem,** här finns mycket att göra som läkare och detta belyses i flera aspekter i detta nummer av Evidens.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare*

*Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*



# Alkoholberoende – en behandlingsbar folksjukdom

Det finns omkring 300 000 alkoholberoende människor i Sverige, vilket innebär att en distriktsläkare med en lista på 1500 personer bör ha identifierat omkring 50 personer med alkoholberoende. De flesta har ett relativt ordnat socialt liv med boende och försörjning. Men få söker vård, trots att det finns effektiv behandling.

Av Joar Guterstam, leg. läkare, forskarstud., inst för klinisk neurovetenskap (CNS), Karolinska Institutet, Johan Franck, professor, verksamhetschef, Beroendecentrum Stockholm och ordf., Expertrådet för psykiatriska sjukdomar



Joar Guterstam

Medicinska alkoholkomplikationer förekommer överallt i vården, men de flesta patienter saknar ändå behandling för sitt alkoholberoende. Enligt aktuella siffror nås endast en femtedel av alla beroendepatienter i Sverige av samhällsinsatser eller någon form av vårdinsats. Ännu färre har erbjudits någon evidensbaserad behandling.



Johan Franck

## Att ta upp alkoholanamnes

”Allmän klinisk blick” har oacceptabelt låg sensitivitet för alkoholberoende. Tar läkaren bara alkoholanamnes vid direkt misstanke missas oftast diagnosen, och de alkoholpatienter som upptäcks kommer ofta vara i ett sent stadium, med avancerade komplikationer. Att alltid

fråga alla patienter om alkohol, kan å andra sidan förefalla orimligt. Läkare som vill arbeta patientcentrerat och tidseffektivt bör snarare utgå från problemet patienten söker för och diskutera alkoholen så snart det verkar rimligt relevant för differentialdiagnostik eller behandling.

Tyvärr söker patienter sällan explicit hjälp för alkoholproblem – bristande insikt, förnekande eller skamkänslor kan vara bidragande orsaker. Många känner inte till att det finns effektiv hjälp att få. Ämnet kan uppfattas som känsligt. Det är därför viktigt att läkaren känner sig trygg i att ta upp en

alkoholanamnes. Avgörande är att kunna hantera ett positivt svar på ett adekvat sätt genom att erbjuda behandling. Om du bestämt dig för att fråga patienten om alkohol kan det vara bra att först förklara varför du frågar, till exempel att ”den här typen av besvär kan påverkas av att man dricker alkohol, är det ok om jag frågar lite om det?”. Några användbara grundfrågor är de så kallade CAGE-frågorna (se faktaruta).

Om patienten svarar ja på någon av de så kallade CAGE-frågorna, bör läkaren utforska alkoholvanorna mer i detalj. Ett enkelt hjälpmedel är AUDIT-formuläret som finns fritt tillgängligt på internet. Man kan också gå igenom diagnoskriterierna för beroende tillsammans med patienten.

## Formulera mål med patienten

Kontrollförlust, alltså att inte kunna begränsa sitt drickande, är en central del av beroendediagnosen. Många patienter kommer aldrig att kunna dricka kontrollerat. Men den insikten kan ta tid för patienten att nå, och det är därför ofruktbart att kräva livslång alkoholfrihet av alla patienter. Behandlingsmålet bör istället formuleras i samråd med patienten



FOTO: THINKSTOCK

och kan lika gärna handla om mindre medicinska, psykologiska eller sociala skadeverkningar. Inte sällan framstår alkoholfrihet småningom som det enklaste sättet att uppnå dessa mål.

En vanlig missuppfattning är att läkemedelsbehandling måste kombineras med psykoterapi för att fungera. För de flesta patienter har begränsade medicinska insatser med regelbunden uppföljning lika god effekt som mer ambitiösa behandlingsprogram. Vid otillräcklig effekt finns dock välbeprövade psykoterapeutiska metoder som motiverande samtal (MI) och KBT-baserad återfallsprevention.

### Farmakologisk behandling

Det finns tre olika läkemedel med indikationen alkoholberoende på den svenska marknaden. Samtliga dessa medel, särskilt naltrexon och akamprosat, förskrivs i alltför liten omfattning i förhållande till det uppskattade behovet. Att i högre utsträckning erbjuda sådan behandling har läkemedelskommitténs expertråd för psykiatri hög-prioriterat bland sina Kloka råd för 2012.

Naltrexon (Naltrexon) rekommenderas ofta som förstahandsval vid farmakoterapi. Det hämmar opioidreceptorer i hjärnans belöningssystem och minskar risken för återfall. En vanlig klinisk effekt är även att det minskar kontrollförlusten och därmed återfallens tyngd – patienter beskriver hur de kunnat dricka ett glas alkohol utan att det blivit en hel flaska eller mer. I kliniska prövningar har antalet dagar med berusningsdrickande mer än halverats av naltrexon. Även placebo gav dock ofta en tydlig reduktion, upp till 40 procent. Biverkningarna är främst lätt illamående initialt.

Akamprosat (Campral) har i en rad studier visat god effekt vid alkoholberoende. Det minskar alkoholsuget på ett liknande sätt som naltrexon, trots att verkningsmekanismen är helt annorlunda: akamprosat påverkar framförallt glutamatreceptorer. Även akamprosat minskar merbe-



XXOFNHOT: OLOF

” Det finns tre olika läkemedel med indikationen alkoholberoende på den svenska marknaden. Samtliga förskrivs i alltför liten omfattning i förhållande till det uppskattade behovet.

gäret efter en första dos alkohol och minskar andelen dagar med drickande. Biotillgängligheten är låg och en stor del av läkemedlet absorberas inte, vilket förklarar att biverkningarna, främst är gastrointestinala (lös avföring).

Disulfiram (Antabus) är det äldsta medlet mot alkoholberoende. Genom hämning av acetaldehyddehydrogenas uppnås en aversiv ”spärreffekt” med en starkt obehaglig reaktion på alkoholintag. Disulfirambehandling är till sin natur svår att undersöka med dubbelblind prövningsmetodik, men studier har visat goda effekter vid övervakat disulfiramintag. Läkemedlet kan intas 2–3 gånger/vecka, gärna under insyn av behandlare eller närstående för att öka följsamheten. Kombination av disulfiram och läkemedel som minskar alkoholsuget är också ett alternativ. Levervärden skall följas, särskilt i början av behandlingen, på grund av risk för biverkningar.

Det sker idag omfattande forskning för att utveckla nya läkemedel för alkoholberoende och under de närmaste åren kommer troligen nya farmaka att introduceras. Samtidigt erbjuds endast ett fåtal av alla patienter de välbeprövade behandlingar som faktiskt finns redan idag. Kanske kan uppmärksamheten kring nya behandlingsmetoder bidra till att ändra på detta. Vågar man hoppas att alkoholproblem, precis som depression under 80- och 90-talen, blir något man vet att det finns hjälp för och därför vågar tala om?



### Användbara grundfrågor (CAGE)

**Cut down:** Har du någonsin försökt dra ned på ditt drickande?

**Annoyed:** Har du känt dig irriterad när andra ifrågasatt dina alkoholvanor?

**Guilt:** Har du någonsin haft skuld känslor för att du druckit alkohol?

**Eye-opener:** Har det hänt att du druckit tidigt på dagen för att komma igång?

# Primärvårdens nyckelroll att tidigt upptäcka alkoholproblem

– Primärvården har en nyckelroll att fånga upp potentiella alkoholmissbrukare. Redan genom att ta upp alkoholmissbruket som en tänkbar differentialdiagnos påverkar allmänläkaren patienten i rätt riktning, säger Mårten Söderberg, överläkare, SÖS och informationsläkare Stockholms läns läkemedelskommitté.

Av David Finer. Foto: Ulf Hinds

Som överläkare, verksamhetsområde internmedicin, Södersjukhuset ser Mårten Söderberg dagligen på akutmottagning och akutvårdsavdelning hela vidden av alkoholrelaterad morbiditet hos vuxna patienter.

## Förlorar kontakten

Många svårare fall kan förebyggas genom tidig intervention. Men vården ser bara toppen på ett isberg och förlorar i vissa fall kontakten med patienten.

– Det är ett patientstyrt system med brister. Patienter som utremitterats från den slutna vården och ska gå på kontroller i primärvården på eget ansvar tappas lätt bort, säger Mårten Söderberg.

I andra fall är personerna redan kända. Men förnekelse tillhör sjukdomsbilden, och många döljer problemet länge. Till slut hamnar de kanske på sjukhus med delirium. De flesta alkoholrelaterade skador orsakas av riskfylld kon-

sumention, inte bara svårt beroende. Problemet är stort i termer av sjuk- och dödlighet, lidande och ekonomiska resurser.

## Skadar alla organsystem

Alkohol skadar i princip alla organsystem i kroppen och ger dessutom omfattande sociala skador, som drabbar missbrukarens familj. Därtill kommer traumatiska skador, till följd av misshandel eller olyckor.

En lång rad sjukdomar/besvär eller riskfaktorer kan utlösas eller försämrats av alkoholmissbruk, exempelvis mag-tarm-, lever- och hjärt-kärlsjukdomar,

” För primärvården handlar det om ett motivationsarbete, att tidigt försöka få patienten att erkänna problemet, när man diskuterar andra diagnoser.

pankreatit, smärtor, hyperglykemi, hypertoni, bukfetma, diabetes, KOL (via rökning), reflux, dyspepsi, sömnstörning, trötthet, depression, ångest, neurologiska symtom, hjärnskador, delirium, epileptiska kramper, polyneuropati och neuropsykiatriska komplikationer som Wernicke-Korsakoffs sjukdom.

Djurförsök visar också ett samband tobak-alkohol. Nikotin tycks öka belöningssystemets känslighet för alkohol.

## Att föra ämnet på tal

Primärvården kan identifiera individerna som löper störst risk och erbjuda alkoholrådgivning. Behandlingen ryms inom tidsramen för en standardkonsultation. Hur ska läkaren föra alkohol på tal? Ämnet är känsligt.

Mårten Söderberg ger några tips. Ett samtal kan inledas: ”Alkoholförtäring kan påverka många organ och utlösa eller försämrade symtom. Därför är det viktigt att vi pratar om det i ditt fall, eftersom dina prover visar att...”.

– För primärvården handlar det om ett motivationsarbete, att tidigt försöka få patienten att erkänna problemet, när man diskuterar andra diagnoser. Genom att använda ett strukturerat instrument som AUDIT har allmänläkaren lättare för att kunna ta upp frågan och erbjuda vård. Många vill ju ha hjälp men har svårt att initiera en vårdkontakt. Alkoholmissbruk är ett allvarligt problem, och många komplikationer är i grunden onödiga, säger Mårten Söderberg.

■ **Läs mer** om alkoholrådgivning i primärvården på <http://korta.nu/sbualkprim>



”Utifrån dina provsvar är det viktigt att vi pratar om alkoholförtäring i ditt fall”. Denna formulering är ett exempel på hur man som läkare kan ta upp ämnet med patienten, säger Mårten Söderberg.

# Läkemedelsberoende dolt problem med god prognos

– Läkaren bör informera patienten om att beroende eventuellt kan uppstå vid användning av hypnotika, sedativa och analgetika, säger överläkare Britt Vikander, en av grundarna bakom den specialiserade TUB-enheten vid Beroendecentrum i Stockholm.

Av David Finer. Foto: Ulf Hinds



Britt Vikander

TUB (Terapi Utvärdering Beroende-framkallande läkemedel)-enheten startade 1985 som ett projekt, men är idag sedan länge etablerad och har fått flera efterföljare. Britt Vikander har inte tröttnat på att bekämpa problemet.

– Många kanske tycker att det redan skrivits och pratats mycket om problemet läkemedelsberoende, men det kommer hela tiden nya generationer, och uppdraget att upplysa och förebygga tar aldrig slut, säger hon.

## Dolt problem

Läkemedelsberoende är fortfarande ett dolt problem. Det beror dels på okunskap och bristande tidig upptäckt, dels på att vissa av dessa läkemedel redan i terapeutisk dos kan ge beroende.

Aktuella läkemedel för missbruk och beroende är sedativa, hypnotika (däribland särskilt bensodiazepinerna) och opiatanalgetika. Blandmissbruk är vanligt mellan dessa och narkotika, androgena steroider och alkohol. Nytt är ett större fokus på värktabletter, som kan ge opiatliknande abstinensbesvär.

Prognosen vid läkemedelsberoende har förbättrats genom en integrerad behandling med långsam, individuellt anpassade nedtrappning, psykosocialt stöd och hjälp till rehabilitering. Patienten kan behöva stöd upp till ett år eller längre efter att beroendet brutits.

## Att känna igen beroende

Hur ska vårdgivaren känna igen ett begynnande beroende? Effekten av medicinen på symtomen blir svagare eller kortvarigare, och utsättningssymtom uppträder, när medicinen minskas eller avslutas.

– En varningssignal är om man använt medlen regelbun-

det längre än 4–6 veckor, då finns risk för beroende, säger Britt Vikander.

Risken för tillvänjning efter behandling med bensodiazepiner tycks öka med långa behandlingstider och hög dosering, och för opiatläkemedel med kort halveringstid och snabbt anslag. Britt Vikander menar att svenska läkare är duktiga på att känna igen bensodiazepinmissbruk och försöker vara restriktiva.

– Det finns en missuppfattning om att alla missbrukare manipulerar och ljuger. Men jag anser att man ska tro gott om patienterna. Det viktigaste är att förmedla hopp, att det finns kvalificerad hjälp att få inom primärvården och mottagningarna inom Beroendecentrum, Stockholm.

■ **Läs mer:** Stockholms läns landsting. Regionalt Vårdprogram. Läkemedelsberoende. Lugnande mediciner, sömnmedel och smärtstillande läkemedel 2004. <http://korta.nu/362yo>



## Råd om läkemedelsberoende

Några råd i situationer där läkare och patient är överens om att läkemedlet blivit eller kan komma att bli ett problem:

- Andra behandlingstrategier ska ha prövats.
- Lär känna patientens problem innan förskrivningen.
- Behandla endast kliniskt betydelsefulla symtom.
- Korttidsbehandla om möjligt.
- Bensodiazepiner och starka opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta bör vara andrahandspreparat.
- Beakta tidigare beroende/missbruk som kontraindikation eller ett observandum.
- Använd gärna intermitterande dosering.
- Beakta och utvärdera beroendeeaspekten kontinuerligt.
- Ordinerande läkare har behandlingsansvaret.

# Bäst evidens för kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal vid spelberoende

**Omkring 5000 personer i Stockholm har behandlingskrävande spelproblem. Behandling mot spelberoende ingår numera i Beroendecentrum Stockholms ordinarie verksamhet. Bäst dokumenterade är behandlingsmetoderna kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI). Det visar en aktuell fokusrapport.**

Av Christina Walldin, processledare, Avd Stöd för evidensbaserad medicin, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen



Problem i samband med spel om pengar påverkar både enskilda människor och samhället i stort. Att tappa kontrollen om spelandet får ofta negativa ekonomiska och sociala konsekvenser och kan leda till ohälsa och kriminalitet.

## Betydande komorbiditet

Omkring två procent av svenska folket i åldersgruppen 16–84 år har problem orsakade av spel om pengar enligt en aktuell fokusrapport. Studier visar en betydande komorbiditet, att personer med spelproblem ofta har andra problem, till exempel depression, ångestsjukdomar, adhd/bristande impulskontroll och alkoholproblem. På senare år har den biomedicinska synen på spelproblem vunnit mark, då neurobiologisk forskning om människans belönings-system kunnat visa på likheter mellan beroende av narkotika eller alkohol och spelproblem.

Den ”beroendeframkallande” effekten vid spel om pengar kan till stor del förklaras av spelandets snabba känslomässiga effekter, spänningen när man plötsligt vinner eller upplevelsen av att ”nästan vinna”. Negativa känslor av nedstämdhet, stress eller upprördhet kan trängas undan. Spelproblem börjar ofta med att en person använder spel för att koppla av från kraftig stress eller tränga undan obehagliga känslor och tankar i samband med livskriser. Ett spelberoende person beskriver det så här:

*”Spelet blev mitt liv, det var det enda som existerade. Det var en evig jakt efter pengar att spela för. Jag försökte köpa mig fri från mina negativa känslor. Så länge jag hade pengar var det en otrolig känsla att spela. Jag hade flyt! Jag var som kung i baren – fast det var vid spelautomaterna i stället. Men sen, när jag hade spelat bort allt, då kände jag ångest, hade inte ens råd att köpa ett paket mjölk.”*

## Hamnar i en ond cirkel

Spelaren hamnar i en ond cirkel. Man fortsätter att spela, alltså ”att jaga förluster”, för att försöka vinna tillbaka det man förlorat. En rad föreställningar kan ha betydelse som att man kan kontrollera utfallet trots att spelet styrs av slumpen, att tur är en egenskap hos en person eller att ett tidigare utfall kan påverka ett framtida utfall.

En rad olika behandlingsinsatser har prövats mot spelproblem. Bäst vetenskapligt stöd finns för kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI). Forskningsresultat pekar även mot att enkla och korta insatser, exempelvis information och enkla råd, kan vara effektiva.

Hittills har vård och utveckling av vårdformer för spelberoende bedrivits i projektform, med eller utan stöd av statliga medel. Nyligen beslöts att behandling av spelberoende i Stockholms läns landsting skulle vara ett nytt ordinarie uppdrag för Beroendecentrum Stockholm.

**”** Forskningsresultat pekar även mot att enkla och korta insatser, exempelvis information och enkla råd, kan vara effektiva.



Christina Walldin



## ESBLCarba-resistens måste spåras och anmälas

Sedan 15 mars ska läkare spåra och anmäla när de upptäcker tarmbakterier med resistensmekanismen ESBLCarba. Bra beslut, anser biträdande smittskyddsläkare Helena Hervius Askling.

Karbapenemer har varit sista linjens bredspektrumantibiotika mot multiresistenta bakterier med ESBL-enzym. ESBLCarba-enzym bryter dock även ned karbapenemer. Då återstår oftast få eller inga behandlingsalternativ.

Smittan sprids snabbt över världen. Totalt har 37 fall av ESBLCarba rapporterats till Smittskyddsinstitutet, varav tre i Stockholm. Det rör sig nästan helt om importfall. Det finns dock inga konstaterade utbrott av ESBLCarba i Sverige ännu.

Enligt smittskyddslagen och de ändrade föreskrifterna från Socialstyrelsen är läkare skyldiga att göra dels en klinisk anmälan till landstingets smittskyddsläkare och Smittskyddsinstitutet, dels ordna med smittspårning.

– Vi välkomnar myndigheternas snabba beslut. Det är viktigt att de mer beskedliga ESBL-fallen skiljs från ESBLCarba, som är ett allvarligt hot att få in i sjukvården, särskilt för multisjuka patienter med flera riskfaktorer, säger biträdande smittskyddsläkare Helena Hervius Askling.

DAVID FINER

## Lyrice kvar i högkostnads-skyddet med begränsning

Från den 1 april 2012 är subventionen för Lyrice (pregabalin) begränsad vid neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom. Vid epilepsi kvarstår subventionen utan begränsning. Lyrice är godkänt endast på dessa indikationer.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bedömer att Lyrice inte är ett kostnadseffektivt förstahandsalternativ vid behandling av neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom.

Vid neuropatisk smärta ska Lyrice bara ges med subvention till de patienter som inte nått behandlingsmålet med vare sig ett tricykliskt antidepressivt läkemedel eller gabapentin.

Vid generaliserat ångestsyndrom ska Lyrice endast ges med subvention till de patienter som inte nått behandlings-

målet med antingen SSRI eller SNRI, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl, till exempel på grund av kontraindikationer.

”Lyrice används i dag av många patienter som inte tidigare har prövat andra mer kostnadseffektiva alternativ. I dessa fall bör förskrivaren överväga att ställa över patienterna till sådana alternativ”, kommenterar TLV sitt beslut.

Vid epilepsi bedömer TLV att användningen av Lyrice är kostnadseffektiv och därför ska subventioneras utan begränsning.

JENNY STENBACKA

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/tjwqg>

## Läkemedelsverkets linje för Lucentis och Avastin

Lucentis har visat en adekvat effekt- och säkerhetsprofil. Men för off-labelanvändning av Avastin för ögonbruk är kunskapsläget inte tillfredsställande, uttalar Läkemedelsverket.

Lucentis (ranibizumab) är godkänt för intravitreal injektion vid neovaskulär åldersrelaterad makuladegeneration (AMD) samt för nedsatt syn på grund av diabetiska makulaödem respektive makulaödem till följd av retinala venoklusioner. För dessa ögonsjukdomar har en adekvat effekt- och säkerhetsprofil visats. Produkten levereras också i en ändamålsenlig formulering.

### Kunskapsläget sämre för Avastin

Vad gäller användning av Avastin (bevacizumab) för ögonbruk är kunskapsläget vad gäller effekt och säkerhet långt ifrån tillfredsställande. Tillgängliga säkerhetsdata är bristfälliga men tyder på en ökad risk för ögoninflammationer och möjligen också vissa systemiska biverkningar. Därför förordar Läkemedelsverket användning av Lucentis.

Generellt anser Läkemedelsverket att en omfattande användning av icke godkända läkemedel ska ske inom ramen för kliniska prövningar eller annan form av strukturerad uppföljning och påminner om vikten av att biverkningar rapporteras.

DAVID FINER

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/ql9k1>

### Förbättringspotential för äldres läkemedelsanvändning i länet

**För utvalda indikatorer på olämplig användning av läkemedel bland äldre ligger Stockholms län kring riksgenomsnittet, men det finns stor variation och potential till förbättring.**

Av Björn Wettermark, docent, apotekare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Nyligen träffade staten en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting SKL om insatser för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I satsningen ingår bland annat en ersättning på 325 miljoner kronor att fördela till de län som minskar sina värden med minst 10 procent på tre indikatorer på olämplig läkemedelsanvändning hos äldre (se figur). Om en ersättning faller ut skall den delas mellan landstinget och kommunerna.

Brister i läkemedelsanvändningen bland äldre har diskuterats i flera år. Studier har visat både på över- och underanvändning men också förekomst av läkemedelsrelaterade problem som interaktioner, biverkningar, dålig följsamhet och dubbelmedicinering. För de utvalda indikatorerna på olämplig användning publicerades nyligen en första mätning av utgångsläget inför satsningen (se figur). Stockholms län ligger kring riksgenomsnittet, men variationen är stor

mellan olika kommuner och särskilda boenden (SÄBO) med potential till förbättring.

#### Andel olämpliga läkemedel 65 år och äldre

Bland olämpliga läkemedel ingår långverkande bensodiazepiner (diazepam, nitrazepam & flunitrazepam), läkemedel med betydande antikolinerga effekter (urologiska spasmolytika såsom Detrusitol och Vesicare, tricykliska antidepressiva såsom Tryptizol, antihistaminer som Atarax, Theralen och Lergigan), tramadol och propiomazin (Propavan).

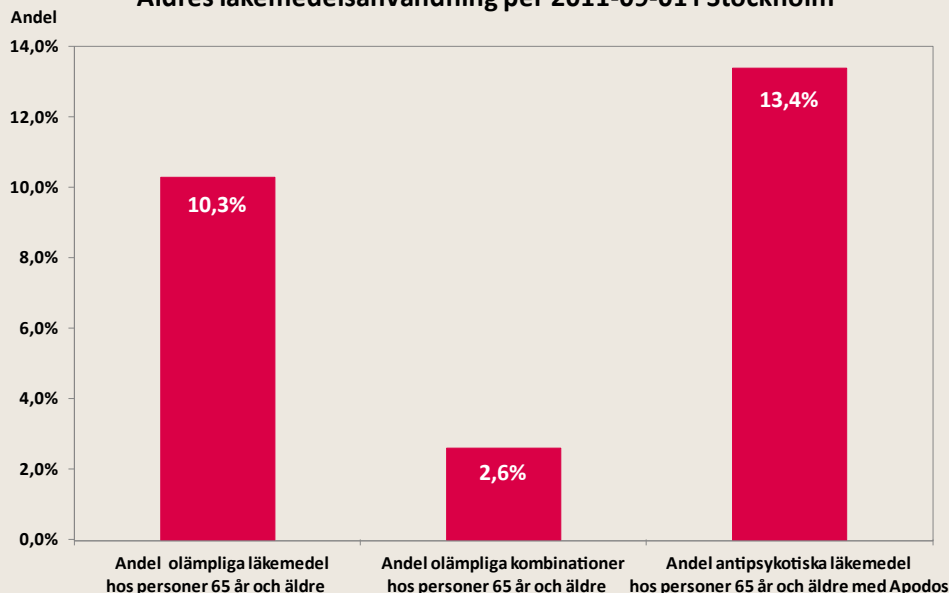
Under den senaste tioårsperioden har förskrivningen i länet av långverkande bensodiazepiner minskat med två tredjedelar. Även användningen av tramadol och propiomazin har minskat något på senare år. För de antikolinerga läkemedlen har utvecklingen dock gått åt motsatt håll, och användningen har nästan dubblats de senaste tio åren. Det förklaras främst av inkontinensmedlen tolterodin och solifenacin.

#### Andel olämpliga kombinationer 65 år och äldre

Förekomsten av olämpliga kombinationer (D-interaktioner) är svår att mäta i den vanliga tillgängliga statistiken. I den nationella mätningen, som ligger till grund för ersätt-

Figur

Äldres läkemedelsanvändning per 2011-09-01 i Stockholm



ningen, analyseras mängden läkemedel de äldre köper ut för att bedöma vilka kombinationer de teoretiskt utsätts för vid en viss tidpunkt. Vanligaste kombinationerna i tidigare studier har visats vara lågdos acetylsalicylsyra (Trombyl) tillsammans med NSAID och/eller warfarin (ökad blödningsrisk).

Andra vanligt förekommande interaktioner är kombinationen av kaliumsparande diuretikum och kalium (risk för hyperkalemi) samt kombinationen av doxycyklin och kalcium. För denna indikator är utmaningarna extra stora i Stockholm med det stora antalet inblandade förskrivare i patientens läkemedelslista.

En studie som genomfördes häromåret visade att fler än hälften av alla interaktioner vid en vårdcentral uppkommer då vårdcentralens recept kombineras med recept utfärdade av andra vårdgivare. Det visar på vikten att ta reda på patientens hela läkemedelslista!

### Andel antipsykotika 65 år och äldre

Användningen av antipsykotiska läkemedel har varit omdiskuterad i flera år. Läkemedlen kan hos äldre frambringa en rad biverkningar såsom extrapyramidala symtom, kognitiva störningar, sedation och ortostatism och ska därför endast användas vid svårare psykiska tillstånd till äldre. Förskrivningen har minskat något på senare år, men 2011 köpte fortfarande 4 procent av alla äldre över 75 år i länet ut antipsykotiska läkemedel. Användningen är särskilt hög på SÄBO, där studier från andra län visat att uppemot var fjärde äldre behandlas med antipsykotiska läkemedel. Det saknas en samlad bild över läkemedelsanvändningen vid länets cirka 400 SÄBO. Det förklaras delvis av olika läkemedelsförsörjning. Vissa använder dosförpackade läkemedel, medan andra rekvirerar till förråd för manuell dispensering, vilket leder till att statistikuppgifterna inte kan följas upp mot patientens ålder. Det sker även vanlig receptförskrivning till dessa äldre patienter. En djupanalys pågår nu för att kartlägga användningen av antipsykotiska läkemedel på SÄBO.

### Uppföljningsmöjligheter i SLL

Övergripande statistik över hur alla landsting och kommuner ligger till på de olika indikatorerna publiceras med jämna mellanrum på SKL:s hemsida. Möjligheterna att följa upp förskrivningen utifrån ett verksamhetsperspektiv är mer begränsad då antalet patienter ibland är få och det är många förskrivare inblandade i patientens läkemedelsbehandling. Ett utvecklingsarbete pågår dock nu för att ta fram en bra återkoppling på förskrivningsmönstret till äldre att kunna användas i kvalitetsarbetet på vårdcentraler och särskilda boenden.

## Allmänläkare sänkte sin antibiotikaförskrivning

**Kunskap och självreflektion sänkte antibiotikaförskrivningen i primärvården med 4,2 procent under ett år. Utan någon ökning av sjukhusinläggningar eller allvarliga infektioner enligt en brittisk studie publicerad i British Medical Journal.**

Av David Finer

I studien, som genomfördes i Wales 2007–2008, ingick 68 vårdcentraler (med totalt 244 läkare och omkring 480 000 patienter). Vårdcentralerna randomiserades till två likstora grupper.

### Mångfacetterad intervention

Interventionsgruppen fick ta del av ett mångfacetterat utbildningsprogram med information om nya forskningsresultat, evidensbaserade riktlinjer och resistensläget samt tillfälle att reflektera över den egna vårdcentralens förskrivning. Kommunikationsträning och interaktiva övningar ingick också.

Resultatet blev att antibiotikaförskrivningen sjönk med 4,2 procent i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Sänkningar sågs för alla antibiotikaklasser utom isoxazolyl-penicilliner, men var störst och signifikant för både penicillin V och makrolider.

”

*Interventionsgruppen fick ta del av ett mångfacetterat utbildningsprogram med information om nya forskningsresultat, evidensbaserade riktlinjer och resistensläget.*

### Inga skillnader i vårdkonsumtion

Grupperna skilde sig inte signifikant åt vad gäller vårdkonsumtion, sjukhusinläggningar eller antal återbesök på vårdcentral inom sju dagar för luftvägsinfektioner. Interventionen innebar ingen kortsiktig ekonomisk vinst, men den minskade antibiotikaförskrivningen.

■ Läs mer på <http://korta.nu/nsa6w>

# Ingen effekt av antibiotika vid okomplicerad rinosinuit

**Ingen skillnad mellan amoxicillin och placebo vid värk över bihålor och purulent snuva efter 3, 10 och 28 dagars behandling men en liten skillnad efter 7 dagar. Det var resultatet av en randomiserad studie publicerad i JAMA. Studien stöder Läkemedelsverkets och Stramas rekommendationer om att avvakta med antibiotika i minst 10 dagar vid rinosinuitsymtom.**

Av Christer Norman, allmänläkare, Anna Granath, öron-, näsa- och halsläkare, Expertrådet för infektionssjukdomar



Studien genomfördes i amerikansk primärvård och omfattade 166 i övrigt väsentligen friska patienter mellan 18–70 år (medelålder 32 år). Inklusionskriterierna var smärta över bihålor och purulent snuva i 7–28 dagar (medelvärde 11 dagar) utan tecken till spontan förbättring. Tre av fyra (74 procent) angav att de haft sinuit tidigare.

### Symtom i 11 dagar vid inklusion

Gruppen randomiserades till amoxicillin 500 mg x 3 i 10 dagar eller motsvarande placebobehandling. Utfallet var blindat för både patienterna och undersökarna. Båda grupperna fick använda symtomlindrande receptfria medel utan begränsningar.

Det primära effektmåttet var utläkning dag 3, men besvär dag 7 och 10 utvärderades också noggrant. Utläkningen mättes med ett validerat formulär (Sinonasal outcome test, SNOT-16) för utvärdering av 16 olika sinuitsymtom som ansiktssmärta, huvudvärk, tjock snuva, nysningar och trötthet. Symtomen graderades från 0 (inga besvär) till 3 (svåra besvär). Då studien startade hade sinuitbesvären pågått i 11 dagar, sjukfrånvaro från arbete var 1,1–1,7 dagar och genomsnittlig besvärnivå var 1,7 på den 0–3-gradiga symtomskalan.

### Signifikant skillnad bara dag 7

Dag 3 hade besvärnivån minskat till 1,12 (amoxicillin-grupp) respektive 1,14 (kontrollgrupp), dag 7 var motsvarande siffror 0,65 respektive 0,84, vilket var en statistisk

säkerställd skillnad. Dag 10 hade skillnaden försvunnit, och besvärnivån var 0,48 resp. 0,49. Övriga effektmått framgår av nedanstående tabell.

### Stödjer rekommendationer

De flesta tidigare studier på kliniskt diagnostiserad rinosinuit visar ingen eller marginell effekt av antibiotika. Studier där man krävt kliniskt och radiologiskt diagnostiserad rinosinuit har däremot ofta visat att antibiotika medför några dagar kortare utläkningstid. En nyligen publicerad observationell multicenterstudie inom svensk primärvård av Stjärne och medarbetare stödjer både att antibiotikaanvändningen verkar minska vid sinuit, och att effekten av antibiotika är mycket liten hos dessa patienter. Sammanfattningsvis: effekten av antibiotika vid okomplicerad rinosinuit är marginell, och nya studier stödjer aktuella rekommendationer från Läkemedelsverket och Strama.

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/sgtgv> och <http://korta.nu/le5l>

	Amoxicillingrupp (n=85)	Kontrollgrupp (n=81)
Påtagligt förbättrade dag 3	37 %	34 %
<b>Påtagligt förbättrade dag 7</b>	<b>74 % *</b>	<b>56 % *</b>
Påtagligt förbättrade dag 10	78 %	80 %
Återfall inom 28 dagar	6 %	2 %
Nöjd med behandlingen	53 %	41 %
Rapporterat biverkningar	16 %	14 %

(\* = statistiskt säkerställd skillnad)

# Metaanalys visar att varannan läkemedelsbiverkan går att undvika

**Omkring hälften av alla läkemedelsbiverkningar är undvikbara enligt en metaanalys med omkring 72 000 patienter av Katja M. Hakkarainen vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg och medarbetare (1).**

Av David Finer

Studien omfattar 16 öppenvårds- (24 128 patienter) och 8 slutenvårdsstudier (48 797 patienter) av läkemedelsbiverkningar. Bland vuxna öppenvårdspatienter, i samband med besök på akuten eller i början av sjukhusinläggning, var 52 procent av de biverkningar förebyggbara, medan 45 procent av biverkningar bland slutenvårdspatienter var undvikbara. På patientnivå däremot (en patient kan ju ha flera biverkningar) var det 2 procent av öppenvårdspatienterna som hade undvikbara biverkningar. Hur stor andel av slutenvårdspatienter som har förebyggbara biverkningar kunde inte fastläggas i studien.

Av studierna var 9 europeiska, 2 från Australien, 4 från Nordamerika och 1 från Indien. Fjorton var prospektiva, en retrospektiv, och en var en tvärsnittsstudie. Alla utom

en utgick från patientjournaler som informationskällor kombinerat med biverkningsrapporter eller intervjuer med patienter och anhöriga.

Metaanalysen visar också på bristen av evidens om förebyggbara biverkningar. Inga studier inom primärvården kunde identifieras. På grund av den mänskliga faktorn kommer läkemedelsfel aldrig att helt kunna undvikas, skriver författarna, men de går att minska med hjälp av effektiva interventionsstrategier och säkerhetsåtgärder inom vården på systemnivå.

Referenser:

1. Hakkarainen KM, Hedna K, Petzold M, Hägg S. Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions - a meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(3):e33236. Epub 2012 Mar 15.

## Kommentar av professor Ulf Bergman, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset:

Resultaten överensstämmer med vad vi kan förvänta oss även i Stockholm, där flera genomgångar av läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus (1, 2) visat att farmakologiska biverkningar (Typ A), alltså med känd effekt och potentiellt förebyggbara, helt dominerar.

I den senaste studien från Stockholm utgjorde dessa farmakologiska biverkningar 96 procent (2). Yrsel, fall och svimning på grund av lågt blodtryck, blödningsanemi, förvirring och hallucinationer tillhörde de vanligaste symptomen och hjärt-kärlmedel, antikoagulantia och analgetika var de vanligaste läkemedlen.

Meta-analysen är en utmärkt genomgång av de 24 publicerade studierna, som därmed lyfter fram det vetenskapliga underlaget för att förebygga läkemedelsrelaterade problem, vilka av Läkemedelsverket uppskattats kosta årligen 10 miljarder kronor. Ingen av de ingående studierna är från Sverige, vilket gör att vi saknar svenskt vetenskapligt underlag, där också biverkningsproblematiken/läkemedels-

relaterade problem vägts in, för att bedriva evidensbaserad läkemedelsbehandling. De förebyggbara biverkningarnas omfattning torde vara en bra indikator på hur väl vi lyckas med läkemedelsterapin.

Dessvärre har satsningarna på förebyggande åtgärder såsom beslutsstöd låtit vänta på sig och de låga resurserna till forskning om läkemedels effekter i klinisk vardag står inte i proportion till kostnaderna för de läkemedelsrelaterade problemen (3).

Referenser:

1. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. (2005). Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Stockholms läns landsting. 1-49
2. Odar-Cederlöf I, Tesfa Y, Oskarsson P, Öhlén G, Bergendal A, Helldén A, Bergman U. Biverkningar av vanliga läkemedel orsakar inläggningar på medicinsk akutvårdsavdelning! *Läkartidningen* 2008;105: 890-893
3. Bergman U. Patientsäkerhet och läkemedel – satsa på beslutsstöd. *Medicinsk Kommentar*. *Läkartidningen* 2011;108:263-4.

# Kostnader för läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar och ADHD steg kraftigt 2011

**Under 2011 fortsatte kostnaderna för läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar, ADHD, astma / KOL och onkologiska medel att stiga kraftigt i Stockholms län. Ökningstakten bromsades emellertid upp av bland annat fler generiskt tillgängliga läkemedel, och fortsatt priskonkurrens mellan generiska läkemedel. Sammantaget steg läkemedelskostnaderna i Stockholms län under 2011 med 2,7 procent.**

Av Sten Ronge, apotekare

Liksom tidigare år steg läkemedelskostnaderna kraftigt för läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar inkluderande TNF-alfahämmare, Figur 1. Ökningstakten var dock två procentenheter mindre än under 2010. Det kan bland annat förklaras av att antalet nyttillkomna patienter som behandlades med TNF-alfahämmare föreföll avta. Onkologiska medel fortsatte att stiga men ökningen var lägre än 2010. Det kan förklaras av att flera stora läkemedel som trastuzumab nått sin patientpopulation, men även att bland annat docetaxel och aromatashämmaren anastrozol blivit tillgängliga generiskt och till väsentligt lägre priser än för ursprungliga varumärken.

Läkemedel mot astma och KOL ökade i totalbelopp med fem procent. Behandling med fast kombination av långverkande beta-2-stimulerare och inhalationssteroid, ökade. Ökningen gällde särskilt äldre, vilka oftare än yngre patienter behandlas mot KOL.

Ökningen för den psykiatriska läkemedelsgruppen med ATC-grupp No6, Figur 1, förklaras till största delen av ökad förskrivning av läkemedel mot ADHD, särskilt till barn och ungdom, men också förskrivningen till vuxna har stigit. Således tillhör metylfenidat (Concerta) de enskilda läkemedel

som ökade mest under 2011. Antalet individer 0–19 år som fick medlet på minst ett recept under året ökade med 23 procent jämfört med föregående år, från 1,1 till 1,4 procent av befolkningsgruppen.

Även gruppen neuroleptika och sömnmedel (No5), steg i kostnad under året, medan antalet konsumerande invånare var närmast oförändrat. Det berodde främst på ökande användning av nyare neuroleptika som quetiapin (Seroquel) och aripiprazol (Abilify). Antalet användare av dessa medel steg med omkring 15 procent. Zopiklon steg i volym med 5 procent och med 2 procent i antal användare. Konsumtionen ökade främst hos medelålders. Däremot minskade antalet användare av zolpidem med 2 procent.

## ■ Läs mer:

Janusinfo.se 2012-02-23. Uppbromsad ökning av läkemedelskostnader 2011 (rapport).

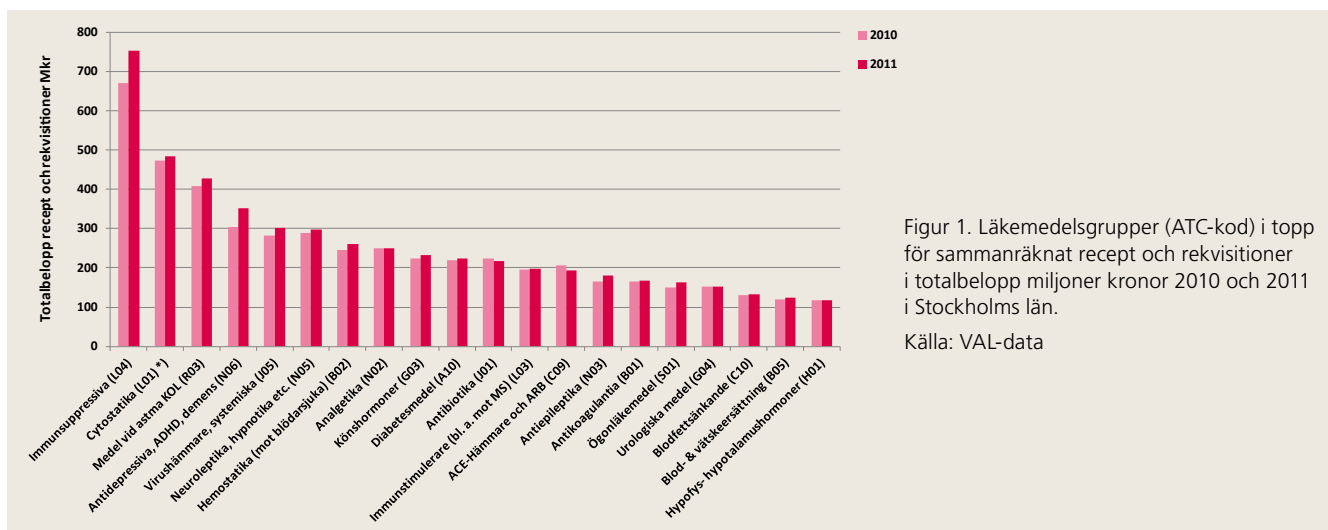
<http://korta.nu/ro6wq>

Socialstyrelsen. Läkemedelsstatistik (webb sida).

<http://korta.nu/ve9ko>

God vård till alla 2011, HSF/SLL 2012:40-6.

<http://korta.nu/9hogz>



Figur 1. Läkemedelsgrupper (ATC-kod) i topp för sammanräknat recept och rekvisitioner i totalbelopp miljoner kronor 2010 och 2011 i Stockholms län.

Källa: VAL-data

# Nya insikter om interaktioner mellan födoämnen och warfarin

**Trots att warfarin länge använts kliniskt, upptäcks fortfarande nya interaktioner av såväl farmakodynamisk som farmakokinetisk art.**

Av Eva Vikström Jonsson, docent, bitr. överläkare

Warfarinets antikoagulativa effekt utövas genom blockering av enzymer i K-vitamincykeln, vilket i sin tur medför färre aktiva K-vitaminberoende koagulationsfaktorer. De farmakodynamiska interaktionerna kan innebära ökad blödningsrisk. Observera att detta inte behöver manifesteras i förändringar av PK (INR); ökad blödningsrisk kan också uppstå genom exempelvis påverkad trombocytfunktion.

## Undvik föråldrade kostråd

Under de senaste åren har synen på warfarinbehandlade patienters kost förändrats, och numera avråds de inte från att konsumera exempelvis gröna grönsaker. K-vitaminbrist kan påverka flera fysiologiska processer, och äldre har ofta ett lågt intag av vitamin K1. Ett alltför lågt K-vitaminintag kan medföra att den warfarindos som behövs för att få ett PK (INR) inom rätt område blir låg och svårinställd, medan ett jämnt och högt K-vitaminintag kan balanseras av högre warfarindoser. Normala variationer i intaget av K-vitamininnehållande livsmedel uppges normalt inte påverka effekten av warfarin.

Det har diskuterats att probiotika skulle kunna förändra känsligheten för warfarin genom att förändra produktionen av vitamin K i tarmen. Receptfria multivitamintillskott med K-vitamin kan påverka effekten av warfarin.

Vid insättning kan warfarindosen behöva höjas och vid utsättning minskas.

## Juice och te kan påverka

Flera livsmedel, som blivit populära på grund av påstådda positiva hälsoeffekter, har också misstänkts interagera med warfarin. Forskningsresultaten kring eventuella interaktioner mellan tranbärsjuice och warfarin är inte entydiga. Möjligen kan hög konsumtion av tranbärsjuice hämma metabolismen av warfarin i levern, med ökad blödningsrisk som följd. Enligt Warans produktresumé har dödsfall på



FOTO: HEMERA

grund av inre blödningar rapporterats efter samtidigt intag av warfarin och okänd mängd tranbärsjuice.

Granatäppeljuice kan hämma trombocyttaggregering, vilket kan öka blödningsrisken. I in vitro-studier har granatäppeljuice visats kunna hämma CYP2C9, det enzym som är viktigast för warfarinmetabolismen. Fallrapporter förekommer om PK (INR)-förändringar och/eller blödning i anslutning till warfarinbehandling och förtäring av granatäppeljuice. Stora variationer i intaget av granatäppeljuice bör därför undvikas.

Grönt te har uppgivits kunna innehålla signifikanta mängder K-vitamin och förändringar i mängden konsumerat grönt te kan påverka PK (INR) hos warfarinbehandlade patienter.

## Patientkommunikation avgörande

Det är viktigt att informera patienterna om att diskutera även receptfria läkemedel, "naturläkemedel" och kosttillskott med behandlaren, för att warfarinbehandlingen ska bli så säker som möjligt.

Databasen Sfinx på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se) uppdateras kontinuerligt med information om interaktioner. Där går det att läsa mer om interaktioner med warfarin.

# Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



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

## APRIL

**27** fredag kl 9.00 – 16.00  
Endokrint Forum Stockholm vårmöte 2012  
**Neuroendokrina tumörer**  
Plats: Lundqvist & Lindqvist konferens,  
Klarabergsviadukten 90  
Målgrupp: Läkare

**27** fredag, kl 11.45 – 13.00  
Update om läkemedel på Södersjukhuset  
**“Biologiska läkemedel och reumatoid arthrit”  
de nya supermedicinerna**  
Plats: Södersjukhuset, Restaurang Rackarbackens  
konferensrum Stora Blå  
Målgrupp: Läkare

**27** fredag, kl 13.30 – 16.30  
Efterutbildning för allmänläkarna i sydvästra Stockholm  
**Akut internmedicin/HIV**  
Plats: Huddinge Konferenscenter, Patron Pehrs Väg 3  
Målgrupp: Allmänläkare i sydvästra Stockholm

## MAJ

**3** torsdag, kl 14.30 – 18.30  
**Nätverk för AK-sjuksköterskor**  
Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**4** fredag, kl 11.45 – 13.00  
Update om läkemedel på Södersjukhuset  
**Bästa omhändertagande av “ont i magen”**  
Plats: Södersjukhuset, Restaurang Rackarbackens  
konferensrum Stora Blå  
Målgrupp: Läkare

**9** onsdag, kl 13.30 – 16.30  
Fokus äldre – Update geriatrik sjuksköterska:  
**Äldre och läkemedel – något att fråga om!**  
Plats: Näringslivets hus, Storgatan 19  
Målgrupp: Sjuksköterskor

**9** onsdag, kl 13.30 – 16.00  
Fortbildning för specialister i allmänmedicin:  
**Migrän och huvudvärk**  
Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A  
Målgrupp: Allmänläkare

**14** måndag, kl 8.30 – 12.00  
**Klinisk försäkringsmedicin för ST-läkare våren 2012**  
OBS! 2 halvdagsseminarium, vg se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)  
Plats: Magnus Ladulåsgatan 63A  
Målgrupp: ST-läkare

**23** onsdag kl 12.30 – 16.30  
Fortbildning för allmänläkare i nordöstra Stockholm  
**Spirometri. Astma – KOL, diagnos och behandling med patientfall**  
Plats: Matsällskapet Catering & konferens/Sfären Solna  
Målgrupp: Allmänläkare

**24** torsdag, kl 13.30 – 15.30  
**Stroke – det finns akutbehandling**  
Plats: Capio geriatrik, Åstorpsringen 6, Enskededalen  
Målgrupp: Sjuksköterskor

**28** måndag, kl 17.15 – 19.30  
Måndagsseminarium:  
**Kranskärslsjukdomar och nya läkemedel**  
Plats: Stora Blå, Södersjukhusets personalmatsal  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**28** måndag, kl 17.00 – 19.30  
**Nya och gamla antikoagulantia vid förmaksflimmer**  
Plats: Haga Forum  
Målgrupp: Läkare

**30** onsdag kl 12.00 – 13.00  
Update om medicin och läkemedel på Danderyds sjukhus  
**Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit – början på slutet?**  
Plats: Danderyds sjukhus, Bofinken  
Målgrupp: Läkare