



Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
OCH MEDICINSKT KUNSKAPSCENTRUM

TEMA

Ansiktsdermatoser

– klinik och behandling



Dextropropoxifen dras in i hela EU

■ AKTUELLT · SID 2-3

Ansiktsdermatoser – klinik och behandling

■ TEMA: HUDSJUKDOMAR · SID 4-7

Nya behandlingsriktlinjer vid migrän

■ NYA RIKTLINJER · SID 8-9

Flutide ersätter Pulmicort på Kloka Listan

■ AKTUELLA BESLUT · SID 11

Kampanjer ska göra konsumenter klokare

■ INTERNATIONELLT · SID 12

Statiner bör inte förskrivas primärpreventivt till patienter med låg risk

■ NYA STUDIER · SID 13

Antidepressiva förskrivs olika inom SLL

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR · SID 14

”Blotta misstanken nog för att rapportera”

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR · SID 15

Medicinska fortbildningar

■ KALENDARIUM · SID 16



Upphandlingen av HPV-vaccin JO-anmäls

■ ■ ■ Den kristdemokratiska riksdagsledamoten Caroline Szyber anmälde den 17 mars upphandlingen av HPV-vaccin till Justitieombudsmännen, JO.

– Rättsprocessen kring upphandlingen av vaccin för livmoderhalscancer har pågått i över ett år. Detta är inte acceptabelt och leder till allvarliga konsekvenser. Flickor går miste om vaccinet vilket gör att risken för att smittas av en allvarlig sjukdom är större. Dessutom innebär den utdragna processen stora kostnader både för det offentliga och för enskilda, säger Caroline Szyber.

Det är fortfarande oklart när vaccinationen kan komma i gång. I bästa fall torde vaccination kunna inledas i höst, alltså en försening på ett år. I värsta fall kan förseningen bli längre än så.

FREDRIK HED

- Läs artikel på sid 2 i Evidens nr 6, 2010
- Läs Caroline Szybers artikel på Newsmill: <http://korta.nu/jm5ct>

Kontrollera leverfunktionen hos patienter som står på Multaq

■ ■ ■ Flera fall av allvarliga leverskador har rapporterats hos patienter som behandlats med dronedaron (Multaq), en typ av antiarytmika som används vid förmaxflimmer. Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA ska analysera alla data om dronedarons effekter på leverfunktionen, liksom amerikanska FDA. Både EMA och svenska Läkemiddelsverket uppmanar läkare att kontrollera patienter som behandlas med dronedaron och avsluta behandlingen, om proverna skulle visa en påtaglig påverkan på leverfunktionen.

Expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar konstaterar i sin bedömning av dronedaron att läkemedlet är en viktig nyhet men att det bör förbehållas en begränsad grupp patienter.

DAVID FINER

Mer information

- EMA: <http://korta.nu/7enx3>
- Läkemiddelsverket: <http://korta.nu/zrxlw>
- Expertrådets rekommendation: <http://korta.nu/acmut>

EU lagstiftar om falska läkemedel

■ ■ ■ EU-parlamentet har föreslagit ministerrådet att anta en hårdare lag mot falska läkemedel. År 2009 stoppades omkring 11 miljoner förpackningar med förfalskade läkemedel vid EU:s gränser, och nätförsäljningen är ett stort problem. Medlemsstaterna ska åläggas att reglera näthandeln genom godkända internetapotek. Förpackningarna ska märkas tydligare och kunna spåras lättare.

Varje medlemsland ska ansvara för att vid behov varna allmänheten inom ett dygn efter att tecken på förfalskning upptäckts. De nya kraven ska också gälla läkemedel som produceras och marknadsförs av länder utanför EU. Direktiven ingår i det så kallade farmapaketet.

På förfrågan meddelar Ragnhild Johnsson, tf gruppchef på inspektionsenheten, Läkemiddelsverket att inga förfalskade läkemedel hittats på svenska apotek, och att patienter i Sverige kan lita på innehållet i de läkemedel som man köper/hämtar ut på godkända apotek.

DAVID FINER

Mer information

- EUROPA pressmeddelande 2011-02-16 <http://korta.nu/p8uv5>
- Europaparlamentet Antagna texter <http://korta.nu/p8kxg>

Nitromex slutar säljas

■ ■ ■ Försäljningen av Nitromex (glyceryltrinitrat) kommer att upphöra när nuvarande lager är slut. Det beräknas ske senast i maj 2011, för vissa förpackningsstorlekar troligen tidigare. Tillverkningen har upphört då tillverkaren gått i konkurs.

Glyceryltrinitrat används för anfallskupering vid kärlkramp. På Kloka Listan rekommenderas förutom Nitromex även sublingualsprayerna Glytrin och Nitrolingual vid denna indikation. Dessa innehåller också glyceryltrinitrat, där Glytrin erbjuder en fördel genom den bättre hållbarheten som förpackningen ger.

Läkemiddelsverket rekommenderar att patienter som behandlas med Nitromex ska kontakta sin läkare för att få recept på annat läkemedel. Några nya recept på Nitromex bör inte utfärdas.

DAVID FINER

Mer information

- Läkemiddelsverkets webbplats: <http://korta.nu/wju7r>

Dextropropoxifen dras in i hela EU

■ ■ ■ Efter att ha funnits tillgängligt i omkring 40 år får produkter med dextropropoxifen sedan mars 2011 inte längre säljas i Sverige. EU-kommissionen beslöt i februari 2010 om utfasning inom 15 månader i hela EU.

En EMA-utredning har påvisat en begränsad effekt vid smärta och att kombinationspreparaten med substansen inte är bättre än rena paracetamolprodukter. Dessutom kan även måttliga doser vara dödliga. Förskrivande läkare uppmanas att successivt föra över patienter som behandlas med dextropropoxifen till andra behandlingsalternativ. Nyinsättning av läkemedlen rekommenderas inte. Carl-Olav Stiller, docent, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för analgetika och reumatologiska sjukdomar:

– Lägsta dosen av långverkande morfin (Dolcontin) skulle också kunna vara ett alternativ till patienter, där man inte misstänker att det kan bli problem med missbruk. Att ersätta dextropropoxifen med tramadol eller kodein tycker vi inte är något bra alternativ. Vid behov av opoidanalgetika rekommenderas Citodon, alternativt Morfin i Kloka Listan.

DAVID FINER

Mer information

- EU: <http://korta.nu/s9ols>
- Läkemedelsverket: <http://korta.nu/buk4i>

”Förskrivande läkare uppmanas att successivt föra över patienter som behandlas med dextropropoxifen till andra behandlingsalternativ. Nyinsättning av läkemedlen rekommenderas inte ”

Under 2011 prioriterar Läke- medelskommittén fortsatt en klok förskrivning och användning av läkemedel som en del i arbetet för bättre patientsäkerhet. Särskilt fokus har vi på antibiotikaanvändningen, där vi genom fortbildning och på andra sätt vill hjälpa förskrivare att välja rätt antibiotika när det är indicerat.



Stockholms län är på rätt väg. Men vi måste göra mycket mer. Antibiotikaförskrivningen i Stockholms län ligger fortfarande högst i landet med drygt 400 recept per 1 000 invånare och år. Våra informationsläkare och informationsapotekare är tillgängliga som ett stöd för dig som vill diskutera antibiotikaförskrivningen inom din verksamhet.

Resistensproblematiken är ett globalt hot som kräver omedelbar handling. Tillsammans med Strama och expertrådet för infektionssjukdomar genomför läkemedelskommittén flera projekt kring klok antibiotikaförskrivning för att minska resistensutvecklingen, och för att bevara möjligheten att effektivt använda antibiotika vid bakteriella infektioner i framtiden.

Dessutom satsar läkemedelskommittén förstärkt på flera andra terapiområden. Fulltecknade kurser hålls i vår i till exempel hypertoni och 24-timmars blodtrycksmätning, äldrepsykiatri, handläggning av långvarig smärta och vi fortbildar dessutom kring diabetes mellitus. Update om läkemedel för läkare genomförs varje vecka på alla våra sjukhus. Seminarier hålls också på kvällstid flera gånger varje månad kring aktuella ämnen.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

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

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 2, 2011 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef Medicinskt Kunskapscentrum
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 · Christina Strååt, handläggare · Gunnar Ljunggren, överläkare. E-post evidens@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck: Intellecta, Stockholm 2011 · Omslagsfoto: Märta Thisner. Bilden: Lena Lundeberg, se sid 11 · Postadress: Stockholms läns läkemedelskommitté/Medicinskt Kunskapscentrum, Box 17533, 118 91 Stockholm. Besöksadress: Magnus Ladulåsgatan 63 A.
För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sl.se



Ansiktsdermatoser – klinik och behandling

Den 24 mars arrangerade Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hudsjukdomar, med stöd av Medicinskt Kunskapscentrum, ett välbesökt seminarium kring ansiktsdermatoser där klinik och behandling diskuterades. Här refererar föreläsarna sina ämnen seborroiskt eksem, akne vulgaris och rosacea.

Seborroiskt eksem kan läka ut

Seborroiskt eksem är vanligt och drabbar minst tio procent av svenskarna. Eksemet sitter framför allt i områden med mycket talgkörtlar och jästsvampen *Malassezia (P ovale)* anses ha betydelse för patogenesen genom att dels producera inflammationsframkallande lipaser och dels stimulera hudcellerna att frisätta cytokiner.

Hos spädbarn ses rodnade, fjällande, välavgränsade förändringar i skalp och hudveck. Eksemet kan breda ut sig till stora delar av kroppen.

Vuxna med seborroiskt eksem har ofta seborré. Eksemet har rodnade och skarpt avgränsade, oregelbundna plaque med feta, gulaktiga fjäll. Vanligaste lokalisationer är hårbotten, ögonbryn, nasolabialfårer, området bakom öronen, samt mitt på bröstet. Ibland engageras också intertriginösa områden, såsom armhålor, navel, ljumskar och genitalia.

Seborroiskt eksem är vanligare hos män, och är vanligt hos HIV-positiva patienter, personer med Mb Parkinson och vid neuroleptikabehandling.

FAKTA

Differentialdiagnoser är framför allt

- Atopiskt eksem – sitter ofta på andra lokalisationer
- Psoriasis – har ofta tjockare fjäll
- Rosacea – har telangiektasier papler och pustler
- Dermatofytoser framför allt i hårbotten – ta svampodling frikostigt, framför allt hos barn
- Diskoid lupus erytematosus (DLE) – ofta mer infiltrerade enstaka lesioner

Kan förlänga tiden till återfall

Behandlingen går ut på att dels läka ut eksemet och dels minska mängden av jästsvampen för att förlänga tiden till återfall.

Vid tjocka fjällkakor bör hårbotten avfjällas med salicylsyra 2–5 % i Decubalkräm (lättare att tvätta ur) eller 2–5 % salicylsyreolja. OBS! använd endast mjukgörande kräm till spädbarn. Smörj in fläckarna i hårbotten och låt krämen sitta några timmar eller över natten innan håret tvättas.

Massera in schampot *innan* håret blöts, annars är det mycket svårt att få ur oljan/krämen.

Ketokonazolschampo, används 2 ggr/vecka till läkning och därefter som underhållsbehandling, även som tvål och duschkräm, för att minska risken för återfall.

För att läka ut eksemet i hårbotten kan en medelstark eller stark kortisonlösning användas dagligen till läkning och sedan en till flera gånger per vecka efter besvär

Till kroppen i övrigt kan samma behandling som ovan ges, men steroiden ges i krämbas. Till intertriginösa områden och ansikte används ofta krämer som innehåller imidazolderivat för att minska mängden *Malassezia*.

Vid iterapiresistenta eksem kan behandling ges med itrakonazol 200 mg dagligen under 1–2 veckor, och sedan fortsätter patienten med ketokonazolschampo som underhållsbehandling 1–2 ggr per vecka.

Eksemet är återkommande under många år, men kan läka ut.

BIRGITTA WILSON CLARÉUS, HUDSPECIALIST,
HUDMOTTAGNINGEN, FARSTA LÄKARHUS

FOTO: IBL



Medelsvår inflammatorsk akne.

Akne påverkar livskvaliteten negativt

Akne vulgaris är ett vanligt tillstånd under tonåren. De flesta patienter har öppna samt slutna komedoner, papler samt pustler i ansikte, rygg samt bröst som försvinner utan att efterlämna ärr. I 10-15 procent av fallen får patienterna noduli och/eller cystor samt mer eller mindre uttalade ärrbildningar lokaliserade till ansiktet och övre delen av bålen. Påverkan av allmäntillståndet kan vara en del i den kliniska bilden hos dessa patienter.

Livskvaliteten för patienter med svår akne är lika reducerad som för patienter med svåra, livshotande sjukdomar som till exempel diabetes, epilepsi samt astma.

Medför ingen resistensutveckling

Lokal aknebehandling inleds med något av preparaten bensoylperoxid, en retinoid såsom tretinoin eller adapalen, azelainsyra eller klindamycin.

Kombinationsbehandling förenklar användningen samt ökar compliance och består vanligtvis av adapalen + bensoylperoxid (Epiduo) eller klindamycin + bensoylperoxid (Duac).



FAKTA

Faktorer som orsakar utveckling av antibiotikaresistens hos aknepatienter

- Låg antibiotikados som antagligen selekterar antibiotikaresistenta stammar eller orsakar de novoförvärv av resistenta gener
- Långa antibiotikakurer
- Samtidig administration av antibiotika som tillhör olika grupper orsakar utveckling av resistenta stammar mot en kombination av antibiotika
- Dålig följsamhet kan spela en viktig roll i detta sammanhang

Adapalen + bensoylperoxid (Epiduo) finns nu på Kloka Listan och är en antibiotikafri kombinationsbehandling som påverkar tre av fyra underliggande faktorer vid akne; undantaget är talgkörtlarna. Epiduo kan användas vid de flesta typer av lesioner och förebygger nybildning av mikrokomedoner. Epiduo medför ingen resistensutveckling och kan kombineras med oralt antibiotikum vid behov. Det kan också användas som underhållsbehandling.

Klindamycin + bensoylperoxid (Duac) verkar på tre patogena faktorer vid akne: follikulär hyperkeratinisering, *Propionibacterium acnes* samt inflammationen. Duac är godkänt för behandling av lätt till måttligt svår akne vulgaris, speciellt vid inflammerade utslag. Duac skulle kunna vara aktuellt som andrahandsmedel men rekommenderas inte på Kloka Listan. Säkerhetsmässigt finns en risk för resistensutveckling mot klindamycinkomponenten och behandlingen ska ej överstiga tolv veckors kontinuerlig användning. Medlet får inte användas som underhållsbehandling.

Antibiotika vid svår akne

Hudläkare eller specialintresserad allmänläkare bör ta ställning till systemisk behandling vid utbredd akne, smärtande djupa papler och noduli, akne som ger upphov till postinflammatorisk hyperpigmentering och/eller ärr.

Orala antibiotika används för behandling av medelsvår, inflammatorisk akne, där enbart lokal behandling inte är tillräcklig. Antibiotika som rekommenderas för akne är lipidlösliga som kan penetrera in i mikrokomedonen. Antibiotika är bakteriestatiska på *P. acnes* men de har också antiinflammatoriska verkningar.

Antibiotikabehandling ska alltid från början kombineras med lokala retinoider och/eller bensoylperoxid. Behandlingen ska ges i full dos och inte överskrida 3-4 månader.

Tetracyklinerna utgör förstahandspreparat och andra



FAKTA

Olika typer av akne

Icke-inflammatorisk akne (pormaskakne)

– proppbildning i talgkörtelns utförsgångar
Karakteriserad av öppna samt slutna komedoner i pannan, på kinder samt på näsa.

Inflammatorisk akne – röda papler samt pustler i ansiktet, på halsen samt övre delen av bålen.

Nodulocystisk akne – djupa noduli samt cystor som ger upphov till ärrbildning samt postinflammatorisk hyperpigmentering.

generationens tetracykliner (doxycyklin, lymecyklin) väljs före första generationens tetracykliner (tetracyklin, oxitetracyklin).

Idag är den snabba resistensutvecklingen bland *P. acnes* ett stort problem. De flesta stammar är erytromycin- och klindamycinresistenta, men det finns också tetracyklin- och trimetoprimresistenta *P. acnes* stammar. Hos tidigare obehandlade patienter tar det 12–24 veckor innan resistenta stammar uppstår.

Hormonell behandling kan vara lämplig

Till kvinnor med lätt till måttlig akne eller premenstruell försämring kan hormonbehandling med kombinerade p-piller vara lämplig som tillägg till annan terapi, om p-piller i övrigt är önskvärt. Effekten ses efter tre månader. Monoterapi med gestagen bör undvikas till kvinnor med akne, eftersom det finns risk för försämring. Kvinnor med akne bör välja i första hand ett kombinationspreparat med mindre androgena egenskaper: desogestrel (Desolett) eller drospirenon (Yasmin).

Roaccutan är ett högriskmedel

Isotretinoin (Roaccutan) påverkar samtliga patogenetiska faktorer och används för behandling av svår akne (såsom så kallad nodulär eller konglobat akne eller akne med risk för permanent ärrbildning) som inte har förbättrats efter andra former av aknebehandling inklusive orala antibiotika. Isotretinoin anses vara ett högriskmedel och i Sverige kan denna behandling endast skrivas ut på licens av hudläkare.

CRISTINA OPRICA, SPECIALISTLÄKARE, MED DR,
HUDKLINIKEN, KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Aknebehandling enligt Kloka Listan 2011

Akne

I första hand

bensoylperoxid	Basiron AC*
----------------	-------------

* Ingår inte i läkemedelsförmånen.

adapalen	Differin
----------	----------

eller kombinationen av dessa preparat

adapalen + bensoylperoxid	Epiduo*
---------------------------	---------

* Ingår inte i läkemedelsförmånen.

I andra hand - för behandling av medelsvår akne, där enbart lokal behandling inte är tillräcklig

lymecyklin	Tetralysal
------------	------------

Ska från början alltid kombineras med lokala retinoider och/eller bensoylperoxid. Behandlingen ska ges i fulldos och bör pågå i 3-4 månader; www.viss.nu.

Rosacea

– det röda och värkande ansiktet



FOTO: IBL

Rosacea är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom som framför allt drabbar vuxna, sjukdomen debuterar sällan före 20 års ålder och vanligen i trettio- till fyrtioårsåldern. Sjukdomen finns i hela världen och i Skandinavien drabbas cirka 10 procent av rosacea i en eller annan form. Sjukdomen är vanligare hos personer som är ljushyade och de kan ha en historik med ansiktsrodnad redan från barndomen. Under puberteten kan tendensen till hastigt påkommande reaktioner av hetta och rodnad i ansiktet (flush) intensifieras.

Hettar och sticker i huden

När rosacea debuterar får patienterna ofta till en början upprepade episoder av rodnad centralt i ansiktet som kan sitta kvar i timmar eller dagar. Utlösande faktorer kan vara kryddstark mat, temperaturskillnader, alkohol eller emotionella faktorer. Patienten har vid dessa episoder ofta känsla av att det hettar och sticker i huden, sveda eller klåda. Rodnaden blir permanent diffus över kinder, näsa och ibland även i pannan och kan av och till bli mer intensiv och flammmande. Små fina ytliga blodkärl kan oftast ses i de rodnade områdena nära ytan av huden (telangiektasier).

Utöver ansiktsrodnanden förekommer spridda, små eller stora, röda, ömmande, knotttriga upphöjda utslag och kvisslor (papler) och vissa kan vara fyllda med var (pustler) som ibland kan bli böldliknande. Symtomen kan i första hand förväxlas med akne men till skillnad från akne saknar rosacea pormaskar. Inflammationen vid rosacea är lokaliserad kring blodkärl och talgkörtlar centralt i ansiktet medan akne brukar finnas i hela ansiktet och ofta även på bröst och rygg.

Vid rosacea kan huden bli förtjockad med oregelbunden grov yta och klumpig näsa, så kallad rinofyma. Den orsakas av kraftig talgkörteltillväxt.

Många patienter har röda, torra och irriterade ögon och ögonlock samt känslan av främmande kropp i ögonen. Rosacea uppträder i allmänhet periodvis och patienten kan ha fria perioder i flera år. Sjukdomen kan även oförklarligt upphöra lika plötsligt som den en gång började.

Att drabbas av en hudåkomma i ansiktet är självklart påfrestande inte bara fysiskt utan även psykiskt. Många patienter med rosacea kan uppleva att sjukdomen påverkar livskvaliteten negativt, med ökad oro och försämrat självförtroende.

Undvik det som irriterar

Det är oklart hur sjukdomen uppstår, det finns teorier om att olika mekanismer som styr blodkärlens funktion i ansiktshuden på något sätt startar inflammationen. Rosacea är oftast en klinisk diagnos men en hudbiopsi kan behövas vid tveksamma fall.

Allt som ökar blodgenomströmningen till huden kan provocera fram en försämring av rosacean. Dessa försämringsfaktorer kan vara stress, sol, heta drycker, irriterande kemikalier, alkohol, starkt kryddad mat, värme, kyla, även starka kortisonkrämer i ansiktet. Patienterna bör därför undvika allt som kan irritera den lättretade och lättrodnande huden. Genom egen erfarenhet kan patienterna lära sig vad som kan ge upphov till sådana reaktioner.

Med rätt behandling kan man ha sjukdomen under kontroll eller åstadkomma besvärslösa perioder på många månader till flera år. Vid mild rosacea kan rodnaden täckas med vanlig kosmetika. Vid besvärande flush-attacker kan läkemedel som betablockerare, eller SSRI-preparat prövas. Mirtazapin (Remeron) kan hjälpa vissa personer med rodnad och brännande hudkänsla.

Knottor och varblåsor kan behandlas med metronidazol gel. Expertrådet för hudsjukdomar rekommenderar dock inte detta preparat på grund av risken för resistensutveckling. Hos personer som utöver rosacea har fet hy och pormaskar är lokalbehandling med azaleinsyra 20% (Finacea)

att föredra. Enklare fall kan även behandlas utvärtes med till exempel ichtammolliniment som har en kylande och dämpande effekt. God effekt kan också ses av svavelkräm som används till kvällen. Det tar ofta någon månad innan lokalbehandlingen har fullgod effekt och sedan fortsätter sedan tills patienten är besvärslös. Smärre obehag från lokalbehandling som torrhet och sveda kan förekomma.

Om lokal behandling inte hjälper

Om lokal behandling inte hjälper kan man behandla med antibiotika, i första hand någon form av tetracykliner i tablettform. Dessa preparat har sannolikt effekt mot inflammationen i huden. Dosen kan vara hög initialt och sedan minskas successivt och startas igen vid försämring. Normal behandlingstid vid rosacea är ofta 3-4 månader, ibland längre och fortsatt underhållsbehandling kan behövas för att undvika återfall. Doxycyklin (Oracea) är en tablett som är registrerad mot rosacea. Tetracyklinbehandling är oftast effektiv även vid ögonsymtom men ögonläkare bör kontaktas vid uttalade ögonsymtom. Alternativ till tetracyklin är makrolider, azitromycin och metronidazol.

När patienterna väl läker ut efter behandling av rosacea så brukar huden bli normal igen men de ytliga blodkärlen kvarstår. Laserkirurgi kan användas mot dessa blodkärl och rodnaden i huden. Förtjockning av näshuden kan behandlas med kirurgisk hyvling eller med laser.

Svåra former av rosacea kan i enstaka fall behandlas av hudspecialist med licenspreparatet isotretinoin (Roaccutan). Det är ett derivat av vitamin A och ges i låg dos. Läkemedlet är fosterskadande och ger ofta besvärliga biverkningar.

Vid rosacea fulminans (pyoderma faciale) som är sällsynt och karakteriseras av utveckling av noduli och abscesser ibland även allmän sjukdomskänsla, används undantagsvis prednisolon peroralt i kombination med antibiotika.

Kan ha samband med Helicobacter

Vissa patienter med rosacea och magbesvär erfar ofta att antibiotika förbättrar symtomen både från huden och tarmen. Det diskuteras om rosacea kan ha ett samband med bakterien Helicobacter. Vissa patienter upplever en förbättring av både hud- och tarmsymtom när de äter lågkolhydratkost, dvs kost med lågt GI.

Rosacea drabbar många svenskar och kan ge upphov till svåra fysiska och psykiska besvär, men med rätt behandling är det en sjukdom som går att förena med bra livskvalitet.

SOLBRITT LONNE-RAHM, ÖVERLÄKARE, MED DR,
HUDKLINIKEN, KAROLINSKA UNIVERSITETSHUSET

Nya behandlingsriktlinjer vid migrän

Var sjätte svensk har återkommande migrän, men nästan alla får vi någon gång spänningshuvudvärk. Därför är en korrekt diagnos avgörande. Och att vandra uppför behandlingstrappan vid behov, berättar Elisabet Waldenlind, docent, överläkare, neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset och medlem av expertrådet för neurologiska sjukdomar.

Av David Finer

Arbetsbelastningen på specialistenheten är stor, men fler patienter skulle kunna färdigbehandlas i primärvården, menar Elisabet Waldenlind.

– Min bedömning är att flertalet patienter med migrän kan diagnostiseras och behandlas i primärvården med stöd av vårdprogrammet på www.viss.nu och behandlingsstrategin på www.janusinfo.se. I det fall där diagnosen är oklar eller behandling enligt vårdprogrammet inte gett tillräcklig effekt kan remiss skrivas till allmän neurolog. De svåraste fallen kan remitteras till Huvudvärkscentrum på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge eller migrän-profilerad privatneurolog.

Egenvård i många fall

Behandlingstrappan i figuren intill fungerar också bra vid egenvård.

– Många patienter ställer sin egen diagnos utifrån familjehistorien och tidigare erfarenheter, i två av tre fall ganska korrekt. De går till apoteket, där utbudet av receptfria läkemedel numera täcker många behov. Men eftersom det inte är rabatterat, tycker många det blir för dyrt och söker sig till vården för att få ett recept istället, påpekar Elisabet Waldenlind.

Alla de farmakologiska stegen i behandlingstrappan representeras av både receptfria och receptbelagda läkemedel, men läkare kan förskriva större doser. Inför val av behandling värderas anfallens svårighetsgrad, frekvens och påverkan på livskvaliteten. Behandlingen anpassas med hjälp av migrändagbok och skattningar.

– Tidig behandling i adekvat dos är viktig för all farmakologisk migränbehandling, annars stoppar man inte besvären. Lindriga anfall kan vara svåra att skilja från spänningshuvudvärk. Migrän är oftast halvsidig, pulserande, förvärras av rörelse, påverkas av ljus och ljud och åtföljs ofta av illamående. Spänningshuvudvärk saknar

dessa kännetecken. Hos barn kan anfallen vara så korta som 30 minuter. Om huvudvärken föregås av aura, är synrubbningar, exempelvis lysande prickar, vanliga, berättar Elisabet Waldenlind.

Behandlingstrappans sju steg

Första steget av sju i behandlingstrappan är att undvika migränframkallande faktorer som att sova för länge eller för kort tid, inta oregelbundna måltider, fasta, psykisk eller fysisk stress, alkohol, äta viss mat eller – för vissa kvinnor – utsättas för hormonpåverkan.

– Patienten måste lära sig hantera många utlösande faktorer. En del är påverkbart, annat svårare att göra så mycket åt, säger Elisabet Waldenlind.

Andra steget är också icke-farmakologiskt. Många, särskilt barn, klarar sig med vila, gärna sömn i ett lugnt, tyst, mörkt och svalt rum. Även huskurer som kalla omslag på pannan kan lindra, men för många sådana åtgärder saknas vetenskaplig dokumentation, och placeboeffekten kan vara stor. Det finns viss dokumentation om akupunktur och avslappningsövningar, särskilt vid inslag av spänningshuvudvärk.

Steg tre är anfallskuperande behandling med i första hand receptfria paracetamol och ASA enligt Kloka Listan, som bör tas vid första tecknet på migrän. Behandlingstrappans fjärde steg – om ASA eller paracetamol inte fungerar – är andra NSAID-preparat som naproxen, diklofenak eller ibuprofen. De kan dock ge ulcus/gastritbesvär och

Behandlingstrappan vid huvudvärk/migrän

Receptfri och receptbelagd farmakologisk behandling

Icke-farmakologisk behandling

7. Profylax
6. Triptaner
5. Tillägg metoklopramid vid illamående
4. Naproxen, diklofenak, ibuprofen
3. Paracetamol, ASA
2. Vila, sömn, mörker, tystnad
1. Undvika migränframkallande faktorer

Elisabet Waldenlind, docent och överläkare, neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset

FOTO: MÅRTA THISNER



”Tidig behandling i adekvat dos är viktig för all farmakologisk migränbehandling, annars stoppar man inte besvären”

bör undvikas under graviditet (uteslutas helt under sista trimestern).

Som femte steg, vid uttalat illamående, kan metoklopramid (Primperan) adderas, men det kan dock i sällsynta fall ge akut dystoni och bör undvikas under sista trimestern.

För- och nackdelar med triptaner

När analgetika/NSAID ihop med metoklopramid inte har nog effekt kan förskrivaren som ett sjätte steg prova antingen en triptan eller ergotamin/dihydroergotamin. Effekten är bäst tidigt i behandlingen, men medlen hjälper också senare under anfall.

En nackdel med triptaner är att 30–40 procent av patienter får återfallshuvudvärk inom 12–24 timmar. Då kan ytterligare en triptandos eller ett NSAID-preparat hjälpa. Triptaner kan också ge olika biverkningar och är kontraindicerade vid en rad tillstånd som exempelvis vid ischemisk hjärtsjukdom. Det finns också andra kontraindikationer, däribland avancerad lever- eller njursjukdom och okontrollerat högt blodtryck, se i FASS. De hjälper heller inte vid alla anfall.

En ny, kommande läkemedelsgrupp är CGRP-antagonisterna (Calcitonin gene related peptide), som verkar perifert.

– Det kan vara bra att få något som inte ger vasokonstriktion, som komplement till triptanerna, kommenterar Elisabet Waldenlind.

Enligt TLV är det bara generiskt sumatriptan som har generell subvention. Det hjälper de flesta, är mest kostnadseffektivt och finns också med på Kloka Listan. Skulle läkaren skriva ut det icke förmånsberättigade Imigran Novum tabletter tillåts inte generiskt byte. Vuxna patienter har bara rätt till rabatt på andra triptaner vid nyinsättning, om han/hon först provat sumatriptan.

För att undvika återfall inom ett dygn efter en första triptandos – återfallsfrekvensen kan vara så hög som 40 procent – kan förskrivaren lägga till NSAID (till exempel naproxen eller metoklopramid).

Farmakopetylax på alla steg

Om patienten har migrän ofta och effekten av akutbehandling är otillfredsställande, kan på alla steg i behandlings-trappan profylaktisk läkemedelsbehandling prövas (figurens sjunde steg), i första hand betablockerare (propranolol

och metoprolol), i andra hand pizotifen (Sandomigrin), topiramid (Topimax) eller dihydroergotamin (Orstanorm).

Det kan vara aktuellt om patienterna får tre eller fler anfall per månad, särskilt om de är långdragna och påverkar arbetsförmågan, eller om anfallsbehandling inte ger tillräcklig lindring. Målet är att minst halvera antalet anfall och huvudvärksdagar och minska anfallsintensiteten. Om huvudvärken kommer dagligen eller nästan dagligen är det sällan ren migrän, utan bilden kan ha komplicerats av spänningshuvudvärk eller analgetikainducerad huvudvärk.

Botox inte godkänt i Sverige

I USA godkändes i höstas botulinumtoxin som förebyggande migränbehandling. Detta är dock inte godkänt i Sverige.

– Om indikationen kronisk migrän blir godkänd i Sverige, så råder det enighet om att det blir ett andra- eller tredjehandspreparat för en specialiserad neurolog som är väl insatt i dosering och injektionsteknik. Botulinumtoxin kan bli aktuellt om en person har fler än 15 migrändagar per månad och det inte rör sig om analgetikainducerad huvudvärk samt om personen tidigare provat två olika medel som profylax utan effekt eller oacceptabla biverkningar, svarar Elisabet Waldenlind.

Mer information

■ Vårdprogram för migrän respektive spänningshuvudvärk finns på www.viss.nu (se under Nervsystemet Huvudvärk).



FAKTA

Följande specialiserade neurologmottagningar kan rekommenderas

- Astrid Lindgrens Barnsjukhus
- Danderyds sjukhus
- Karolinska Huddinge
- Läkarhuset Vällingby
- Neurology Clinic Stockholm AB
- Neuroenheten Utsikten
- Neurolog Trojanowski, Odenplans Läkarhus (barnmottagningen)
- Sachsska Barnsjukhuset

Endast generiskt losartan subventioneras

Cozaarpreparat kommer inte att ingå i högkostnadsskyddet från och med den 1 maj 2011. Samtidigt har TLV beslutat att ta bort begränsningen för generiskt losartan och dess kombinationer.

Anledningen är att generika som innehåller losartan idag ligger på samma prisnivå som ACE-hämmare, vilket innebär att patienter kan få generiskt losartan subventionerat utan att först ha provat ACE-hämmare.

När Cozaar inte längre omfattas av högkostnadsskyddet kan inte utbyte till generika ske på apoteken. Det innebär att förskrivare måste skriva ut generiskt losartan för att patienter fortsättningsvis ska få subventionerade losartan-läkemedel.

Beslutet rör inte övriga ARB som fortsättningsvis har en begränsad subvention. Emellertid har alla kombinationspreparat med ARB + tiazid – inklusive losartan – tagits bort från Kloka Listan 2011.

JENNY STENBACKA

- Läs mer på Janusinfo.se: <http://korta.nu/iapdp>
- Mer info på TLV:s webbplats: <http://korta.nu/agi8g>

Onbrez ingår i högkostnadsskyddet

TLV har beslutat att indakaterol (Onbrez) ska ingå i högkostnadsskyddet för behandling av patienter med KOL.

Indakaterol har en lägre produktkostnad än jämförbart läkemedel som redan finns inom högkostnadsskyddet. Därmed är det kostnadseffektivt jämfört med likvärdiga produkter som redan finns inom högkostnadsskyddet.

Expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar konstaterar i sin bedömning att det är för tidigt att avgöra dess plats i terapin jämfört med andra långverkande lufttrörsvidgare, såsom formoterol, salmeterol och tiotropium. Dosering en gång om dagen kan vara en fördel av enkelhetsskäl, men data avseende långtidssäkerhet och effekt på exacerbationer saknas ännu.

På Kloka Listan 2011 rekommenderas salbutamol eller ipratropium (inte tillsammans med tiotropium) för behandling vid behov, samt tiotropium eller formoterol/salmeterol som kontinuerlig behandling.

FREDRIK HED

Mer information

- TLV:s beslut: <http://korta.nu/tlvonb>
- Kloka Listan 2011: <http://korta.nu/43a6>

Fenantoin omfattas inte längre av läkemedelsförmånen

Fenantoin Recip mot epilepsi togs ut ur högkostnadsskyddet den 1 december 2010, efter begäran från läkemedelsföretaget Meda som tillverkar läkemedlet.

Expertrådet för neurologiska sjukdomar skriver i en kommentar på Janusinfo att ett byte till ett alternativt fenytoinläkemedel (Lehydan) inte är okomplicerat eftersom fenytoin har mättnadskinetik och därmed ett snävt terapeutiskt fönster vilket innebär att små dosjusteringar liksom skillnader i biotillgänglighet kan leda till betydande förändringar av fenytoinkoncentrationen.

Eftersom ett byte till ett alternativt fenytoinpreparat kan innebära försämrad anfallskontroll, biverkningar och intoxikationsrisk rekommenderar expertrådet tills vidare följande:

Fenantoin är billigt (ca 90 kr för 250 tabletter på Apoteket). Diskutera potentiella risker med ett byte av fenytoinläkemedel och efterhör möjligheten att patienten trots allt väljer att fortsätta med Fenantoin.

Om byte till alternativt fenytoinpreparat (Lehydan) ändå blir aktuellt ska Lehydan ges i samma dos som Fenantoin. Eftersom variationer i biotillgänglighet mellan de båda läkemedlen kan resultera i betydande skillnader i fenytoinkoncentration bör fenytoinkoncentration (dalvärde) kontrolleras både före byte till Lehydan och när ny jämviktsskoncentration kan förväntas ha uppnåtts efter cirka två veckor.

FREDRIK HED



Mer information

- Beslutet på TLV:s webbplats: <http://korta.nu/fen>
- Expertrådets kommentar: <http://korta.nu/7lgej>

Flutide Evohaler ersätter Pulmicort spray på Kloka Listan

På grund av produktionsproblem kommer tillverkningen av Pulmicort inhalationsspray att upphöra. Till barn över ett år rekommenderar expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar nu i stället flutikason (Flutide Evohaler).

Av David Finer

Astrazeneca meddelade i mitten av mars att tillverkningen av Pulmicort inhalationsspray läggs ned på grund av produktionsproblem. Företaget har ett lager som under normala omständigheter beräknas räcka i cirka tre månader. Pulmicort Turbuhaler och Pulmicort suspension för nebulisator kommer att finnas kvar och påverkas inte av problemen.

– Vi rekommenderar att man istället använder flutikason (Flutide Evohaler) från ett års ålder. Vi kommunicerar med Barnläkarföreningen, och närmare rekommendationer kommer inom kort för de mindre barnen, säger Michael Runold, överläkare på Södersjukhuset och ordförande för expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar.

Oklart vad produktionsproblemen beror på

Bakgrunden till problemen med Pulmicort spray är något okänt tekniskt fel i processen, som omöjliggör att komma ner till den partikelstorlek på lösningen som krävs. I ett pressmeddelande skriver tillverkaren att trots långtgående undersökningar har det varken gått att fastslå orsaken till problemen eller lösa dem. Inte heller går det att säkert förutspå hur lång tid det kan ta att lösa problemen och säkra tillgången till patienter. Därför har företaget beslutat att upphöra med tillverkningen.

Enligt uppgifter från tillverkaren av flutikason, undersöker man möjligheten att få en större tilldelning av flutikason till Sverige. De kommer då också att se till att deras Evohaler och Babyhaler, som tillverkas av plast och är billigare, också finns tillgängliga i större mängd. En annan möjlig behållare är Optichamber, som enligt tillverkaren passar till Flutide.

Mer information

- Läkemedelsverket: <http://korta.nu/2ue7k>
- Information från Astrazeneca: <http://korta.nu/w0v2a>

Expertrådet för hudsjukdomar

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.



Lena Lundeberg
ordförande
docent, överläkare
Hudkliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset



Jonas Ericsson
överläkare
Hudkliniken
Danderyds sjukhus



Eva Jerling
distriktsläkare
Riksby vårdcentral



Ingegerd Olsson
med. dr., överläkare
Hudkliniken
Södersjukhuset



Harry Beitner
docent, överläkare
Hudkliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset



Maria Bradley
docent, överläkare
Karolinska Institutet,
Sophiahemmetts
hudmottagning



Jonatan Lindh
specialistläkare
Klinisk farmakologi
Karolinska
Universitetssjukhuset



Sten Ronge
leg. apotekare
Medicinskt
Kunskapscentrum

Fler och säkrare läkemedel EMA:s mål till 2015

För andra gången har den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA publicerat en långsiktig strategi med prioriterade områden. Den förra var inriktad på områden som att bättre främja och skydda folkhälsan, förbättra regelverket för läkemedel och hjälpa till att stimulera innovation, forskning och utveckling inom EU.



FOTO: ISTOCKPHOTO

I sin nya "road map" (handlingsplan) fram till 2015 har europeiska läkemedelsmyndigheten EMA prioriterat bland annat följande områden:

- Stimulera forskning och medicinutveckling i områden med otillfredsställda medicinska behov eller för förbisedda eller ovanliga sjukdomar, underlätta nya och innovativa angreppssätt i läkemedelsutvecklingen och genomföra effektiva beredskapsplaner för att möta folkhälsot.
- Underlätta läkemedelstillgången genom att komma till rätta med den höga bortfallsprocenten i utvecklingsprocessen. Förbättra myndighetens modell för att utvärdera läkemedels risk och nytta, förbättra granskningsprocessens kvalitet och likformighet.
- Optimera säker läkemedelsanvändning genom att stärka kunskapsbasen bakom ett läkemedels nytta och risker efter godkännande, tillämpa nya metoder för farmakovigilans och riskminimering och ta med patienters erfarenheter i ekvationen för att förbättra beslutsfattande.

DAVID FINER

Mer information

- EMA:s roadmap i PDF-format: <http://korta.nu/1bwuq>

Kampanjer ska göra konsumenter klokare

Att kunna identifiera läkemedel och deras aktiva innehåll samt ställa de rätta läkemedelsfrågorna är tre hörnstenar i Australiens kampanj 2011 om klokare läkemedelsanvändning. Slogordet är "Be medicine wise". Kampanjen drivs av den ideella organisationen NPS, som bildades 1998 och finansieras av departementet för äldres hälsa.

"Be Med Wise" hette också en nationell amerikansk kampanj som startade 2002 och nu institutionaliserats genom NCPIE, en paraplyorganisation av 125 organisationer för bättre läkemedelsanvändning, och webbsajten talkaboutrx.org. Budskapen är risk, respekt och ansvar – att ställa frågor i samband med förskrivning, att berätta för vård- och apotekspersonal vilka mediciner man tar, att föra läkemedelslista, läsa och spara bipacksedlar för framtida bruk.

Det svenska läkemedelsverket svarar på allmänhetens frågor per telefon och e-post, publicerar lekmanversioner av exempelvis behandlingsrekommendationer och biverkningsinformation samt publicerar boken Läkemedelsguiden. För ett par år sedan drevs "Crime medicine", en kampanj kring riskerna med olaglig nätförsäljning av läkemedel, och snart kommer information om läkemedelsupplysningen i dagligvaruhandeln, där receptfria läkemedel säljs.

– I och med läkemedelsverkets utökade uppdrag kommer omfattningen av informationsinsatserna till allmänheten att öka, men i vilka former är inte bestämt, säger Gert Ragnarsson, direktör för tillsyn och vetenskaplig information på Läkemedelsverket.

DAVID FINER

Mer information

- NPS webbplats: <http://korta.nu/14749>
- NCPIE webbplats: <http://korta.nu/szscj>



FOTO: ISTOCKPHOTO

Statiner bör inte förskrivas primärpreventivt till patienter med låg risk

I en nyligen publicerad Cochrane-analys dras slutsatsen att primärpreventiv behandling med statiner hos personer utan hjärtkärlsjukdom och med låg risk ger liten nytta. Studien gjordes som en metaanalys, där flera studier slogs ihop och analyserades gemensamt. Urvalet gjordes bland randomiserade kontrollerade statinstudier som varade i minst ett år med en uppföljning på sex månader, på vuxna patienter. Det sattes inga mål för deras totala LDL- eller HDL-kolesterol och max tio procent av patienterna hade hjärtkärlsjukdom.

Två författare valde oberoende av varandra ut studier för inklusion i analysen. Effektparametrar var mortalitet oavsett orsak, dödlig och icke-fatal koronar hjärtsjukdom, hjärtkärlsjukdom och strokehändelser, kombinerade effektmått (dödlig och icke-fatal koronar hjärtsjukdom, hjärtkärlsjukdom och strokehändelser), förändringar i totalkolesterol, revaskularisering, biverkningar, livskvalitet och kostnader.

Effekten är liten

Totalt inkluderades fjorton randomiserade kontrollerade studier (16 studiearmar, 34 272 patienter) i analysen. Elva studier rekryterade patienter med särskilda villkor (såsom förhöjda lipider, diabetes, högt blodtryck, mikroalbuminuri).

Totalmortaliteten sjönk från 432 dödsfall i grupperna som fick placebo eller vanlig behandling ned till 362 fall i statingruppen. Detta betyder en absolut riskreduktion på 0,49 procent

och NNT var 205. Positiva effekter sågs också avseende kombinerad fatal och icke-fatal hjärtkärlsjukdom samt behov av revaskularisering. Behandlingen som använts, låg- till medelhög dos statin, var i stort säker.

Trots dessa positiva effekter drar författarna slutsatsen att resultaten kan ha bias och att effekten är liten. Det beror bland annat av selektiv resultatrapportering i studierna, biverkningar som inte rapporterades ordentligt samt inklusion av individer med hjärt-kärlsjukdom. Vidare var flera av studierna industrisponsrade.

Författarna avslutar med att försiktighet bör iakttagas vid förskrivning av statiner för primärprevention bland personer med låg kardiovaskulär risk.

Restriktiv hållning rekommenderas

Enligt Arne Martinsson, docent och överläkare på Medicinkliniken på Capio S:t Görans sjukhus, är detta i linje med vad som rekommenderas av expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar i SLL, där han är en av ledamöterna.

– Vi skriver i riktlinjerna att ett eventuellt behov av statinbehandling som primär profylax bör vägledas av



FOTO: JUPITERIMAGES

den individuella riskskattningen. Vi rekommenderar en restriktiv hållning vid måttligt förhöjda kolesterolnivåer.

FREDRIK HED

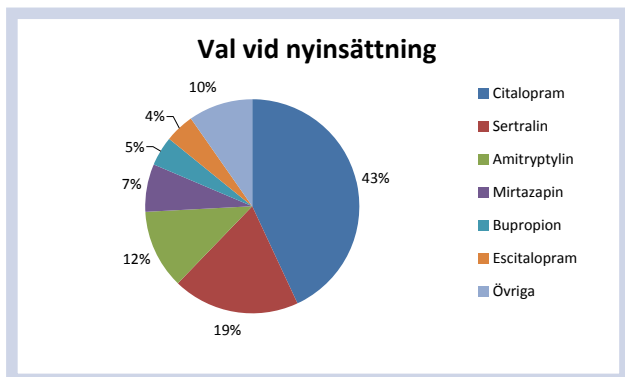
- Läs och ladda ner hela studien här: <http://bit.ly/primprev>
- Expertrådets dokument: Simvastatin för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. <http://korta.nu/ua9ve>
- Expertrådets dokument: Avancerade lipidrubbnings utredning och behandlingsrekommendation. <http://korta.nu/vac2>

Antidepressiva läkemedel förskrivs olika på vårdcentraler inom Stockholms län

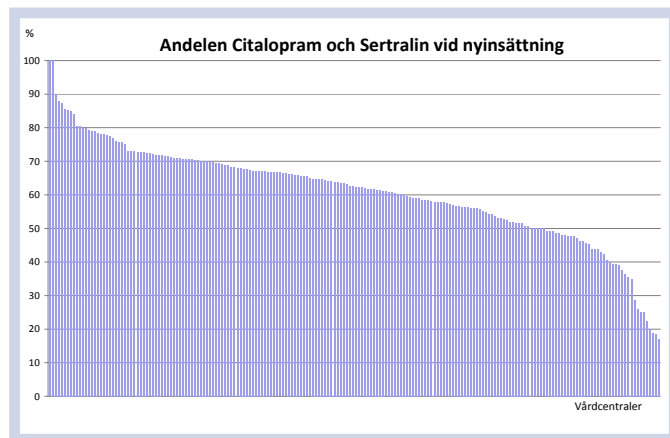
Av Liselotte Moxell

Vid nyinsättning av antidepressiva läkemedel varierade vårdcentralernas följsamhet till Kloka Listan mellan 17 och 100 procent, enligt en studie från 2010. Stora skillnader sågs också när det gäller andelen patienter som fortfarande hämtar ut något antidepressivt medel efter tre-sex månader. I genomsnitt kvarstod mindre än hälften på behandlingen men spridningen mellan vårdcentralerna var 26 till 69 procent. Det visar ett examensarbete av receptariestudenten Liselotte Moxell.

Studien byggde på uppgifter om uttagna recept utan koppling till diagnos, hämtade från Socialstyrelsens individbaserade läkemedelsregister. Ett av syftena var att undersöka hur vårdcentralerna följer Kloka Listans rekommendationer att välja citalopram eller sertralin vid nyinsättning av antidepressiva medel. För att räknas som nyinsättning fick patienterna inte ha hämtat ut något antidepressivt medel under två år före studiens start. I genomsnitt var följsamheten 61 procent men spridningen mellan vårdcentralerna var stor – mellan 17 och 100 procent. En närmare analys visade att följsamheten var kopplad till de olika vårdcentralernas allmänna följsamhet till Kloka Listan. De vårdcentraler som generellt hade dålig följsamhet, valde i större utsträckning också icke-rekommenderade antidepressiva preparat.



Figur 1. Förstahandshandsval vid nyinsättning av antidepressiva läkemedel (%) i genomsnitt för vårdcentralerna inom SLL.



Figur 2. Olika vårdcentralers följsamhet till Kloka Listans rekommendationer för antidepressiva medel. Varje stapel representerar en vårdcentral.

Behandlingstiden kopplad till socioekonomisk status

Vid användning av antidepressiva läkemedel för depression rekommenderas att patienterna står kvar på sin behandling 6-9 månader efter att full effekt uppnåtts. Fördelar har setts vid användning upp till ett år med minskad risk för återfall i depressionen. I studien hämtade i genomsnitt endast 48 procent av patienterna fortfarande ut något antidepressivt medel efter 90-180 dagar. I de 48 procenten ingår både patienter som står kvar på samma läkemedel och patienter som har bytt till ett annat antidepressivt preparat. Vårdcentraler där högst andel patienter hämtade ut antidepressiva efter den tidsperioden hamnade på 69 procent och vårdcentraler med lägst andel på endast 26 procent. Utköpsföljsamheten var hög i geografiska områden med hög socioekonomisk status och vice versa.

Andra indikationer kan påverka resultatet

Eftersom antidepressiva läkemedel används till flera indikationer än depression, exempelvis ångest och smärta, kan detta ha påverkat resultatet. I denna studie kunde inte indikationerna särskiljas då de uppgifterna inte finns i läkemedelsregistret. Det kan dock knappast förklara de stora skillnader som finns mellan vårdcentralerna både när det gäller preparatval vid nyinsättning och om patienterna väljer att fortsätta behandlingen.

”Blotta misstanken nog för att rapportera”

Systemet med spontan biverkningsrapportering är viktig för patientsäkerheten. Om hinder och möjligheter pratar här Kerstin Jansson (KJ), chefen för enheten för farmakovigilans och professor Ingemar Persson (IP), ämnesområdesansvarig, båda på Läkemedelsverket.

Av David Finer

Omkring fem procent av läkemedelsbiverkningarna beräknas svenska läkare rapportera. Varför så få?

KJ: – Tidsbrist och upplevelsen av krångliga blanketter är ett par skäl. Vi har därför infört också en förenklad elektronisk rapporteringsmöjlighet. Frekvensen har också ökat från omkring 4000 rapporter årligen till drygt 5000. Det bästa vore förstås om förskrivaren kunde rapportera direkt från journalsystemet med en knapptryckning.

IP: - Framtidsperspektivet är att kunna utnyttja allt i journalsystemet för uppföljning, som man gör i databasen GPRD i England. Vi är på god väg också i Sverige att kunna koppla läkemedelsregistret till data om diagnoser vid sjukhusinläggningar och annat.

Hur kan anmälningssiffran höjas?

KJ: - En del läkare tror att det måste vara en bekräftad ”anmälan”. Men enbart misstanken räcker för att rapportera. Sambandsbedömningen gör vi på Läkemedelsverket.

IP: - Sverige ligger etta eller tvåa i Europa. Men rapporteringen av oväntade, nya biverkningar är trög. Mer biverkningskunskap behöver införas i all läkarutbildning.



Ingemar Persson



Kerstin Jansson

Vad har det betytt att patienter nu också kan rapportera biverkningar?

KJ: - Jag höll i pilotprojektet i Uppsala. Kvaliteten och mottagandet blev bra, och vi har nu konsumentrapportering i hela landet. Den har aktualiserats genom den ökade tillgängligheten till receptfritt genom avregleringen. Men patientrapporteringen ska aldrig ersätta utan bara komplettera sjukvårdens rapportering.

IP: - Vi tar också medieuppgifter på allvar. Inom några veckor kommer vi exempelvis med resultaten av en aktuell utredning utifrån uppgifterna om problemen med särskilt ungas användning av paracetamol.

Räcker resurserna centralt och regionalt för biverkningsarbetet?

KJ: Ja med den omfattning av rapporter som vi ser i dag, men får vi in fler eller ska arbeta på ett annat sätt, kan detta behöva omprövas.

Hur samarbetar ni kring farmakovigilans internationellt, exempelvis med grannen WHO:s biverkningscenter i Uppsala?

KJ: - WHO-centret har ett större underlag i sitt system för signalspaning än vad Läkemedelsverket har. Vi använder dock i princip samma metod (data mining) för signalspaning och har ett samarbete kring olika frågor. Läkemedelsverket har emellertid också ett ansvar att regulatoriskt följa upp konsekvenserna av rapporteringen och riskhanteringen i samhället.

Vad betyder det att företagen sedan 2005 vid ansökan måste presentera en riskhanteringsplan för nya läkemedel?

IP: - Det håller på att utvärderas om det leder till avsedd effekt, alltså effektivare uppföljning och säkrare användning av läkemedel. För vissa produkter som biologiska läkemedel finns ett starkt behov att följa upp långsiktiga effekter. Kanske kunde det skapat kunskaper om Vioxx tidigare om det funnits på plats då.

Mer information

■ Läs mer på janusinfo.se: <http://korta.nu/xrg93>

■ Läkemedelsverkets webbplats: <http://korta.nu/4fech>

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



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

APRIL

13 onsdag, kl 11.45 – 13.00

Update om läkemedel på Södersjukhuset

Gastro by-pass operationer

Plats: Restaurang Rackarbackens

konferensrum Stora Blå

Målgrupp: Läkare

13 onsdag, kl 12.30 – 16.00

Fortbildning sydost, specialister i allmänmedicin tema:

Försäkringsmedicin, arbetsförmågebedömning

Plats: Handens sjukhus, Dalarövägen 6, Samlingssalen

Målgrupp: Allmänläkare

14 torsdag, kl 13.30 – 16.00

De vanligaste infektionerna hos äldre

Plats: Södertälje sjukhus hus 18, plan 6 sal 3

Målgrupp: Sjuksköterskor

14 torsdag, kl 08.30 – 12.00

Webbaserad utbildning i klinisk försäkringsmedicin för ST-läkare

Plats: Medicinskt Kunskapscentrum,

Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal Fataburen

Målgrupp: ST-läkare

14 torsdag, kl 08.30–16.30

Fortbildning för distriktsläkare i Nordväst

Pediatrisk gastroenterologi i öppenvården.

Barnortopedi.

Plats: Rehasalen, Norrbacka, Karolinska i Solna

Målgrupp: Allmänläkare

20 onsdag, kl 13.00–16.00

Fall och fallriskbedömning –

fallolyckor kan och ska förebyggas.

Plats: CapioGeriatrisk, Åstorpsringen 6,

Enskededalen

Målgrupp: Sjuksköterskor

27 onsdag, kl 13.30–16.15

Fortbildningseftermiddag för ST-läkare

i geriatrik med tema: **Kognitivt åldrande**

Plats: Sabbatsbergs sjukhus, geriatrika kliniken,

Olivecronas väg 5, Grå konferensrummet, plan 5

Målgrupp: ST-läkare, geriatriner

27 onsdag, kl 12.30 – 16.30

Fortbildning för allmänläkare i nordöstra Stockholm;

Symtom från nervsystemet – hjälp, vad gör jag?

Praktiska tips kring neurologi i öppenvården

Plats: Sfären konferens, Solna

Målgrupp: Allmänläkare

27 onsdag, kl 12.00 – 13.00

Update om medicin och läkemedel

Danderyds sjukhus

Plats: Danderyds sjukhus, Bofinken,

ingång psykiatrihuset (hus 38)

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

29 fredag, kl 13.30–16.30

Efterutbildning för allmänläkarna i sydvästra Stockholm

Tema: Alkohol

Plats: Folkets Hus i Huddinge

Målgrupp: Allmänläkare

MAJ

2 måndag, kl 08.30 – 16.00

Klinisk försäkringsmedicin för AT-läkare,

3-dagars kurs

Plats: Medicinskt Kunskapscentrum,

Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal: Fataburen

Målgrupp: AT-läkare

3 tisdag, kl 12.00 – 12.55

Update om medicin och läkemedel

Det senaste om strokebehandling

Plats: Matsal 1, KS-restaurangen, Karolinska i Solna

Målgrupp: Läkare

4 onsdag, kl 13.00 – 16.00

KOL - en sjukdom som inte går att bota!

Plats: HandenGeriatriska, Dalarövägen 6, samlingssalen

Målgrupp: Sjuksköterskor

10 tisdag, kl 13.00 – 16.00

Hjärtsvikt – vår stora folksjukdom!

Plats: Brommageriatriken, samlingssalen plan 3

Målgrupp: Sjuksköterskor