

Session 6 og 7: Medicin – viden og refleksion

Antidepressiva – midler mod depression



Antidepressiva – midler mod depression



Dette materiale er baggrund for facilitators oplæg om antidepressive midler. Det skal ikke bruges direkte, men er udgangspunkt for oplægget, som gennemføres som en del af rundbordssamtalen i sessionen. Sproget er ikke tilpasset ikke-lægemiddelkyndige, hvilket der skal tages højde for.

Materialet er disponeret efter spørgsmålene i oplægget til sessionen. Spørgsmålene går igen i deltagerarkene. Der er et deltagerark til antidepressiva og et generelt deltagerark. Grunden til, at der er udarbejdet et generelt ark er, at svarene på disse spørgsmål overordnet set er de samme for alle lægemiddelgrupper. De generelle spørgsmål kan tages som opsamling på en eller flere lægemiddelgrupper, eller de kan tages undervejs i sessionen, afhængig af deltagerens interesser og konkrete spørgsmål.

Deltagerarkene er bygget op, så deltagerne kan notere på dem undervejs.

Bagest i dette materiale findes en oversigt over lægemidler og henvisning til relevante kilder.

Disposition

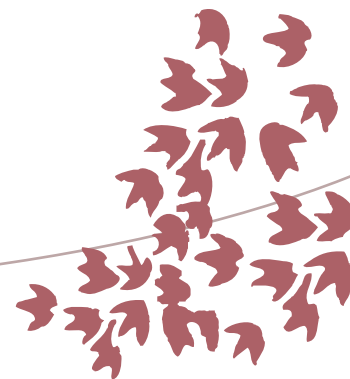
- Hvad bruges medicinen til?
- Hvilken virkning skal jeg forvente?
- Bivirkninger
- Hvad sker der, hvis jeg tager mere medicin end ordineret?
- Brug af anden medicin samtidig
- Praktiske råd
- Generelle forhold

Hvad bruges medicinen til?

Antidepressiva bliver grupperet på følgende måde efter hvilke signalstoffer i hjernen, de virker på:

- Hæmmere af neurotransmittergenoptag, der har en hæmmende virkning på genoptagelse af neurotransmitterne serotonin eller noradrenalin. I dette materiale er omtalt SSRI (en forkortelse af den engelske betegnelse ”**S**elective **S**erotonin **R**euptake **I**nhibitor” som refererer til midlernes biokemiske virkningsmåde på hjernecellerne.), SNRI (en forkortelse af den engelske betegnelse ”**S**erotonin og **N**oradrenaline **R**euptake **I**nhibitor” som refererer til midlernes biokemiske virkningsmåde på hjernecellerne), TCA (tricykliste antidepressiva). I gruppen findes også NARI (noradrenalinoptagshæmmere). De er ikke omtalt i materialet, idet de kun anvendes i meget begrænset omfang.
- MAO-hæmmere, der hæmmer enzymet monoaminoxidase (MAO) i det præsynaptiske neuron. Disse er ikke omtalt i materialet, idet de kun anvendes i meget begrænset omfang.
- Hæmmere af adrenerge receptorer, der hæmmer adrenerge receptorer i den præsynaptiske cellemembranen og dermed øger mængden af både serotonin og noradrenalin: NaSSA (en forkortelse af den engelske betegnelse ”**N**oradrenergic and **S**pecific **S**erotonergic **A**ntidepressants” som refererer til midlernes biokemiske virkningsmåde på hjernecellerne.)
- Melatoninagonister, der bl.a. virker ved at stimulere melatoninreceptorerne. Valdoxan (agomelatin) tilhører denne gruppe antidepressiva. De er ikke omtalt i materialet, da de kun anvendes i begrænset omfang.

Antidepressiva – midler mod depression



Ca. 68 % af alle ordinationer af antidepressiva tilhører SSRI gruppen (2010).

Selvom hovedindikationen er depression, er flere SSRI også registreret til andre indikationer som panikangst, social fobi, generaliseret angst, obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangstanker/-handlinger), spiseforstyrrelser (hvor man har størst erfaring med fluoxetin) og enkelte til posttraumatisk stress-tilstand (paroxetin og sertralin).

Hvilken virkning skal jeg forvente?

Hæver det forsænkede stemningsleje

En begyndende effekt forventes efter 1-4 uger. Det vil sige, at det sygeligt forsænkede stemningsleje gradvist hæves. Undersøgelser viser, at normal tristhed og sorg derimod ikke påvirkes. Positivt behandlingsresultat, dvs. remission af tilstanden, ses oftest efter 4-6 ugers behandling.

Normaliserer det nedsatte psykomotoriske tempo

Kan også kaldes en hæmningsløsende virkning (indenfor 1-2 uger). Det vil sige, at den forstening (den såkaldte psykomotoriske hæmning/det nedsatte psykomotoriske tempo), som depressive mennesker ofte lider af, hæves.

Normaliserer forstyrrede kropsfunktioner

Fx søvnbesvær. Det gælder for visse af stofferne, at der er en sløvende/beroligende effekt (aftager oftest efter 1 - 2 uger). Dette er en stor fordel hos patienter, hvis søvn er forstyrret af depressionen, fordi hele dosis kan tages til natten, så søvnen bedre sikres.

Dæmper angst

Forebygger panikanfald. Dette gælder i særlig grad for de antidepressiva, der påvirker serotonin. Modvirker tvangstanker og tvangshandlinger. Dette gælder for de antidepressiva, der påvirker serotonin.

Mindsker emotionel uligevægt og impuls-handlinger

Symptomerne kan fx være bekymring, nedtrykthed, angst og afmagtsfølelse. Symptomer, der har overlap med depression, dog uden at være en depression. Symptomerne kan bl.a. opstå efter en traumatisk hændelse.

Desuden har nogle antidepressiva (TCA og SNRI) en smertestillende effekt ved smerter, der er meget vanskelige at behandle med andre midler.

Virker den medicinske behandling altid?

Mellem 25 og 50 % af de patienter, der behandles for en akut depressiv episode, responderer ikke til fredsstillende på behandlingen inden for 12 uger. Det gælder generelt, at jo værre depressionen er, desto bedre virker stofferne.

Efter 6 - 8 ugers behandling har antidepressiva effekt hos 50 - 70 % af patienterne. Ved svære depressioner stiger effektiviteten til at give effekt hos 60 - 70 % af patienterne. SSRI kan med særlig god effekt kombineres med psykoterapi (2, 4).

Dosering er individuel

Der er stor forskel på stoffernes plasmahalveringstid, og der er stor forskel fra person til person på, hvor hurtigt antidepressiva nedbrydes i leveren. Derfor er doseringen meget individuel. Man kan med fordel ud fra blodprøver bestemme den mest hensigtsmæssige dosering, så risikoen for bivirkninger bliver så lille som muligt.

Virkemåde

Den biologiske forklaring på depression er, at der er for lidt transmitterstof mellem nogle af hjernens celler, og det giver depression. Det har endnu ikke været muligt at bevise denne model videnskabeligt. Det faktum, at SSRI øger mængden af transmitterstof i synapsespalten, tages som et indirekte bevis for, at teorien passer (3).

Antidepressiva – midler mod depression



SSRI fjerner symptomerne på en depression, men den vender tilbage, hvis behandlingen afbrydes, inden depressionen forventes at være lettet spontant. En depression varer typisk ½-1 år. Derfor er det bedst at fortsætte med behandlingen i ca. 1 år efter, at symptomerne er forsvundet (4).

Den kliniske virkning omfatter dels normalisering af stemningslejet, dels ophævelse af den psykomotoriske hæmning. Dertil kommer regression af ledsagesymptomer som søvnløshed, appetitløshed, angst og diverse somatisk prægede symptomer. Ofte vil omgivelserne bemærke begyndende bedring, før patienten gør det, da den psykomotoriske hæmning sædvanligvis letter før selve depressionen. Patienten har derfor pludselig overskud til at handle, selvom stemningslejet ikke er ændret. I dette tidsinterval er selvmordsrisikoen størst, idet patienterne bedre end tidligere er i stand til at realisere eventuelle tanker om selvmord.

Behandling af børn

Medicin til børn og unge er omdiskuteret, bl.a. fordi de fleste SSRI-præparater har ingen eller kun ringe effekt på unge under 25 år.

De gældende retningslinjer er derfor følgende: Ved let til moderat depression anbefales psykoterapi som førstevalg. Behandling med antidepressive lægemidler er aktuelt, hvis der ikke er effekt af psykoterapi, eller psykoterapien ikke kan gennemføres. Antidepressiva bør altså først bruges, hvis psykoterapi ikke har virket. Ved sværere depression kan medikamentel behandling være indiceret fra begyndelsen samtidig med psykoterapi.

På nuværende tidspunkt er fluoxetin det eneste godkendte præparat til behandling af depressive børn ned til 8 års alderen. Fluoxetin anbefales derfor som førstevalgspræparat frem for citalopram og sertralin. Disse to præparater anbefales, hvis fluoxetin ikke tåles, eller barnet tidligere med succes har været behandlet med et af præparaterne.

Ved behandling med fluoxetin vil der ofte startes med en lav daglig dosis (fx 10 mg), og efter et par uger øges dosis (fx til 20 mg). Medicinen fås som tabletter, opløselige tabletter og mikstur (oral opløsning).

Bivirkninger

For hver gruppe er angivet de almindeligste bivirkninger.

SSRI

Kvalme og opkastninger, hovedpine, angst, uro og rastløshed, søvnforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser, rysten, mundtørhed og sveden.

Bivirkningsprofilen varierer fra stof til stof. Bivirkninger ses hyppigst i starten af behandlingen, og de fleste forsvinder som regel ved fortsat behandling.

De fleste bivirkninger skyldes for meget serotonin, som er med til at fjerne depressionen. Flere stoffer har dog også en svag antikolinerg og kardiovaskulær effekt. Ofte kan dosis nedsættes lidt og derved undgå eller begrænse bivirkningerne.

Stoffernes hyppigste bivirkninger er overvejende relateret til mave-tarmkanalen (kvalme og opkastninger, sjældnere forstoppelse eller diaré). Disse bivirkninger er oftest forbigående, men har dog vist sig at være et problem for ca. 20 % af patienterne, og 10 % af patienterne ophører af denne årsag med behandlingen.

Af andre væsentlige bivirkninger, som også oftest opleves tidligt i behandlingen, skal nævnes søvnbesvær, nervøsitet, ængstelse og agitation. Seksuelle forstyrrelser i form af hæmning af sexlivet, både med hensyn til lyst, evne og udløsning, optræder hos 30 - 40 % af de behandlede patienter.

Antidepressiva – midler mod depression



Rysten, mundtørhed og sveden kan ses, men er i øvrigt bivirkninger som relateres til behandling med SNRI og TCA.

Generelt antages det, at SSRI, SNRI og NaSSA har færre og mere tolerable bivirkninger end TCA, hvilket er relevant ved behandling af ældre og/eller patienter med hjertesygdomme.

SNRI

Mundtørhed, kvalme, hovedpine, søvnighed.

Visse bivirkninger som fx træthed og søvnforstyrrelser kan være vanskelige at skelne fra selve sygdommen

NaSSA

Søvnighed, opkastning, svimmelhed.

Søvnighed optræder hovedsageligt i de første uger af behandlingen.

Visse bivirkninger som fx træthed og søvnforstyrrelser kan være vanskelige at skelne fra selve sygdommen.

De fleste bivirkninger af SSRI, SNRI og NaSSA kommer i starten og forsvinder ved fortsat behandling.

TCA: Mundtørhed, forstoppelse, lavt blodtryk, forvirring, svimmelhed, sløret syn.

De hyppigste og mest generende antikolinerge symptomer er urinretention og ileus (tarmslyng), som oftest er beskrevet hos ældre. Mundtørhed er udtalt og fører hos mange patienter til øget cariesfrekvens og mundslimhindelidelser. Denne bivirkning er permanent under behandlingen, men svinder ved seponering og bør føre til hyppigere tandlægekontrol.

De cirkulatoriske bivirkninger er de alvorligste. Specielt må man være opmærksom på ændringer i hjertets overledningshastighed, såvel intraventrikulært i form af grenblok, som varierende grader af AV-blok.

Der er korrelation mellem høje plasmakoncentrationer af tricykliske antidepressiva og de kardiotoxiske bivirkninger

Ortostatisk blodtryksfald må forventes hos ca. 20 % af patienterne (50 % > 60 år). Risikoen ved denne bivirkning er størst for ældre patienter, hvor fald med fare for collum femoris-fraktur kan forekomme. Denne bivirkning er ikke dosisafhængig og forekommer selv ved subterapeutiske plasmakoncentrationer. Bivirkningen ses mest udtalt ved behandling med tertiære aminer, fx imipramin, amitriptylin og clomipramin. Det er påvist, at ved nortriptylinbehandling er denne bivirkning mindre hyppigt til stede.

Blandt de psykiske bivirkninger kan specielt nævnes risiko for udvikling af mani og konfusion. Kilde: pro.medicin.dk

Seponeringssymptomer

Hos ca. 1/3 af alle patienter, der er behandlet med antidepressiv medicin, vil der ved brat seponering opstå ubehagelige symptomer. Disse er ofte fejlagtigt omtalt som abstinenssymptomer, men eftersom antidepressiva ikke giver anledning til tolerans eller craving, ligesom fx opiater eller alkohol, er dette en misvisende betegnelse

Hvis antidepressiv behandling skal seponeres, bør det i de fleste tilfælde gøres gradvist over et par måneder. Brat seponering kan give seponeringssymptomer, fx influenzalignende symptomer samt svimmelhed, søvnforstyrrelser og rastløshed. Symptomerne opstår oftest 3 - 4 dage efter seponering og varer fra få dage til flere uger.

Seponeringssymptomerne omfatter svimmelhed, ataksi (manglende evne til at samordne bevægelser), gastro-intestinale symptomer, influenzalignende symptomer, insomni (søvnløshed), mareridt, angst, agitation (heftig uro, rastløshed), grådlabilitet, irritabilitet, overaktivitet, koncentrations- og hukommelsesproblemer, nedsat stemningsleje,

Antidepressiva – midler mod depression



konfusion, depersonalisationssymptomer (svækkelse eller tab af egen personlighed eller viden om denne) og kramper. Desuden kan ses fornemmelse af elektriske stød i ekstremiteterne og svimmelhed, der forværres ved bevægelser.

Seponeringssymptomer ved antidepressiva ses i praksis relativt sjældent, fordi der er god tradition for at trappe patienter gradvis ud af enhver form for psykofarmaka. Generelt anbefales aftrapning af antidepressiv medicin over mindst en 4-ugers periode (dette er dog næppe nødvendigt for fluoxetin på grund af den lange halveringstid). Sidste del af perioden bør der aftrappes med særligt små ændringer ad gangen, dette gælder især for stoffer med kort halveringstid.

Hvis seponeringssymptomerne er milde, behøver de ikke at blive behandlet, men orientering om deres godartede natur (alle symptomerne går over af sig selv igen) kan være tilstrækkeligt. I sværere tilfælde overvejes at starte med det oprindelige antidepressive medikament i den dosis, som var effektiv i behandlingen, og så gradvist trappe ud. I svære tilfælde eller efter forgæves forsøg på gradvis udtrapning, overvejes skift til fluoxetin og derefter gradvis udtrapning af dette stof.

Hvad sker der, hvis jeg tager mere medicin end ordineret?

Serotoninsyndrom er en tilstand, hvor der er for meget serotonin i hjernestamme og rygmarg. Som regel udvikles syndromet som følge af lægemiddelinteraktion (fx kombinationsbehandling med MAO-hæmmere og specifikke serotoningenoptagshæmmere, SSRI, SNRI, lithium eller TCA). Syndromet kan også opstå i forbindelse med start på behandling eller ved dosisforøgelse.

Hovedsymptomer er forhøjet temperatur ($\geq 38^\circ\text{C}$) og muskelspasmers ledsaget af en række andre symptomer, hvoraf mindst 3 af disse er til stede: Ændring af mental status (konfusion, hypomani),

agitation, hyper- eller hypotension, takykardi, diarré, øget svedtendens, kulderystelser, tremor, ukoordinerede bevægelser, hyperrefleksi.

Andre årsager til symptomerne, som fx infektion, metaboliske forstyrrelser, abstinenser eller stofmisbrug, skal være udelukket.

Tilstanden udvikles ofte meget hurtigt, dvs. inden for timer efter tabletindtagelse. Det er alvorligt, hvis syndromet opstår (er endt med dødelig udgang) og derfor seponeres straks al medicin. De fleste patienter kommer sig dog inden for få dage efter seponering og en almenstøttende behandling (væsketilførsel, afkøling m.v.).

Brug af anden medicin samtidig

Nedenstående stammer fra www.interaktionsdatabasen.dk. Den findes i en mere tilgængelig udgave på www.medicinkombination.dk.

SSRI, SNRI, NaSSA

Den systematiske dokumentation er sparsom, men på baggrund af virkningsmekanismer og patienthistorier vurderes det, at risikoen for at udløse et serotonergt syndrom er til stede i et betydeligt omfang ved behandling med MAO-hæmmere (fx Moclobemid og Aurorix), triptaner (især sumatriptan) og tramadol ved samtidig behandling med SSRI præparater. Kun interaktionen med moclobemid er ifølge interaktionsdatabasen en kritisk interaktion. Dvs. at samtidig behandling med MAO-hæmmere bør undgås.

IRF anbefaler citalopram, escitalopram og sertralin som 1. valg, da de har færre interaktioner med andre lægemidler end andre SSRI'er, og ikke har så lang halveringstid som Fluoxetin (4).

For paroxetin og fluvoxamin er der yderligere nogle kombinationer, fx med visse antipsykotika, der bør undgås.

Antidepressiva – midler mod depression



Forsigtighedsregler

Da perikums virkningsmekanisme ligner MAO-hæmmernes, vil der ud fra et teoretisk synspunkt være mulighed for forekomst af serotonin syndrom ved kombinationsbehandling med de øvrige antidepressiva. Perikon er i interaktionsdatabasen kun nævnt ved paroxetin som grøn – dvs. de kan anvendes samtidig ifølge interaktionsdatabasen – men da der er risiko for serotonerge bivirkninger - og ved flere præparater, fx triptan eller tramadol oveni - også serotonin syndrom, bør man absolut være forsigtig (5).

Grapefrugtjuice kan øge plasmakoncentrationen af fluvoxamin og sertralin pga. hæmmet enzymsætning i tarmen. Der er i litteraturen ikke beskrevet interaktioner mellem grapefrugtjuice og citalopram, fluoxetin og paroxetin. Men da grapefrugtjuice hæmmer omsætningen af fluvoxamin og sertralin, vil der ud fra et teoretisk synspunkt være mulighed for interaktion mellem grapefrugtjuice og de øvrige SSRI (5).

TCA

I Interaktionsdatabasen fremgår, at det hovedsageligt er ovenstående kombinationer, der kræver opmærksomhed også ved TCA. Imidlertid fremgår nedenstående af pro.medicin.dk. Det kan evt. vælges kun at slå konkrete præparater op, som er relevante for deltagerne.

Andre psykofarmaka

MAO-hæmmere i kombination med tricykliske antidepressiva kan medføre farlige bivirkninger, især hvis man starter behandlingen med en MAO-hæmmer (isocarboxazid) og derefter supplerer med eller skifter til et tricyklisk antidepressivum (neurotoksicitet, kramper, serotonin syndrom (hypertermi, hypertension, myoklonus, konfusion)). Der bør gå mindst 14 dage mellem seponering af isocarboxazid og start på behandling med tricykliske antidepressiva.

Antipsykotika, fluoxetin, fluvoxamin og paroxetin, men ikke citalopram og sertralin, giver i terapeutiske doser anledning til øgning i plasmakoncentrationen af tricykliske antidepressiva. Samtidig behandling med SSRI og TCA kan medføre risiko for serotonin syndrom, mens SNRI og TCA i kombination kan øge risikoen for kardiovaskulære bivirkninger.

Somatisk medicin

Adrenalin og noradrenalin, fx i lokalanalgetika (OBS tandlægebesøg), bør ikke gives til patienter i behandling med tricykliske antidepressiva, idet hypertensive reaktioner kan udløses.

Den antihypertensive virkning af clonidin (bruges til migræne og hedestigninger) svækkes.

Barbiturater, specielt phenobarbital og antiepileptika, fx carbamazepin, reducerer plasmakoncentrationen af tricykliske antidepressiva.

Antihistaminer øger de antikolinerge virkninger af tricykliske antidepressiva.

Mefloquin (malariamiddel) og antiarytmika bør kun gives med stor forsigtighed sammen med antidepressiva, idet der er risiko for ledningsforstyrrelser i hjertet.

Tricykliske antidepressiva øger amphetamins plasmakoncentration og dermed den kliniske virkning.

Levodopa (parkinsonmiddel) forstærker risikoen for hypertension og kardiotoxicitet. Ved samtidig indgift af TCA og baclofen (til kroniske spastiske tilstande) kan muskeltonus aftage.

Antidepressiva – midler mod depression



Praktiske råd

- Medicinen begynder at virke efter 1 – 2 uger. Virkningen mærkes måske først efter 4 – 6 uger.
- Medicinen skal tages hver dag
- Behandlingen skal fortsætte, selvom brugeren mærker en positiv effekt
- Behandlingen må kun afbrydes efter aftale med lægen
- Ophør med medicinen sker som regel gradvist.

Virkningsstart

Det er meget forskelligt, hvor hurtigt medicinen virker.

Den initiale behandlingseffekt sætter ofte ind efter 1 - 2 uger, selv om en vis virkning allerede kan ses efter få dages behandling. Positivt behandlingsresultat, dvs. remission af tilstanden, ses oftest efter 4 - 6 ugers behandling, mens den maksimale effekt først ses efter 4 - 8 ugers behandling. Nogle gange varer det endnu længere. Evt. kan dosis øges, eller nyt præparat forsøges.

Ofte vil omgivelserne bemærke begyndende bedring, før patienten gør det, da den psykomotoriske hæmning sædvanligvis letter nogle dage før selve depressionen. Se Virkemåde, side 3.

Fastholdelse af behandlingen

Under halvdelen af dem, der får medicinsk behandling for depression, får medicinsk behandling i tilstrækkelige doser og i tilstrækkelig lang tid. Det kan skyldes:

- Manglende accept af selve sygdommen
- Manglende accept af behandlingen. Man forstår måske ikke vigtigheden af behandlingen eller har en negativ indstilling til at tage medicin. 30 % ophører med antidepressiv medicin inden for den første måned

- Manglende fastholdelse af behandlingen i starten. Da der er stor risiko for bivirkninger, og effekten måske ikke mærkes, er der flere, der stopper, fordi de ikke tror på, at behandlingen nytter
- Manglende fastholdelse af langvarig behandling. Når man føler sig rask, kan det være svært at forstå, at det er nødvendigt at fortsætte behandlingen. Nogle mangler kendskab til eller tror måske ikke på, at der herved er en forøget risiko for en ny depression.

Ophør med behandlingen

Behandlingen må kun afbrydes efter aftale med lægen, og det er vigtigt, at der aftrappes forsigtigt, både af hensyn til risikoen for tilbagefald og for at undgå seponeringssymptomer. Se også side 5.

Behandlingen skal fortsætte mindst ½ - 1 år efter, at man føler sig rask. Ofte er der grund til at fortsætte længere med medicinen. Se også virkemåde side 3.

Antidepressiva – midler mod depression



Oversigt over lægemidlerne

Opdateret fra pro.medicin.dk 9/11. 2011

Indholdsstof

Præparater

SSRI

Citalopram	Cipramil, Citalopram, Seropram
Escitalopram	Cipralex, Escitalopram, Esertia, Seroplex
Fluoxetin	Fluoxetin, Flutin, Fontex
Fluvoxamin	Fevarin
Paroxetin	Paroxetin, Seroxat
Sertralin	Sertralin, Zoloft

SNRI

Duloxetin	Cymbalta, Xeristar
Venlafaxin	Efexor, Venlafaxin

NaSSA

Mianserin	Mianserin, Tolmin, Tolvon
Mirtazapin	Arintapin, Combar, Mirtazapin, Mirtin, Remeron

TCA

Amitriptylin	Amitriptylin, Saroten
Clomipramin	Anafranil, Clomipraminhydrochlorid
Dosulepin	Prothiaden
Doxepin	Sinquan
Imipramin	Imipramin
Maprotilin	Ludiomil
Nortriptylin	Noritren

Kilder

Lægemiddelstyrelsens statistik, www.medstat.dk, juni 2011.

www.netdoktor.dk, juni 2011.

www.psyknet.dk, juni 2011.

Stage, Kurt B.: Akut farmakologisk behandling af depression, Rationel Farmakoterapi nr. 10, 2007.

www.interaktionsdatabasen.dk, juni 2011.

www.irf.dk, juni 2011.

www.medicinmedfornuft.dk, juni 2011.

www.irf.dk/aendreretningslinier/antidepressiv_medicinoggraviditet, juni 2011.

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Sundhedsstyrelsen, den 10. december 2007.

Praktiserende læger må ikke behandle børn og unge med antidepressiva (lykkepiller).

<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyhedsbreve>, juni 2011.