

Läkemedelsbulletinen

Årgång 23 | Nummer 1 | Februari 2023

Basläkemedel 2023 – vad är nytt under solen?



I den första Läkemedelsbulletinen sedan jag tog över ordförandeskapet i oktober har jag glädjen att tillsammans med Läkemedelskommittén och expertgrupperna presentera den nya basläkemedelslistan för 2023. Listan innehåller som traditionen sig bör rekommenderade läkemedel för behandling av vanliga sjukdomar och tillstånd. Den omfattar inte preparat

för mindre patientgrupper med svåra eller ovanliga sjukdomstillstånd. Här finns "det bästa för de flesta", med all respekt för att vissa patienter behöver andra alternativ än de som finns på listan. Av tidigare undersökningar vet vi att följsamheten till rekommendationerna är stor.

Rekommendationerna är grundade på vetenskaplig dokumentation avseende effekt och säkerhet. Hänsyn tas även till kostnadseffektivitet och miljöaspekter. Arbetet med revideringen av basläkemedelslistan sker huvudsakligen i Läkemedelskommitténs expertgrupper där många kloka professionsföreträdare är engagerade. I expertgrupperna finns både medicinsk och farmaceutisk kompetens samt i vissa grupper även specialistsjuksköterska eller fysioterapeut.

Basläkemedelslistan för 2023 innehåller för första gången QR-koder, som länkar till intressanta kunskapsunderlag. Vi har också lagt till en innehållsförteckning för att snabbt hitta det avsnitt man söker men ordningen följer fortfarande i stort sett ATC-koderna.

En nyhet i årets basläkemedelslista är ett separat avsnitt om levnadsvanor - läs gärna! Goda levnadsvanor är grunden till ett hälsosamt liv och i förlängningen mindre behov av läkemedel. Det är många tillstånd som kan förebyggas eller förbättras med hälsosamma levnadsvanor.

Ni upptäcker också att infektionsavsnittet förändrats. Listan över rekommenderade antibiotika har i år ersatts av en QR-kod till appen Strama nationell. Där finns appversionen av regnbågsbroschyren med rekommendationer om hur man

handlägger och behandlar vanliga infektioner. Efter pandemin ser vi återigen en ökande användning av antibiotika, både i Västmanland och nationellt. Bjud gärna in vår Strama-läkare Freya Brodersen till er verksamhet för en dialog om klok antibiotikaanvändning.

Läkemedelskommittén ser effekter efter flera år av arbete med vårdorsakat beroende. Ett evidensbaserat förhållningssätt vid förskrivning leder till en minskad användning av opioider, att preparaten används när de behövs och inte för länge. Genom dialog med läkemedelsföretag har nyligen en liten förpackning med morfin i låg dos introducerats, anpassad för korttidsbehandling vid akut opioidkrävande smärta. Fortfarande erbjuder våra informationsläkare vårdcentraler och kliniker dialog på plats om dessa läkemedel.

I Läkemedelsbulletinens olika artiklar i detta nummer finns intressanta nyheter, kommentarer till de olika avsnitten av basläkemedelslistan och information om preparatförändringar 2023. Årets artiklar i Läkemedelsbulletinen belyser flera olika hälso- och sjukdomstillstånd och kan bidra till värdefull kunskap. Läs gärna och begrunda alla take home messages. Det är glädjande att så många delar med sig av sin erfarenhet och kompetens. Kontinuitet i rekommendationerna har också stor betydelse och flera delar är oförändrade jämfört med förra året.

Stort tack till alla ambitiösa och engagerade expertgruppsmedlemmar! Med ert arbete bidrar ni till en klok läkemedelsanvändning i Västmanland med hög kvalitet, patientnytta och goda medicinska resultat som följd.

Tillsammans kan vi med hjälp av expertgruppernas och läkemedelskommitténs rekommendationer främja en behovsbaserad, medicinskt ändamålsenlig och patientsäker läkemedelsanvändning!

LENA OTTOSSON BIXO

Ordförande Läkemedelskommittén i Västmanland
lena.bixo@regionvastmanland.se



Levnadsvanor

En av hälso- och sjukvårdens viktiga uppgifter är att erbjuda åtgärder för att främja hälsa och förebygga sjukdom hos de patienter vi möter. Idag finns en solid och evidensbaserad kunskap om vilka råd vi ska erbjuda patienterna och vilka metoder som ger bäst stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor.^(1,2) All hälso- och sjukvårdspersonal med självständig patientkontakt behöver kunna uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor, ge enkla råd och, vid behov, remittera patienten vidare för ytterligare stöd.

Eget avsnitt i basläkemedelslistan

En nyhet i årets basläkemedelslista är ett separat avsnitt om levnadsvanor. Där finns bland annat definierat vad som räknas som ohälsosam levnadsvana, vilken typ av stöd som rekommenderas och information om vart patienten kan hänvisas för fördjupad rådgivning.

Att kontinuerligt och rutinmässigt lyfta frågan om levnadsvanor kan förebygga upplevelsen av stigmatisering och av intrång på patientens integritet. Undersökningar visar dessutom att nästan alla patienter önskar diskutera levnadsvanor med sin vårdgivare.⁽³⁾ Kontinuerligt stöd och uppföljning utgör en central del av allt förändringsarbete och ökar sannolikheten för patienten att lyckas förändra en ohälsosam levnadsvana.

Vid operation

I samband med operation är risken med ohälsosamma levnadsvanor särskilt viktig att lyfta. Allt tobaksbruk räknas som en ohälsosam levnadsvana i samband med operation. Rökstopp före operation (från minst 4 till helst 8 veckor före operation) samt efter operation (från minst 4 till helst 8 veckor efter operation) normaliserar eller minskar kraftigt komplikationsriskerna.⁽⁴⁾ Rekommendation om rökstopp gäller även vid akuta operationer där stöd till rökfrihet 4–8 veckor efter operation är av stor vikt för att minska komplikationsrisken. Diplomerade tobaksavvänjare som kan stödja patienten till rökstopp finns både i primärvården och på Hälsocenter.

Levnadsvanor och hållbarhet hör ihop

Till sist! Hälsosamma levnadsvanor påverkar inte enbart individen utan även frågor som gäller klimat och hållbarhet. Svenska Läkaresällskapet har nyligen publicerat ett kunskapsunderlag till stöd för en mer hållbar hälso- och sjukvård.⁽⁵⁾ Ohälsosamma matvanor är den tredje viktigaste riskfaktorn för sjukdomsburden i Sverige. Råd om ett ökat intag av växtbaserad föda och ett begränsat intag av salt, rött kött,

charkprodukter och tillsatt socker minskar inte bara risken att drabbas av sjukdom utan är även viktiga ur ett hållbarhetsperspektiv. Råd om vardagsmotion och aktiv transport är ett annat sätt att påverka både riskerna med fysisk inaktivitet och stillasittande och samtidigt minska utsläpp av luftföroreningar förknippade med motoriserade transporter.

Summa summarum – Genom att ge evidensbaserade råd och stöd till förbättrade levnadsvanor genom hela vårdkedjan kan vi gemensamt skapa goda förutsättningar för både individ och miljö!

Expertgrupp Levnadsvanor

Lena Lönnberg

lena.lonnberg@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [1. Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)
- [2. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling](#)
- [3. Sveriges Kommuner och Regioner. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.](#)
- [4. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård, Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma Levnadsvanor – prevention och behandling. 2022.](#)
- [5. Svenska Läkaresällskapet. Klimat och hållbarhet i det kliniska arbetet](#)

Take home message

Evidensbaserade råd och stöd till förbättrade levnadsvanor genom hela vårdkedjan skapar goda förutsättningar för både individ och miljö.

Äldre och läkemedel

Några mindre förändringar

Det här året har vi inte gjort några stora förändringar i basläkemedelslistan inom det geriatriska området. Vi har lagt till Paraflex som ett olämpligt läkemedel för äldre på grund av risk för sedering och fall.

En annan förändring är att vi lägger till antiepileptika under läkemedel som särskilt ska beaktas vid förskrivning till äldre, med tanke på risk för fall och kognitiv påverkan. Om läkemedel mot epilepsi ska ges rekommenderas i första hand att prova med levetiracetam.

Opioider

Vad gäller äldre och smärtbehandling kommer morfin framöver att vara förstahandsval, förutsatt normal njurfunktion, och oxikodon andrahandsval. Anledningarna till detta är dels att det med morfin är möjligt att ge en lägre dos, nu till och med så låg som 2,5 mg då det sedan i oktober finns delbara tabletter på 5 mg. Men också att det står morfin på receptet så att det blir tydligt även för patienten vad det är för sorts läkemedel det handlar om.

Fentanyl tas bort från de rekommenderade läkemedlen hos äldre vid nociceptiv smärta. Det ska användas företrädesvis vid cancerrelaterad smärta och i palliativa situationer.

Vuxenpsykiatriska äldremottagningen

Och så några ord om den nyligen uppstartade Äldrepsykiatriska mottagningen. Sedan september 2022 finns Vuxenpsykiatriska äldremottagningen i Västerås. Det är en mottagning som inriktar sig på att se de äldre invånarnas (> 65år) sammansatta och komplexa psykiska problem. På mottagningen finns också kompetens kring kognitiva sjukdomar. Den kommer att ligga i samma hus som övrig psykiatrisk verksamhet på sjukhusområdet i Västerås. Remisser ställs som tidigare till "Vuxenpsykiatri Västerås remissmottagare" och kommer därefter att sorteras till rätt enhet.

Expertgrupp Äldre och läkemedel

Maria Brygg

maria.brygg@regionvastmanland.se

Ulrika Weidung

ulrika.weidung@regionvastmanland.se

Take home messages

- Glöm inte bort att utvärdera insatt läkemedelsbehandling och om utebliven effekt, seponera!
- "Start low, go slow"





Mage-Tarm

Sannolikt stor överförskrivning av protonpumpshämmare i Västmanland

Omeprazol var tillsammans med paracetamol det vanligast förskrivna läkemedlet i Sverige 2021. Protonpumpshämmare (PPI) som grupp är på goda grunder ett av våra vanligast förskrivna läkemedel. Det är bland annat essentiellt för eradikering av *Helicobacter Pylori*-infektioner, minskar symtombördan vid gastroesofageal refluxsjukdom och ger ett utmärkt förebyggande skydd mot ulcus när indicerat. Men antalet förskrivningar av protonpumpshämmare fort-

sätter att öka, medan indikationerna för läkemedelsgruppen inte breddats. År 2021 var förskrivningen av PPI i Västmanland, näst efter Stockholm, högst i landet. I en översiktsartikel i Läkartidningen (se referens nedan) resonerade man om att upp till hälften av all förskrivning av protonpumpshämmare är gjord på felaktig eller svag indikation. Därtill förskrivs ofta stående behandling där kortare kurer kanske hade varit att föredra och behandlingen blir då ofta stående tills vidare utan utvärdering av huruvida indikationen kvarstår.

En av de vanligaste anledningarna till förskrivning av PPI är dyspeptiska besvär. Vid funktionell dyspepsi, det vill säga vid besvär som antas ha ursprung i magsäck eller tolvfingertarm där man uteslutit organisk skada som genes till symtomen, är PPI en vanlig men oftast icke effektiv behandling. I en metaanalys var NNT ("number needed to treat") för PPI vid funktionell dyspepsi 10. Man resonerar dessutom kring att denna effekt kanske snarare berodde på överlappande symptom gentemot gastroesofageal refluxsjukdom, då de två sjukdomarna ofta klumpats ihop i äldre studier.

Utsättning, hur göra?

En upplevd vanlig kommentar från patienter som på väg indikation behandlats med PPI en längre tid är att de omgående får tillbaka sina symptom när de testat att sätta ut behandlingen. PPI verkar genom att hämma H^+/K^+ -ATPas i magsäckens parietalceller. Detta leder till minskad surhet och ökat pH-värde i magsäcken. Som ett svar på stigande pH i magsäcken ökar utsöndringen av gastrin i blodet, vilket stimulerar ökad tillväxt av parietalceller i magslemhinnan. Vid abrupt utsättning av PPI-behandling som pågått mer än en månad kommer förhöjda gastrin-nivåer göra att man riskerar att få ett rekylfenomen ("rebound hypersecretion") med ökad utsöndring av saltsyra i magsäcken.

Hypersekretion efter utsättning av långvarig PPI-behandling kan pågå i flera månader och upp till hälften av patienterna med långvarig PPI-behandling drabbas av rekylfenomen vid utsättning. Upplevelsen av att man inte klarar sig utan PPI-behandling efter lång tids konsumtion är således att förvänta. För att undvika detta bör man trappa ut behandlingen långsamt. Region Skåne rekommenderar till exempel nedtrappning under två månader med successivt minskad dos hos patienter med långvarig PPI-behandling. Ett annat sätt att lösa problemet är att tydligt informera patienten om risken med rekylfenomen, trappa ut behandlingen snabbare och sedan behandla med antacida om symptom på hypersekretion skulle uppträda.

Biverkningar

Biverkningar vid PPI-behandling är i allmänhet tolererbara, men inkluderar ökad risk för pneumoni, gastrointestinala infektioner och frakturer. NNH ("number needed to harm") för pneumoni är 333. Det kan låta högt, men blir mer relevant med hög överförskrivning i åtanke. Detta tillsammans med ökande kostnader för PPI-behandling är goda argument för att vi skall försöka minska förskrivningen.

Vilken PPI ska man välja?

Tidigare har protonpumpshämmarna omeprazol, esomeprazol och pantoprazol varit rekommenderade i basläkemedelslistan. Samtliga av dessa preparat är att betrakta som likvärdiga i standarddoser. Esomeprazol är dock ungefär tre gånger dyrare än omeprazol utifrån förskrivnen definierad dygnsdos. Vi betalar således mer för en likvärdig effekt. Med detta i beaktande har esomeprazol tagits bort från basläkemedelslistan. Pantoprazol är också något dyrare än

omeprazol vid jämförelse av pris per definierad dygnsdos, men har betydligt färre interaktioner med andra läkemedel. Därav är pantoprazol kvar på listan, trots sitt något högre pris. Detta rimmar väl med hur man resonerat i basläkemedelslistorna i närliggande regioner.

Dyspepsi och IBS

I årets basläkemedelslista har vi lagt till diagnosen "dyspepsi". PPI finns med som rekommenderat läkemedel här tillsammans med antacidapreparaten Novaluzid och Gaviscon. Det understryks att man vid förskrivning bör utvärdera insatt behandling. Vid utebliven effekt ska läkemedlet naturligtvis sättas ut och om patienten upplever effekt rekommenderas i första hand kortare kurer på två till fyra veckor vid behov framför stående behandling. Vad gäller antacidapreparaten så ingår de tyvärr inte i läkemedelförmånen. Vid lättare, intermittenta besvär kan de ändå vara värda att testa som vid behovsbehandling då effekten är snabbt insättande.

Vid mer uttalade besvär av funktionell dyspepsi med dominerande symptom i form av värk/smärta eller brännande känsla i epigastriet kan tricykliska antidepressiva, till exempel amitriptylin, ha symtomlindrande effekt. Denna effekt ses ej hos patienter som har tidig mättnadskänsla eller fyllnadskänsla efter måltid som dominerande symptom. Amitriptylin är tillagt som rekommenderat läkemedel vid smärta vid både IBS och dyspepsi i årets basläkemedelslista. Vad gäller IBS har amitriptylin visat effekt både på smärtsymtom och känsla av ofullständig tarmtömning.

Expertgrupp Mage-Tarm

Markus Gustafsson

markus.gustafsson@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [Stor överförskrivning och ökat bruk av protonpumpshämmare. Läkartidningen 2021;118:20220](#)
- [Outredd dyspepsi, ulkus samt funktionell dyspepsi \(svenskastroenterologi.se\)](#)

Take home messages

- Utvärdera effekten av insatt PPI-behandling.
- Vid funktionell dyspepsi är det bättre att använda korta kurer av PPI (2-4 veckor) vid försämringar än stående behandling.
- Långsam uttrappning av PPI ökar sannolikheten att lyckas sätta ut preparatet.

Typ 2-diabetes

Goda levnadsvanor är grunden i all prevention och behandling av typ 2-diabetes. Ett personcentrerat förhållningssätt är viktigt för patientens engagemang, känsla av delaktighet och ansvar för behandling och resultat. Särskilda riktlinjer finns som stöd avseende åtgärder vid:

- ohälsosamma matvanor
- otillräcklig fysisk aktivitet
- tobaksbruk
- riskbruk alkohol

Hälsosamma levnadsvanor förbättrar effekten av läkemedelsbehandling. ADA/EASD:s konsensusrapport 2022 fokuserar också på betydelsen av livsstilsintervention och betonar vikten av att individen själv är involverad i sin diabetesvård och vid behov erbjuds stöd till förbättrade levnadsvanor. Vid samtidig obesitas kan viktnedgång leda till betydligt förbättrad kardiovaskulär riskprofil inklusive lägre blodsockervärden.

Basen för all hjärt- och njurskyddande behandling vid typ 2-diabetes är förutom hälsosamma levnadsvanor även effektiv behandling av högt blodtryck samt blodfettssänkande behandling.

Glukossänkande läkemedel vid typ 2-diabetes

Behandlingen bör individualiseras. Faktorer som kan vara avgörande vid val av behandling är njurfunktion, etablerad hjärt-kärlsjukdom, hjärtsvikt, risk för hypoglykemi, diabetesduration, annan samsjuklighet samt patientens egenvårdsförmåga.

Grundbehandling

Metformin påbörjas i anslutning till diagnos och bör fortgå så länge ingen kontraindikation föreligger. Viktigt att regelbundet följa patientens njurfunktion och vid försämring dosreducera. Minska metformin till 500 mg x 2 vid eGFR <45 ml/min, sätt ut vid eGFR <30 ml/min.

Metformin ska pausas vid risksituationer för dehydrering eller svåra akuta tillstånd som kan påverka njurfunktionen eller orsaka vävnadshypoxi. Patienter som ordineras metformin ska erhålla muntlig och skriftlig instruktion att tillfälligt göra uppehåll med metformin vid tillstånd som riskerar att hastigt försämra njurfunktionen, till exempel kräkningar, diarré, betydande vätskeförlust eller hög feber.



Tilläggsbehandling

Komplettera med tilläggsbehandling vid behov, främst utifrån samsjuklighet. Typ 2-diabetes är en progressiv sjukdom och behandlingen bör därför omprövas regelbundet. Yngre patienter med typ 2-diabetes har betydligt högre risk varför det är viktigt med optimal kontroll av alla riskfaktorer. Egenmätning av blodsocker kan ge individen god insikt vad gäller levnadsvanors påverkan avseende blodsockret.

Tillägg vid hjärtsjukdom

- Vid manifest ischemisk hjärt-kärlsjukdom rekommenderas GLP-1-analog och/eller SGLT2-hämmare.
- Vid hjärtsvikt rekommenderas SGLT2-hämmare.

Vid typ 2-diabetes utan etablerad hjärt-kärlsjukdom men med multipla riskfaktorer rekommenderas GLP-1-analog eller SGLT2-hämmare med visad kardiovaskulär skyddseffekt. Enligt ADA/EASD:s konsensus rapport 2022 är definitionen av hög kardiovaskulär risk en ålder över 55 år i kombination med minst två av följande riskfaktorer: obesitas, hypertoni, rökning, hyperlipidemi eller albuminuri.

Rybelsus (semaglutid, samma aktiva substans som Ozempic) är en GLP-1-analog i tablettform. Preparatet har låg biotillgänglighet och variabilitet i absorption. Rybelsus rekommenderas inte med anledning av svårigheterna kring intag av preparatet och avsaknad av kardiovaskulära fördelar. Kan

eventuellt övervägas till patienter som har indikation för GLP-1-analog men inte kan acceptera injektionsbehandling. Patentet för GLP-1-analogen liraglutid (Victoza) beräknas gå ut 2023.

Tillägg vid njursjukdom

- Vid albuminuri rekommenderas i första hand SGLT2-hämmare, i andra hand GLP-1-analog.
- Vid mycket uttalad njursvikt rekommenderas avseende glukossänkande läkemedel DPP-4-hämmare, repaglinid (starta med låg dos, risk för hypoglykemi) eller insulin.

SGLT2-hämmare kan trots sämre glukossänkande effekt övervägas vid eGFR <45 ml/min för att minska risk för progress av njursjukdom. Starta med låg dos och överväg vid nyinsättning att tillfälligt minska eventuell diuretika-behandling. Följ upp kreatinin och elstatus. En ökad risk för ketoacidosis har noterats och kan förekomma även vid normala glukosvärden. Minskat kolhydratintag vid till exempel fasta, illamående/kräkningar eller kost med lågt kolhydratinnehåll kan medföra ökad risk för ketoacidosis. Övriga biverkningar är framför allt urogenitala infektioner.

SGLT2-hämmare ska, liksom metformin, tillfälligt sättas ut vid akut sjukdom med risk för dehydrering eller försämrad njurfunktion. Om ketoacidosis misstänks eller är diagnostiserad ska behandlingen med SGLT2-hämmare avbrytas



omedelbart. SGLT2-hämmare bör användas med försiktighet hos patienter med fotsår.

Inled inte behandling med SGLT2-hämmare vid misstanke om insulinbrist, till exempel vid högt blodsocker och ofrivillig vikt-nedgång. SGLT2-hämmare ska inte användas vid typ 1-diabetes.

DPP-4-hämmare har mindre HbA1c-sänkande effekt än andra läkemedel som tillägg men relativt få biverkningar. Patentet för sitagliptin (Januvia) har gått ut och generiskt sitagliptin rekommenderas i första hand, dosreduceras vid nedsatt njurfunktion. Linagliptin (Trajenta) finns som ett alternativ.

Tillägg vid övervikt

- Vid övervikt/obesitas rekommenderas i första hand GLP-1-analog, i andra hand SGLT2-hämmare.

Det är olämpligt att kombinera GLP-1-analog och DPP-4-hämmare på grund av att läkemedlen har likartad verkningsmekanism, båda är inkretinläkemedel.

Insulinbehandling

Insulinbehandling vid typ 2-diabetes ska vid diagnos övervägas om hyperglykemin är uttalad. Insulin kan senare ofta sättas ut parallellt med att metformin eller annan blodsockersänkande behandling ger effekt. Typ 2-diabetes är en progressiv sjukdom och vid lång diabetesduration finns ofta behov av insulin. Viktminskning vid högt blodsocker kan vara tecken på insulinbrist.

För behandling med insulin krävs som basal åtgärd att patienten instrueras avseende att mäta blodsocker, injicera insulin och åtgärda hypoglykemi. Om patientens egenvårds-kapacitet är begränsad ska hemsjukvård eller motsvarande kopplas in.

Vid behov av basinsulin: Använd NPH-insulin i första hand. Om NPH-insulin orsakar nattliga hypoglykemier och metabolt mål inte uppnås vid dosreducering: Välj Abasaglar (biosimilar till Lantus) eller Toujeo. Observera att Toujeo är mer koncentrerat (3 ggr mer). Dosfönstret på den förfyllda injektionspen-nan visar antalet enheter av Toujeo som ska injiceras. Tresiba har inte några uppenbara kliniska fördelar jämfört med andra långverkande insulinanaloger, är mindre kostnadseffektivt och ska inte användas som förstahandsval.

Vid behov av snabbverkande insulin (måltidsinsulin): Använd Insulin aspart Sanofi (biosimilar till NovoRapid) som har cirka 25 % lägre pris.

Anpassning av blodsockersänkande behandling för de mest sjuka och sköra äldre

Individanpassa behandlingen och ta hänsyn till livskvalitet och säkerhet. Symtomfrihet är målet. Hög grad av samsjuklighet medför ofta ökad prevalens av nedsatt njurfunktion. P-glukos bör hållas över 6 mmol/L respektive under

15 mmol/L för att undvika katabolism och hyperglykemiska symtom. HbA1c-mål bör inte användas men mätning av HbA1c kan ge vägledning om under- eller överbehandling föreligger. Bra nutrition är viktigt. Enstaka höga blodsocker-värden hos opåverkad patient bör inte behandlas med snabbverkande insulin på grund av risk för hypoglykemi.

Symtom på hypoglykemi kan vara svåra att tolka hos äldre och medföra kognitiva störningar, öka risken för falltrauma och öka risken för hjärtkärlmortalitet. Metformin bör undvikas. DPP-4-hämmare kan vara ett alternativ och innebär vid monoterapi låg risk för hypoglykemi, men effekten är ofta otillräcklig. GLP-1-analoger är olämpliga vid bristfälligt nutrition och viktminskning. SGLT2-hämmare är bristfälligt studerade i denna patientgrupp. I de flesta fall, när blodsockersänkande behandling bedöms nödvändig, är insulin det mest lämpliga behandlingsalternativet. Långverkande insulinanalog (Abasaglar) som morgondos är ofta det bästa alternativet då kvällsdos kan öka risken för hypoglykemi.

En fungerande behandling med NPH-insulin behöver inte bytas. Vid typ 1-diabetes bör man fortsätta med insulin i flerdosregim.

Läs gärna mer i ”Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre”.

Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Lena Ottosson Bixo

lena.bixo@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. Consensus report ADA/EASD. Diabetologia, 2022.](#)
- [Nationella riktlinjer för diabetesvård Socialstyrelsen, 2018.](#)
- [Typ 2-diabetes, uppföljning. NKK, 2021](#)
- [Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre 2022-2023.](#)

Take home message

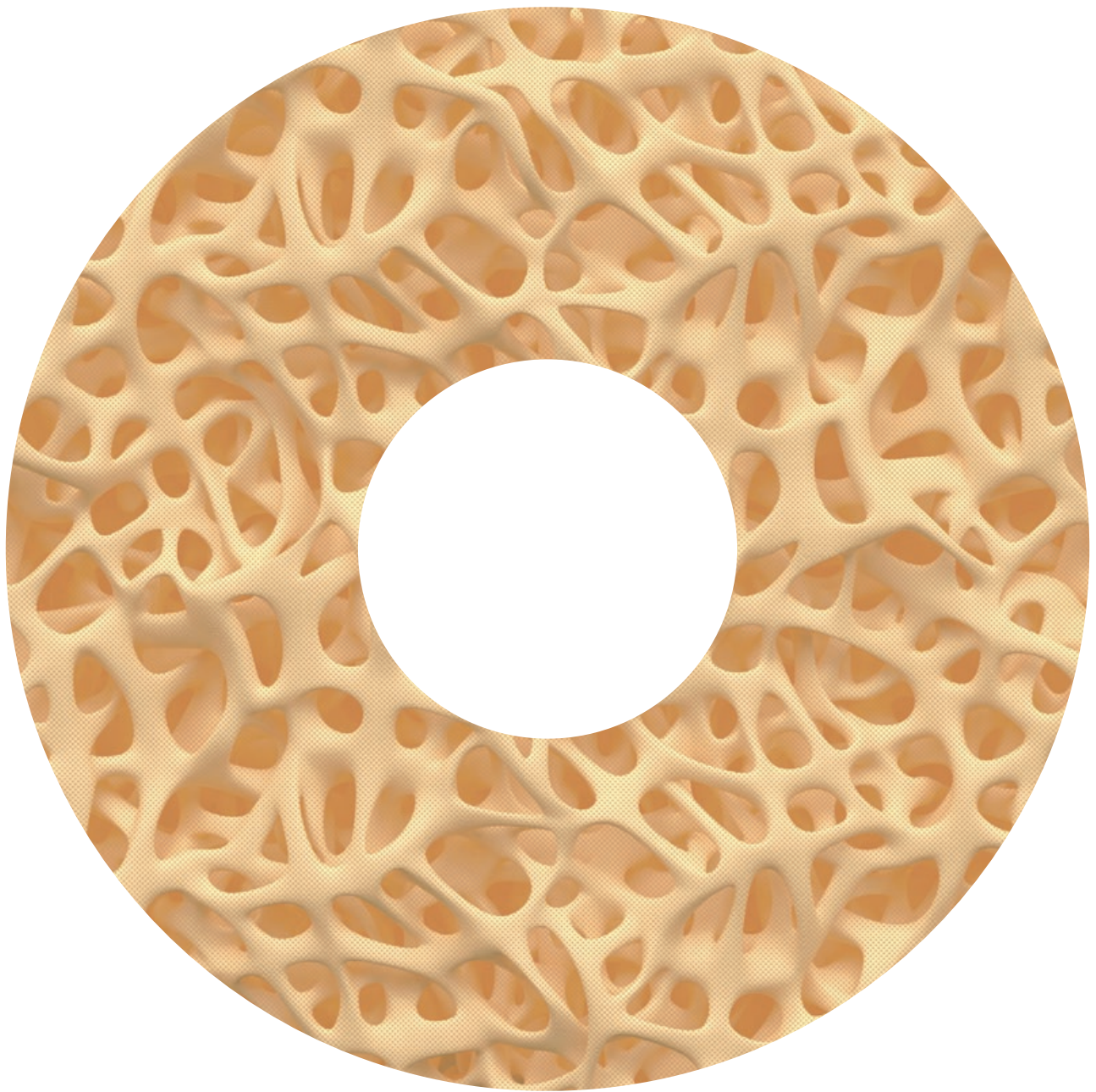
Läkemedel är endast en del i behandlingen av diabetes typ 2. Patienter har olika behov, beroende på bl a hälsotillstånd och förmåga att hantera egenvården. Patientutbildning och stöd avseende egenvård är en förutsättning för bra resultat av annan behandling.

Rökstopp och levnadsvanor

Metformin	Metformin	Metformin	Metformin	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Metformin
Obesitas	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Manifera kardiovaskulär sjukdom	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Metformin
GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic)	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	DPP-4-hämmare Sitagliptin (reducerad dos) Linagliptin (Trajenta)	DPP-4-hämmare Sitagliptin (reducerad dos) Linagliptin (Trajenta)	Allmänt Förskrivaren förväntas ta del av FASS-text
SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic)	SGLT2-hämmare bör övervägas som hjärtsviktbehandling oberoende av HbA1c	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	Meglitinid Repaglinid (Repaglinid) Insulin	Insulin	DPP-4-hämmare Måttlig effekt, viktneutral, ej hypoglykemi GLP-1-RA Uttalad effekt, viktneidgång, ej hypoglykemi Insulin NPH Upptitreringsbar effekt Risk hypoglykemi, viktuppgång
SGLT2-hämmare och/eller GLP1-RA bör övervägas för kardiovaskulär profylax oberoende av HbA1c-nivå	SGLT2-hämmare och/eller GLP1-RA bör övervägas för kardiovaskulär profylax oberoende av HbA1c-nivå	SGLT2-hämmare kan användas i njurskyddande syfte vid njursvikt, oberoende av HbA1c-nivå	SGLT2-hämmare och/eller GLP1-RA bör övervägas för kardiovaskulär profylax oberoende av HbA1c-nivå	GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic)	Insulin	Meglitinid (Repaglinid) Kan ges vid nedsatt njurfunktion Risk för hypoglykemi Viktuppgång SGLT-2-hämmare Måttlig/uttalad effekt, viktneidgång, ej hypoglykemi SU (Glimepirid) Risk hypoglykemi Viktuppgång Tiazolidindioner (Pioglitazon) Vid uttalad insulinresistens eller NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease)
Insulin						
Basulin Snabbverkande insulin						
Insuman Basal Insulin aspart Sanofi** (biosimilar till NovoRapid)						

* *Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. Consensus report EASD/ADA Diabetologia 65; 1925-1966

** Alla snabbverkande insuliner är likvärdiga och av kostnadsskäl väljs det billigaste alternativet vid nyinsättning och receptförmåelse.



Osteoporos

Osteoporos är en folksjukdom som ökar risken för frakturer. I Sverige beräknas cirka varannan kvinna och var femte man drabbas av en osteoporosrelaterad fraktur efter 50 års ålder. Nationella riktlinjer ger utredning och behandling av frakturpatienter mycket hög prioritet, vilket stärks av regionernas nationella system för kunskapsstyrning. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur är under implementering. Samtliga patienter över 50 års ålder som nyligen haft en fraktur som misstänks vara osteoporosrelaterad och alla patienter med höftfraktur oavsett ålder inkluderas i en frakturkedja. Där genomförs en systematisk riskvärdering och vid behov initieras vidare utredning och behandling.

Behandlingsrekommendationer

Behandlingsindikation avgörs inte enbart av bentäthetsmätning utan av patientens frakturrisik. Vid riskvärdering tas inte bara hänsyn till FRAX eller bentäthetsmätning, där görs en helhetsbedömning av aktuell patient med avseende på andra sjukdomstillstånd och hälsosituation. Hög ålder och tidigare fraktur är mycket starka riskfaktorer.

FRAX kan användas som ett stöd för bedömning inför behandling, men tar inte hänsyn till frakturtyp, antal tidigare frakturer, fallrisk eller kortisonodos. FRAX ersätter alltså inte den kliniska bedömningen.

Särskilt stark behandlingsindikation föreligger vid fraktur i kota eller höft. Genomgång av riskfaktorer och icke-farmakologisk behandling ska erbjudas till alla med en benskörhetsfraktur.

Läkemedelsbehandling bör alltid övervägas till:

- Patienter med nyligen genomgången eller tidigare fraktur i höft eller kota, oavsett bentäthet om det inte finns kontraindikationer.
- Patienter med annan nyligen eller tidigare genomgången osteoporosrelaterad fraktur och hög frakturrisik (≥ 20 % FRAX för osteoporosfraktur) samt låg bentäthet (≤ -1 i T-score).
- Patienter med låg bentäthet (≤ -2.5 i T-score) och hög frakturrisik (≥ 20 % FRAX för osteoporosfraktur).
- Patienter med peroral kortisonbehandling (mer än motsvarande 5 mg prednisolon dagligen och förväntad behandlingstid överstigande 3 mån) särskilt vid ålder över 65 år, tidigare fragilitetsfraktur, bentäthet lägre än -1 i T-score, postmenopausala kvinnor.

Bisfosfonat i form av infusion zoledronsyra eller veckotablett alendronat är förstahandsval vid behandling av osteoporos. Zoledronsyra ges en gång årligen, vilket innebär bättre följsamhet. Njurfunktionen skall alltid bedömas innan behandling med bisfosfonat, som inte ska ges om eGFR < 35 ml/min.

Denosumab (Prolia) rekommenderas vid intolerans eller kontraindikationer mot bisfosfonat, till exempel vid njursvikt (eGFR < 35 ml/min). Ges som subkutan injektion 2 ggr/år. Denosumab kan även ges i primärvård, med undantag för patienter som har kraftigt nedsatt njurfunktion som bör skötas på specialistklinik. Patienter med uttalad njursvikt har ökad risk att utveckla hypokalcemi.

Vid svår manifest osteoporos, framför allt vid multipla kotkompressioner, uttalad låg bentäthet och hög frakturrisik rekommenderas remiss till osteoporosspecialist redan vid diagnos för ställningstagande till anabol behandling. Teriparatid (specialistpreparat) kan övervägas vid mycket uttalad benskörhet med upprepade kotfrakturer. Ges som subkutan daglig injektion under 18-24 månader. Bör efterföljas av anti-resorptiv behandling.

Kalcium och D-vitamin rekommenderas vid dokumenterad brist, bristfälligt intag, kortisonbehandling eller vid samtidig benspecifik behandling. Kalcium och D-vitamin har otillräcklig frakturprebyggande effekt vid osteoporos och rekommenderas inte som monoterapi.

Behandlingstid

Bisfosfonat intravenös infusion – Zoledronsyra 1 gång/år. Ställningstagande till utsättning efter 3 doser (maximalt 6 doser).

Bisfosfonat peroral veckotablett – Alendronat. Ställningstagande till utsättning efter 5 år (maximalt 10 år).

Efter utsättning avtar effekten av bisfosfonat. Det finns för närvarande inga enhetliga riktlinjer för hur ofta man bör göra bentäthetsmätning för ställningstagande till ny behandlingsomgång i utvalda fall.

För denosumab (Prolia) är den optimala behandlingstiden inte fastställd. Den ökade bentäthet som erhållits av behandlingen med denosumab förloras efter utsättning och risken för kotfrakturer kan öka (reboundfenomen). Därför rekommenderas tillsvidarebehandling, till skillnad mot vad som gäller för bisfosfonater. Om man trots det behöver genomföra utsättning av denosumab bör man ge efterföljande en till två doser zoledronsyra, om njurfunktionen tillåter. Kontrollera njurfunktion och kalcium regelbundet efter insatt behandling.

Övriga frakturprebyggande åtgärder

Träning av balans, muskelstyrka och koordination bidrar till att minska fallrisken. Adekvat kost, bedöm energiintag vid risk för låg vikt. Hälsosamma levnadsvanor är grundläggande och tobaksbruk samt riskbruk alkohol bör uppmärksammas och åtgärdas. Beakta läkemedel som kan öka fallrisk och minska/sätta ut vid behov.

Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Lena Ottosson Bixo

lena.bixo@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [Osteoporos. NKK, 2021](#)
- [Vårdprogram för Osteoporos. Region Västmanland, ledningssystemet dok.nr 13260](#)
- [Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer – behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket, 2020](#)
- [Vårdprogram för osteoporos. Svenska Osteoporossällskapet, 2021](#)

Take home message

Vid benskörhetsfraktur: Utred för osteoporos och överväg alltid insättning av benspecifik läkemedelsbehandling. Bisfosfonat är förstahandsval när behandling sätts in om det inte finns kontraindikationer.

Blod

Basläkemedelslistan från expertgrupp blod lämnas i år väsentligen oförändrad. Nedan följer en kort sammanfattning om behandling och utredning vid venös tromboembolism (VTE), en vanlig patientkategori både inom primärvården och på akutmottagningen.

Behandling och utredning vid VTE

Initial utredning

Patient med konstaterad djup ventrombos (DVT) vid ultraljudsundersökning hänvisas från röntgen till medicinakuten. För dessa patienter, liksom för patienter med lungemboli och annan VTE, tas på akutmottagningen riktad anamnes och status för att hitta eventuell bakomliggande orsak till VTE, såsom koagulopati eller malignitet. Genomgång med patienten avseende hereditet, B-symtom, förändrade avföringsvanor, aptit, smärtor etc. görs. Provtagning bör innefatta CRP, blodstatus, leverstatus, elstatus, PK och APTT. Beslut om ytterligare provtagning vid behov utifrån anamnes och status.

Behandling

Blodförtunnande behandling startas på akutmottagningen och patienten erhåller kompressionsstrumpa vid DVT. Behandlingstiden med antikoagulantia vid förstagångs DVT är vanligen 6 månader. Hos helt besvärsfri patient med tillfällig riskfaktor och distal (nedom v poplitea) DVT kan 3 månaders behandling övervägas. Vid förstagångsinsjuknande i lungemboli rekommenderas 6 månaders behandling, men om massiv utbredning eller instabil patient vid insjuknandet ges behandling i minst 12 månader. Vid recidiv av VTE ges vanligen tillsvidarebehandling med antikoagulantia. Att beakta är att patienter med idiopatisk DVT har en recidivrisk på cirka 30 % inom 5 år efter DVT-insjuknandet. Recidivrisken vid idiopatisk lungemboli bedöms vara cirka 50 % inom 5 år, varför tillsvidarebehandling bör övervägas till dessa patienter.

Patienter med KOL och idiopatisk lungemboli bör erbjudas tillsvidarebehandling. Vid ställningstagande till behandlingstid görs en sammanvägd bedömning avseende recidivrisk utifrån riskfaktorer för VTE (såsom immobilisering, rökning, övervikt, cancersjukdom, koagulationsrubbing) och blödningsrisk. Reducerad dos NOAK efter 6 månaders behandling kan i vissa fall vara ett alternativ ⁽¹⁾.

Rivaroxaban och apixaban rekommenderas i första hand vid behandling av VTE. Apixaban är det preparat som är minst njurfunktionsberoende för sin eliminering (kan ges till patienter med njursvikt så länge eGFR överstiger 15 ml/min).

Rivaroxaban har fördelen att det ges i endosförfarande ⁽²⁻³⁾. Warfarin ges till patienter med konstaterat antifosfolipid-syndrom ⁽⁴⁾ och är också det enda orala antikoagulantia som kan ges till patienter med eGFR <15 ml/min. Under 2023 går patentet för rivaroxaban ut medan patentet för apixaban förfaller först 2026, varför man under denna period bör överväga insättning av rivaroxaban framför apixaban.

Uppföljning

Patient yngre än 50 år med VTE remitteras till hematologmottagningen för koagulationsutredning liksom patient med komplicerad VTE eller VTE med ovanlig lokalisering. Vid övriga förstagångs-VTE med tidsbegränsad behandling skickas också remiss till hematologmottagningen för uppföljning. Dessa patienter följs upp av antikoagulantiasjuksköterska. Vid recidivtrombos tas vanligen beslut om tillsvidarebehandling redan på akutmottagningen och remiss skickas till primärvården för uppföljning. Hematologens AK-mottagning kontaktar dock patienten för information om nyinsatt behandling. Vid misstanke om malignitet skickas remiss från akuten enligt SVF till rätt instans eller till primärvården för uppföljning. Uppföljning av patienter med lungemboli och högerkammarmbelastning sker på hjärtmottagningen. Onkologpatienter som drabbas av VTE följs upp av onkologkliniken. Vid behov står hematologkonsult till förfogande för diskussion avseende behandling och uppföljning ⁽⁵⁾.

Expertgrupp Blod

Josefin Hidman

josefin.hidman@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [1. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Di Nisio M et al, Lancet, 2016](#)
- [2. Oral Apixaban for the Treatment of Acute Venous Thromboembolism, G Agnelli et al., NEJM, Augusti 2013](#)
- [3. Oral Rivaroxaban for Symptomatic Venous Thromboembolism, The Einstein Investigators, NEJM, December 2010](#)
- [4. Rivaroxaban vs warfarin in high-risk patients with antiphospholipid syndrome, Pengo V et al, Blood, 2018](#)
- [5. PM i ledningssystemet: VTE-uppföljning](#)

Take home messages

- Hög recidivrisk föreligger vid idiopatisk VTE.
- Insättning av rivaroxaban framför apixaban bör övervägas vid patentutgången av rivaroxaban 2023.

Hjärta, njurar och kretslopp

Blodtryck

Få saker tjänar folkhälsan bättre, än att lägga ned ett stort engagemang på den nydiagnostiserade hypertoni-patienten.

Uppmuntra patienten att ta kontroll över sin situation, sina levnadsvanor – och sitt blodtryck! Diskutera! Motivera! Vid behov av fördjupad rådgivning; överväg en remiss till Hälsocenter! Förklara riskbilden, se till helheten: Rökning? Ålder? Blodtrycksnivå? Brist på fysisk aktivitet? Sömnbrädd? Diabetes? Uppmuntra till hembloodtryck! Det ska vara enkelt att ta blodtrycket! Sittande, framför tv-nyheterna, vila minst 5–10 minuter. Be patienten att dokumentera och glöm inte att efterfråga blodtryckslistor vid besöken på mottagningarna!

Om det är dags för läkemedelsbehandling, inled behandling med två preparat i måttlig dos.⁽¹⁾ RAAS-blockad i form av ACE-hämmare eller angiotensin-II-receptorblockerare (ARB), parat med kalciumblockerare, brukar fungera utmärkt. Se till att samtliga patienter hamnar under 140/90. Väl där, om patienten är välmående, utan yrsel eller kreatininstegring, siktar ni vidare, mot <130/80 i hemmiljö. Blodtrycksbehandling räddar liv!⁽²⁾

Kronisk njursvikt

Dapagliflozin är den första SGLT2-hämmaren som i klinisk prövning, jämfört med placebo, visat en minskad risk för progression av njurfunktionsnedsättning hos patienter med kronisk njursjukdom, oavsett förekomst av diabetes mellitus typ 2 eller ej. Utöver livsstilsförändring och blodtrycksbehandling, väljer vi att plocka in dapagliflozin på basläkemedelslistan som en evidensbaserad behandling som skydd mot progredierande njursvikt.⁽³⁾ Här kan dock finnas några fallgropar, varför vi vill att nefrolog ska tillfrågas innan start av behandling.

Hjärtsvikt

NKK? Viss? Internetmedicin? LOK? UpToDate? Janusinfo? Vårdförlopp hjärtsvikt? Var ska jag hämta information om hanteringen av min hjärtsviktspatient? Det är många aktörer som vill ta kommandot nu. Sanningen är att de flesta har rätt! Hjärtsvikt är vanligt, farligt och förtjänar också att tas på allvar. Nyupptäckt hjärtsvikt, med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF, EF <40 %) förtjänar särskild uppmärksamhet, enligt vårdförlopp hjärtsvikt. Se till att dina patienter, om de förväntas följa och gagnas av behandling, remitteras till kardiolog på din närmaste medicinklinik! Använd gärna remissmallen "Hjärtsvikt" i Cosmic!

SGLT2-hämmarna dapagliflozin och empagliflozin tas med på basläkemedelslistan för behandling av hjärtsvikt, då denna grupp av läkemedel utgör en av hörnstenarna vid behandling av hjärtsvikt med sänkt ejektionsfraktion. Ännu en gång betonar vi vikten av att läkemedlen ska ses som en del av hela omhändertagandet. Utbildning av patient och anhörig, fysioterapiledad träning och tät uppföljning hos hjärtsviktssjuksköterska är nog så viktigt!⁽⁴⁾

Sakubitril/valsartan (Entresto®) tas med på basläkemedelslistan, då allt fler patienter med HFrEF ställs på preparatet, istället för ACE-hämmare eller ARB. Det kommer därför bli allt vanligare med Entresto® hos patienter som är utremitterade från kardiolog. Rent praktiskt handhas preparatet som en ARB.

Hur gör jag då med min patient som har hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmarkfunktion (HFpEF)? Behandla co-morbiditet! Finns hypertoni? Finns KOL? Finns övervikt? Använd diuretika vid behov, men låt patienten ha koll på sin viktkurva.

Kolesterolsänkning

För de flesta patienter kommer man långt med statin + ezetimib. Kombiner tidigt med ezetimib hellre än att öka styrkan på den statin du förskrivit, om du behöver nå lägre i LDL-nivå. Det brukar vara mer effektivt och även mindre biverkningsbelastat.

Både PCSK9-hämmare och inkisiran finns tillgängligt på marknaden, men ska endast förskrivas efter bedömning av internmedicinare, endokrinolog eller kardiolog.

Antikoagulation

Samtliga fyra DOAK finns kvar på basläkemedelslistan, men här stundar patentutgångar för både dabigatran (Pradaxa®) och rivaroxaban (Xarelto®) inom kort, vilket bör påverka din förskrivning framöver.

Expertgrupp Hjärta, njurar och kretslopp

Ingemar Lönnberg

ingemar.lonnberg@regionvastmanland.se

Referenser/ länkar

1. [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, B Williams et al, European Heart Journal, 2018](#)
2. [Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels, M Brunström et al, JAMA Internal Medicine, 2017](#)
3. [Dapagliflozin in patients with Chronic kidney disease, H Heerspink et al, The New England Journal of Medicine, 2020](#)
4. [2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, T McDonagh et al, European Heart Journal 2021](#)

Take home message

Ta högt blodtryck på allvar!

Hud

Ett nytt behandlingsalternativ på basläkemedelslistan i år för ytliga solskador i huden, aktiniska keratoser, är det topikala cytostatikapreparatet Tolak. Det är en fluorouracilkräm som stryks på en gång dagligen i fyra veckor på de rodnade och skrovliga hudområden som önskas behandlas. Som med Aldara och Zyclara är en lokal hudreaktion av varierande grad att förvänta under behandlingen. Reaktionen är som mest uttalad mot slutet av behandlingsperioden och klingar sedan av inom fyra veckor efter avslutad behandling. Vid mycket kraftig reaktion i huden kan behandlingen i enstaka fall avslutas i förväg.

Som vanligt är förebyggande åtgärder mot solskador och hudtumörer i form av ökad försiktighet i solen något som gör en hudläkare glad.

Expertgrupp Hud

Karin Palmér

karin.palmer@regionvastmanland.se

Take home message

Tolak - ny topikal behandling för aktiniska keratoser



Gyneologi

Årets basläkemedelslista innehåller ett par justeringar vi kommer att belysa i artikeln. Vi berättar även om några nya läkemedel och i slutet finns en kort genomgång av behandling av smärtsam menstruation och endometrios.

Antikonception

Hormonspiral

I årets basläkemedelslista finns enbart Mirena med som rekommenderad spiral då Levosert inte längre är förmånsberättigad. Gedeon Richter, läkemedelsföretaget som handlar Levosert, har lanserat Levosertone som har en insättningshylsa lik Mirenas med enhandsfattning. Priset skiljer sig inte nämnvärt och Mirena är välkänd och har en lite smalare införingshylsa, varför den i nuläget står som enda spiral på listan. Mirena, Levosert och Levosertone är alla godkända för 6 års behandling för indikationen antikonception. I USA är Mirena godkänd för 8 års användning. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), rekommenderar att Mirena kan sitta i upp till 8 år kring menopaus.

Drovelis – nytt läkemedel

Drovelis är ett kombinerat p-piller med estetrol (ett fetalt östrogen som inte finns i andra p-piller) och drospironon som ges i en 24/4-regim. Studier har visat färre biverkningar och minskad risk för blodpropp jämfört med andra kombinerade p-piller. En annan fördel är att det inte metaboliseras av cytokrom p450 och därför ger mindre risk för läkemedelsinteraktioner. Huvudmetaboliterna av estetrol verkar heller inte ha någon miljöpåverkan, vilket andra kombinerade p-piller har. Drovelis ingår dock inte i högkostnadsskyddet.

Dienorette

Vi har i Västmanland sett en ökad förskrivning av Dienorette som är ett kombinerat p-piller med indikationen måttlig acne efter behandlingssvikt på topikala behandlingar eller perorala antibiotika. Preparatet innehåller dienogest (gestagen) och etinylestradiol (syntetiskt framställt östrogen). Det liknar östrogendominerade p-piller som innehåller drospironon och etinylestradiol (exempelvis Yaz och dess generika). Båda alternativen har i regel god effekt på acne, men det är endast Dienorette som har indikationen i FASS. Kostnaden för Dienorette ingår i högkostnadsskyddet.

Menopausal hormonterapi – MHT

Vi vill återigen belysa hormonbehandling i klimakteriet,

som vi i årets basläkemedelslista ändrat rubriken till. Under 2022 har Läke medelsverket kommit med en behandlingsrekommendation för MHT. I denna finns ett flödesschema (sid. 5) man kan följa vid insättning.

Rådet är att rekommendera hormonbehandling till friska kvinnor under 60 år i peri-/postmenopaus med östrogenbristsymtom som påverkar livskvaliteten negativt, om inga kontraindikationer finns. MHT är en effektiv behandling med snabbt insättande symtomlindring mot vasomotorsymtom såsom svettningar, värmevallningar och sömnproblem. Behandlingen har positiva effekter på livskvalitet, sömn, benmineralhalt och frakturrisik. Om MHT sätts in i nära anslutning till menopaus (före 60 års ålder eller maximalt inom 10 år efter menopaus) ses positiva effekter också på hjärt-kärlsjukdom, diabetes och total mortalitet. Den bortre behandlingsgränsen på fem år är helt ersatt med en bedömning av risk/nytta där påverkan på livskvalitet kan göra att behandlingen skall pågå betydligt längre tid. Efter mer än fem års behandling med kombinationen östrogen + gestagen har man sett att risken för bröstcancer ökar något, men nya studier tyder på minskad risk för bröstcancerrelaterad mortalitet.

Vi har till årets basläkemedelslista valt att ta bort doseringen som vi haft på vissa preparat under denna rubrik för att få en mer enhetlig lista. Vi hoppas och tror också att det faktum att man ska sträva efter lägsta effektiva dos är något förskrivande läkare i regionen är väl medvetna om. Transdermal östrogenbehandling medför inte samma riskökning för leverpåverkan och blodpropp som tabletter och rekommenderas därför till kvinnor med leverpåverkan, malabsorption och ökad risk för blodpropp. Det har under det gångna året kommit kombinationsplåster med östrogen och gestagen i både kontinuerlig behandling (Estalis) och kontinuerlig sekventiell behandling (Sequidot).

Dysmenorré och Endometriosis

En stor andel kvinnor besväras av dysmenorré, dvs smärt-sam menstruation. Grundbehandling är fulldos NSAID (t.ex. Naproxen) kombinerat med fulldos paracetamol. Smärta som då inte viker betecknas som svår dysmenorré.

Endometriosis drabbar kring 10 procent av kvinnor i fertil ålder och de vanligaste symtomen är svår dysmenorré, tarmbesvär, miktionsbesvär och djup samlagssmärta. Endometriosis innebär att det finns aktiva endometrie celler utanför livmoderkaviteten. Tidigare har diagnos enbart ställts vid kirurgi, men nu används

även vaginalt ultraljud och MR. Endometriosis är en sjukdom som är kronisk, inflammatorisk och östrogenberoende.

Vid dysmenorré eller misstanke om endometriosis är det viktigaste att minska symtomen oavsett diagnos då behandlingen är densamma. Hormonell behandling bör övervägas tidigt i förloppet med målsättningen blödningsfrihet eller åtminstone kraftigt minskad blödning. Förstahandsvalet är kombinerade p-piller i långcykelbehandling, där man kontinuerligt tar de hormoninnehållande tabletterna och hoppar över placebotabletterna. Hormonspiral och desogestrel minskar också effektivt blödningsmängd och smärta. Kopparspiral skall undvikas. Vid kvarstående besvär trots kombination av hormonell och smärtstillande behandling får remiss till gynekolog övervägas.

Xonvea – nytt läkemedel

Xonvea är ett nytt receptbelagt läkemedel mot graviditetsillamående och -kräkningar hos kvinnor som inte svarat på konservativ behandling. Det innehåller ett antihistamin (doxylaminvätesuccinat 10 mg) och vitamin B6 (pyridoxinhydroklorid 10 mg). Startdos är 2 tabletter vid sänggående som sedan kan trappas upp till totalt 4 tabletter per dygn i kontinuerlig dosering och inte vid behov. Läkemedlet har ej förmån, men kan provas om standardbehandling med Postafen, Pyridoxin och Lergigan comp inte hjälper.



Expertgrupp Gynekologi
Emma Hultqvist
emma.hultqvist
@regionvastmanland.se

Helena Engström
helena.engstrom
@regionvastmanland.se

Referens/länk

[Läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling \(MHT\) –Behandlingsrekommendation. Läke medelsverket, 2022](#)

Take home message

Rekommendera hormonbehandling till friska kvinnor under 60 år i peri-/postmenopaus med östrogenbristsymtom som påverkar livskvaliteten negativt, om inga kontraindikationer finns.



Urologi

Stensmärtor

Konkrement i urinvägarna är vanligt förekommande. Incidensen för ett akut stenanfall i Sverige ligger mellan 1,4–1,8/1000 invånare och år. Spontan stenavgång sker i 75–90 procent av alla fall.

Symtom

Vanligaste symtomet vid stenanfall är flanksmärta av intervallkaraktär med utstrålning mot ryggen eller ljumsken. Smärtan utlöses av trycket som byggs upp när konkrement obstruerar avflödet av urin. Den är oftast tilltagande och kan även orsaka illamående och kräkningar. Smärtanfall observeras i regel vid uretärstenar. Stenar liggande distalt i uretären kan också leda till blåsträngningar och obehag/smärta i perineum eller skrotum. Njurstenar ger sällan symtom utan upptäcktes vanligtvis som bifynd i samband med andra röntgenundersökningar.

Diagnostik

Akut:

Spiral-DT av urinvägarna utan intravenös kontrastförstärkning är förstahandsval vid akutdiagnostik av uretärstensanfall.

Indikationer för akut radiologisk diagnostik är:

- oklar diagnos
- analgetikaresistens
- upprepade stenanfall
- tecken på infektion i samband med misstänkt stenanfall
- misstanke om avstängd pyelit

Elektiv:

DT av urinvägarna utan och med intravenös kontrastförstärkning (DT-urografi) är förstahandsval vid elektiv

diagnostik. Görs för att kartlägga antal, storlek och lokalisation av stenarna samt eventuella avflödes hinder.

Behandling

Smärtlindring med diklofenak intramuskulärt eller rektalt har varit förstahandsvalet mot stenanfall i flera år. Diklofenak har dock associerats med större risk för allvarliga hjärt-kärlhändelser än andra COX-hämmare. Flera studier visar ökad risk för förmaksflimmer, ischemisk stroke, hjärtsvikt, hjärtinfarkt och död på grund av kardiovaskulär sjukdom, i alla åldrar, även vid lägre doser och kortare behandlingstid. Diklofenak är kontraindicerat hos patienter med kronisk hjärtsvikt (New York Heart Association, NYHA, klass II-IV), ischemisk hjärtsjukdom, perifer arteriell sjukdom eller cerebrovaskulär sjukdom.

Utöver biverkningsrisk utgör diklofenak högst miljörisk jämfört med andra NSAID. I Sverige har diklofenak återfunnits i ekotoxiska halter i vatten och finns med på Havs- och vattenmyndighetens lista över särskilda förorenande ämnen.

Av dessa anledningar rekommenderas att förskrivningen av diklofenak begränsas i möjligaste mån. Läkemedel med diklofenak, i tablett- och kapselform, blev receptbelagda i Sverige från och med 1 juni 2020. Rekommendationen är att i stället använda andra NSAID-preparat.

I det akuta skedet kan smärtlindringen initieras med intravenös eller intramuskulär injektion av 30 mg ketorolak (Toradol, Lixidol). Medicineringen kan upprepas. Dygnsdosen till vuxna bör inte överskrida 90 mg. För patienter över 65 år, kroppsvikt under 50 kg eller nedsatt njurfunktion är den maximala dygnsdosen 60 mg. Kontraindicerat vid graviditet.



Om otillräcklig effekt (trots upprepade doser) eller kontraindikation mot NSAID kan paracetamol ges. Överväg opioid om både NSAID och paracetamol har otillräcklig effekt eller är kontraindicerat.

Vid egenvård rekommenderas NSAID såsom naproxen och ibuprofen alternativt paracetamol. Vid kontraindikation mot NSAID övervägs opioid, i första hand morfin. Beroenderisken ska beaktas.

Tillägg av alfareceptorblockerare (till exempel T. Alfuzosin 10 mg 1 x 1 i 4 veckor) kan underlätta stenavgång, speciellt vid distala och större stenar (> 5 mm) och även minska behovet av analgetika. Syftet av behandlingen, så kallad MET (medical expulsive therapy), är att inducera glattmuskelavslappning i distala urinvägar för att främja stenpassage. Effekten är likadan oavsett kön och ålder. Behandlingen tolereras förhållandevis väl och yrsel är den vanligaste biverkan.

Vidare handläggning

Vid utebliven smärtlindring, återkommande smärta eller betydande avflödeshinder indiceras akut avlastning med inläggning av perkutan nefropyelostomikateter eller uppförande av uretärstent.

En uppföljande DT skall beställas inom 2–3 veckor.

Om röntgenundersökningen inte visar något kvarvarande konkrement eller avflödeshinder kan uppföljningen avslutas. Patienten bör få råd om ökat vätskeintag för att förebygga ny stenbildning.

Om uppföljande DT visar uretärsten upp till 6 mm utan signifikant njurpåverkan kan spontan stenpassage förväntas. Patienten bör fortsätta med MET och genomgå en ny kontroll-DT var 4–6:e vecka tills bekräftad avgång.

Symtomgivande njur- och njurbäckenstenar, uretärstenar >6 mm och uretärstenar med förväntad spontanpassage som ej avgått inom 3 månader skall åtgärdas. Beroende på stenens storlek, lokalisering och röntgentäthet samt patientens habitus kan terapin bestå av extrakorporal stötvågslitotripsi (ESVL) eller kirurgi. Kirurgiska åtgärder kan anpassas till varje enskilt fall vilket ger en bred variation av metoder. Minimalinvasiva operationer utförs endoluminalt med uretär- eller nefropyeloskopi och laserlitotripsi. Större eller multipla njur- och njurbäckenstenar kan opereras med perkutan litotripsi. Slutligen, litektomi, öppen eller robotassisterad, tillämpas endast då andra tekniker misslyckats eller vid extremt komplicerade stensituationer.

Expertgrupp Urologi

Vasileios Souvleros

vasileios.souvleros@regionvastmanland.se

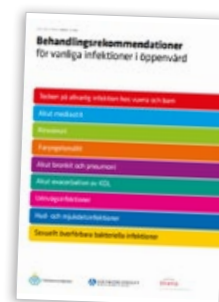
Take home message

Konkrement i urinvägarna är vanligt förekommande. Upp till 90 % av alla symtomgivande stenar kan avgå spontant.

Infektion



Hämta appen genom att söka på "Strama Nationell" i App Store eller Google Play Store, eller scanna QR-koden här!



Antibiotikaförskrivning

Vem har nytta av antibiotika, och vem har inte nytta? Den här frågan bör man ställa sig när man träffar patienter med infektionssjukdomar. Man kan få biverkningar och påverkar alltid även kroppens goda bakterieflora när man tar antibiotika, även en längre tid efter behandlingen. Detta i sin tur ökar risken för resistensutveckling. Därför ska ingen behöva ta antibiotika i onödan!

I Sverige har antibiotikaförskrivningen minskat successivt genom de senaste årtiondena. Vi i Västmanlands öppenvård tillhör dock fortsatt de som förskriver mer än Sverige i genomsnitt.

Under pandemin var det förskrivningen av luftvägsantibiotika till barn som minskade mest. Och det är den förskrivningen som ökar mest nu igen. Misstanken finns alltså att vi åter börjat behandla virusinfektioner med antibiotika.

För bedömning av infektionspatienter har vi ofta korta besökstider. Ett tips är att ni skriver ut patientinformation om vanliga infektioner från Folkhälsomyndighetens hemsida för att lämna till patienten vid besöket. De finns på flera språk! Ni spar några minuter och patienten är ändå välinformerad om tillståndet. Några exempel:



Sist men inte minst kommer ni att se en förändring i årets upplaga av Basläkemedelslistan. I stället för att lista de vanligast rekommenderade antibiotika hittar ni en QR-kod till appen Strama Nationell. Den leder er direkt till app versionen av regnbågsbroschyren som alltid är uppdaterad!

Ni som behöver påfyllning av den tryckta broschyren får gärna höra av er till Ulrika Toresson Silfvernagel och Jelena Nissinen på enheten för Smittskydd och vårdhygien.

Informationsbesöken fortsätter under 2023, dock i första hand till de vårdcentraler som förskriver mest i regionen. I mån av tid kan även besök till andra enheter bokas.

Expertgrupp Infektion/Strama Västmanland

Freya Brodersen

freya.brodersen@regionvastmanland.se

Daniel Heimer

daniel.heimer@regionvastmanland.se

Referens/länk

[Patientinformation – råd och fakta om antibiotikaanvändning. Folkhälsomyndigheten](#)

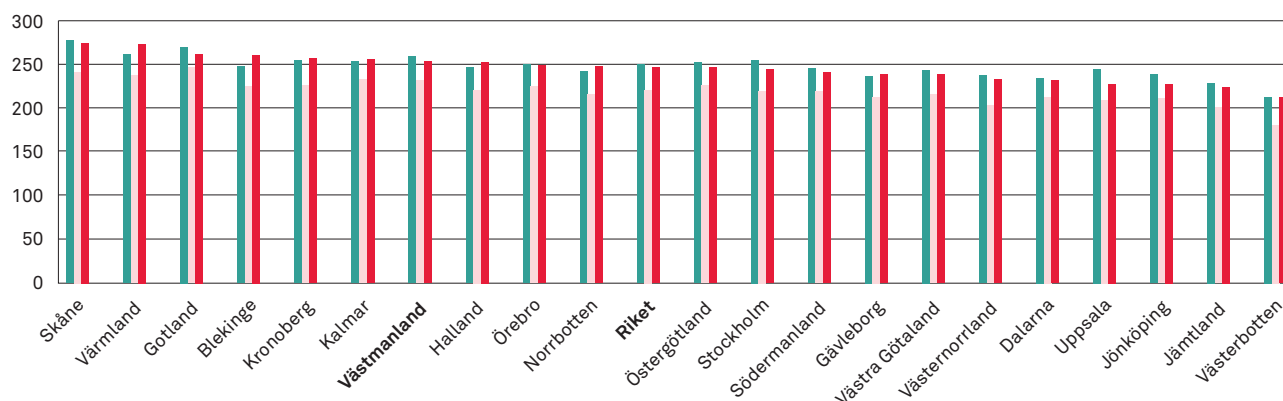
Take home message

Man kan få biverkningar och påverkar alltid även kroppens goda bakterieflora när man tar antibiotika, även en längre tid efter behandlingen. Därför ska ingen behöva ta antibiotika i onödan!

Öppenvårdsförsäljning antibiotika

■ 1 okt 2019 – 30 sep 2020 ■ 1 okt 2020 – 30 sep 2021 ■ 1 okt 2021 – 30 sep 2022

Recept (J01 exkl metenamin)/1 000 invånare. Rullande medelvärde 12 månader. Källa: E-hälsomyndigheten, Alla utfärdare





Smärta och inflammation

NSAID

All smärtbehandling bör utgå från tänkbara patogenetiska smärtmekanismer, vara individanpassad, initieras med lägsta effektiva dos och pågå under en för smärttillståndet rimligt kort period. Det är av stor vikt att behandla akut smärta snabbt och adekvat för att förhindra utveckling av långvarig svårbehandlad smärta.

Naproxen är fortfarande förstahandsvalet inom COX-1-gruppen. Detta på grund av en neutral kardiovaskulär biverkningsprofil jämfört med övriga och för att den är mycket mer miljövänlig än diklofenak. Användningen av naproxen har minskat något sedan 2019 och trenden håller i sig även under 2022. Förskrivningen av oralt diklofenak har minskat rejält sedan 2019 och ligger på en stadigt låg nivå jämfört med diklofenakgel där minskningen tyvärr har stannat av under 2021 och vi ser nu tendens till lätt ökning under 2022, vilket är oönskat. Effekten av topikala NSAID-beredningar (geler) är liten men ger få biverkningar och nästan all substans spolats ut med duschvattnet. Särskilt skadligt för naturen är diklofenakgel (t.ex. Voltaren gel) och vi bör av miljöskäl i alla sammanhang avråda våra patienter från att använda sådan gel. Att företaget valt att dra tillbaka Voltaren gel från dagligvaruhandeln av miljöskäl är en tydlig signal. För den som av någon anledning ändå vill använda NSAID-gel istället för tablett finns det ibuprofengel (Ipren gel) som är ett mer miljövänligt alternativ.

COX-2-hämmaren etoricoxib är att föredra för patientgruppen med nociceptiv inflammatorisk smärta och tidigare ulcus-anamnes eller vid magtarmsbesvär och samtidigt behov av

långvarig användning i kombination med kortison och ASA-preparat. Observera att det är olika doseringar av etoricoxib vid olika tillstånd; 30-60 mg x 1 vid artros, 60-90 mg x 1 vid artrit, max 90 mg x 1 i 3 dagar vid postoperativ akut kirurgisk tandsmärta och 120 mg x 1 i max 8 dagar vid akut giktattack.

Vid graviditet och amning

Användning av icke-selektiva NSAID under graviditet är möjlig efter noggrant övervägande och när sådan behandling är nödvändig till patienter med inflammatoriska ledsjukdomar. Kontinuerlig behandling bör om möjligt undvikas men kan vid behov, med lägsta möjliga dygnsdos, ges fram till 3:e trimestern (dvs. till och med graviditetsvecka 28). Välj preparat med kort halveringstid såsom ibuprofen, undvik depå-beredning. Kontinuerlig behandling om nödvändigt bör ske i samråd med obstetriker så att fosterövervakning planeras för kontroll av ev. oligo-hydramnios och för tidig slutning av ductus arteriosus. Vid upprepade missfall och infertilitet seponera NSAID. Data för selektiva COX-2-hämmare är otillräckliga varför dessa bör undvikas under graviditet och amning. Icke-selektiva NSAID kan användas under amning.

Take home message

Använd NSAID med förnuft och tänk på kontraindikationerna främst hos äldre. Undvik helt de miljöfarliga alternativen diklofenak och Voltaren gel.

Gikt

Gikt är den vanligaste artritformen i Sverige och övriga världen. Den ökar i incidens och prevalens med stigande ålder. Giktpatienterna har hög samsjuklighet och löper större risk för hjärt-kärlsjukdomar. Sambandet mellan gikt, höga urat-nivåer och hjärt-kärlsjukdom respektive njursjukdom har undersökts intensivt de senaste tio åren. Vidare läggs allt mer fokus på den skyddande effekten av urat på neurodegenerativa sjukdomar såsom Alzheimers och Parkinsons. Därför bör s-urat inte pressas alltför mycket under målnivåerna, se nedan. Stor vikt läggs också vid att förbättra förebyggande behandling av gikt.

Vid akut giktbehandling rekommenderas NSAID, kolkicin eller prednisolon. Valet avgörs av eventuell komorbiditet eller kontraindikationer. Colrefuz 500 mikrogram (kolkicin) är i skrivande stund ej restnoterat varför den tas tillbaka till årets basläkemedelslista. Generika marknadsförs inte i Sverige. Vid återkommande restsituationer kan Kolkicin APL kapsel 0,25 mg, som finns i Cosmic under "icke godkända läkemedel", förskrivas istället för Colrefuz. Två kapslar 0,25 mg motsvarar en tablett 500 mikrogram. Kolkicin kan användas under graviditet och amning.

Vid profylaktisk behandling rekommenderas i första hand allopurinol. Dostitrering och optimering av allopurinoldosen för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L bör inte överges på grund av nedsatt njurfunktion. Ofta krävs högre doser (300-600 mg/dag) för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt/uratsten <300 µmol/L.

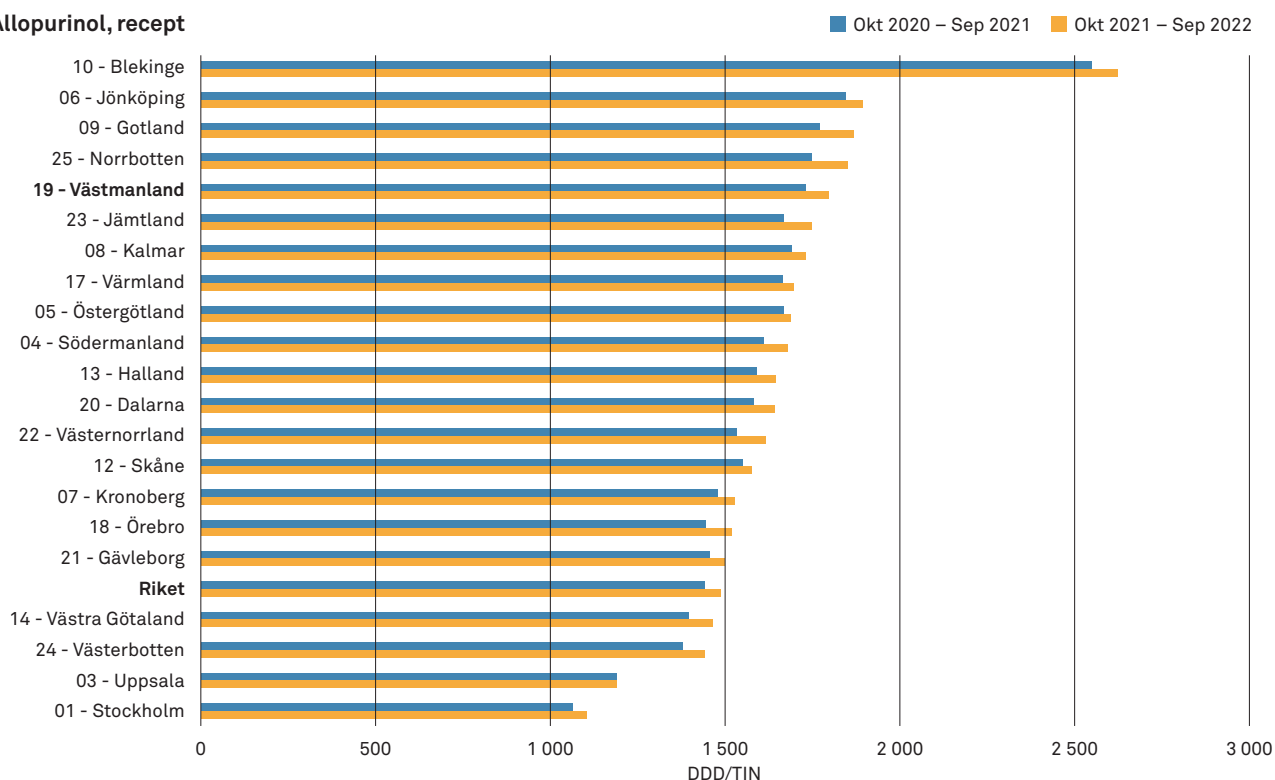
Starta alltid med allopurinol 100 mg x 1 och höj dosen successivt var 3:e-4:e vecka med 100 mg. Ge aldrig mer än 300 mg vid samma dostillfälle. Högre doser fördelas till 300 mg x 2 eller som max x 3.

Vid nedsatt njurfunktion tveka ändå inte att starta med allopurinol. Börja dock med 100 mg ½ tablett x 1 (50 mg/d) vid eGFR <30 mL/min eller ½ tablett varannan dag vid eGFR <20 mL/min. Efter cirka 6-8 veckor kan dosen stegvis höjas tills behandlingsmålet uppnås.

Överväg insättning av uratsänkande behandling redan vid första attacken under skydd av kolkicin och/eller prednisolon (profylax upp till 6 månader) hos högriskpatienter som med stor sannolikhet kommer att få fler giktanfall initialt. Högriskpatient är den som får första giktattacken vid ålder <40 år, uratnivå >480 µmol/L, förekomst av tofi, skelettpåverkan/ leddestruktion på röntgen, multipelt ledengagemang, urat-njursten, komorbiditet som njursvikt, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtsvikt.

Vid intolerans eller kontraindikation för allopurinol finns febuxostat (Adenuric) som är subventionerat som andrahandsval vid profylaktisk giktbehandling. Till skillnad från allopurinol är behovet av dosjustering obefintligt med febuxostat. Effektiv start- och underhållsdos är 80 mg x 1. Nya studier visar ingen skillnad mellan allopurinol och febuxostat gällande effekt och säkerhet. Dosjustering kan övervägas vid eventuella biverkningar eller om behandlingsmålet uppnås redan på 40 mg febuxostat, dvs 80 mg ½ tablett x 1.

Allopurinol, recept



Om målnivån för s-urat inte uppnås på xantinoxidashämmare (allopurinol eller febuxostat), i monoterapi trots dosoptimering eller högsta tolererade dos bör kombinationsbehandling med probenecid prövas om eGFR >30 ml/min. Probenecid finns från och med i år på basläkemedelslistan. Probenecid bör undvikas vid njurstenssjukdom och är kontraindicerat vid svåra njurskador. Vid biverkningar, kontraindikationer eller svår gikt och bristande effekt på kombinationsbehandling av rekommenderade preparat remittera patienten till reumatologkliniken för ställningstagande till behandling med IL-1-hämmare .

Jag kan med glädje konstatera att de senaste årens satsning på information och utbildning om giktbehandling har gett önskvärd effekt både lokalt i Västmanland och nationellt tack vare ett aktivt nationellt giktnätverk där undertecknad är medlem. Västmanland är ledande gällande förskrivning av kolkicin, vilket inte enbart är uppskattat bland reumatologer utan även bland kardiologer (perikardit). Vi kan även konstatera att allopurinolförskrivningen (se diagram) i Västmanland och övriga regioner ökar stadigt sedan Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid gikt publicerades 2016. Även förskrivningen av febuxostat ökar. Dock framkom i en avhandling om gikt från Västra Götaland som publicerades i Läkartidningen april 2022 att patienter med gikt ofta är otillräckligt behandlade.

Mer forskning och utveckling på giktområdet är viktig och nödvändig för att bättre förebygga och lindra svåra, out-
härldiga symtom och sjukhusinläggningar.

Take home message

Grunden för lyckad giktbehandling är sänkning av s-urat för att uppnå behandlingsmål s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt <300 µmol/L.

JAK-hämmare

Januskinaser (JAK) är intracellulära enzymer som medierar signaler från cellmembran till cellkärnan. JAK-familjen består av fyra olika enzymer: JAK1, JAK2, JAK3 och tyrosine kinas2 (TYK2). Dessa enzymer arbetar i par och styr intracellulära signaler från flera olika typer av extracellulära tillväxthormoner (GH, EPO, TPO, GM-CSF) och cytokiner (interleukiner, leptin och interferoner). JAK arbetar parvis för att fosforylera och aktivera signaltransduktorer och transkriptionsaktivatörer (STAT). Denna fosforylering modulerar i sin tur genuttryck och cellulära funktioner. Blockad av JAK kan därför påverka signalering inom flera olika cellulära system inklusive inflammation, hematopoes och immunologiska processer. JAK-hämmare är små, specifika, målinriktade molekyler i tablettform som kan blockera flera olika JAK-par samtidigt.

År 2013 introducerades den första JAK-hämmaren i Sverige. Det var ruxolitinib (Jakavi, huvudsaklig affinitet till JAK1 och JAK2), som används vid vissa blodsjukdomar.

Tofacitinib (Xeljanz, JAK1/3/2) och baricitinib (Olumiant, JAK 1/2) godkändes 2017 för behandling av reumatoid artrit och inkluderades i läkemedelsförmånerna med subventionsbegränsning till patienter med måttlig till svår sjukdom där sjukdomsmodifierande antireumatika (DMARDs) inte haft tillräcklig effekt eller gett biverkningar. I december 2019 godkände EMA den första selektiva JAK1-hämmaren upadacitinib (Rinvoq) och i oktober 2020 godkändes den andra JAK1-hämmaren filgotinib (Jyseleca). JAK-hämmarna har de senaste två åren fått utvidgade indikationer på flera inflammatoriska tillstånd utöver de reumatiska såsom ulcerös kolit, alopecia areata och atopisk dermatit.

JAK-hämmarna ingick i nationellt ordnat införande mellan maj 2017 och oktober 2021. Återbäringsavtal finns för Jyseleca, Rinvoq, Xeljanz och Olumiant till och med september 2023. Jyseleca är numera den mest kostnadseffektiva JAK-hämmaren och rekommenderas i första hand vid nyinsättning på de godkända indikationerna. Minst kostnadseffektiva alternativet är Olumiant och därför rekommenderas Xeljanz eller Rinvoq i stället för Olumiant om Jyseleca saknar indikation. För JAK-hämmarna gäller begränsad förmån, som innebär att de bara ska användas om TNF-hämmare (eller andra förstahandsval) gett otillräcklig effekt eller inte är lämpliga.

EMA och FDA har klassat alla ovannämnda JAK-hämmare som riskpreparat med ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom (hjärtinfarkt och stroke), venösa tromboembolier, allvarliga infektioner och malignitet hos riskpatienter. Överväg därför en annan behandling till riskpatienter (se nedan). Om inget annat alternativ är lämpligt var mycket försiktiga (lägsta möjliga dos). Riskpatient:

- ålder över 65 år.
- rökare eller tidigare storrökare i många år
- kardiovaskulära riskfaktorer
- riskfaktorer för malignitet

Expertgrupp Smärta och inflammation

Milad Rizk

milad.rizk@regionvastmanland.se

Referens/länk

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation gikt](#)

Nyheter inom Smärtområdet

Det är glädjande att det sker förändringar varje år, om än med små steg, inom smärtområdet. Vad är det då som ändras, det har väl inte hänt mycket, kanske någon tänker?

Det som skett är att fler förskrivare verkar ha sett över och förändrat sitt beteende kopplat till förskrivning av beroendeframkallande smärtläkemedel. Region Västmanland fortsätter minska förskrivningen, och regionens mål från 2017 att hamna under rikets genomsnittliga förskrivning för opioider år 2022 är redan uppnått. Förskrivningen har minskat mest i landet sedan 2017, och regionen är inte längre en av storförskrivarna i riket. En del enheter i Västmanland har fortfarande ett arbete att göra vad gäller total nivå av förskrivning, men samtliga enheter har minskat förskrivningen, och fortsatt göra det under 2022.

Hur blir det då för våra patienter? Kan vi vara säkra på att det blir bättre för dem om vi minskar vår förskrivning? Om vi bejakar att evidensbaserad vård och behandling är en bra ledstjärna för sjukvården bör det vara adekvat att bedriva evidensbaserad förskrivning av beroendeframkallande läkemedel. Att förskriva till rätt patient, för rätt smärttillstånd, under rätt tid, är egentligen vad det handlar om. Ett evidensbaserat förhållningssätt vid förskrivning leder därför rimligen till en minskad användning över lag, eftersom långvarig förskrivning vid långvarig godartad smärta, icke cancersmärta, saknar evidensstöd.



Ny styrka på morfin

För att underlätta en adekvat förskrivning behöver det finnas läkemedel med anpassad styrka och förpackningsstorlek. En nyhet är att Läke-medelskommittén i Västmanland medverkat till att morfin från oktober 2022 finns i en mindre styrka om 5 mg i förpackning om 10 st, men även 30-förpackning finns att tillgå. Tabletten är delbar, användbart inom kanske framför allt äldre vården där känsligheten för läkemedel är en faktor att ta hänsyn till.

Kort behandling med kortverkande morfin vid akut smärta

Rekommendationen i basläkemedelslistan är att vi använder kortverkande morfin vid akut smärta och avslutar behandlingen inom 2-5 dagar. Behandlingen titreras fram från låg dos och följs upp. Målsättningen med behandlingen ska snarare ligga på bättre funktion än total smärtlindring, eftersom det senare ofta inte är möjligt utan funktionsbortfall. En uppegående patient med viss smärta är alltså

ett bättre mål än en sömnliggande patient utan smärta. Enligt en studie så var personer som initialt fått opioider under 11–14 dagar tre gånger så benägna att ta opioider jämfört med de som fått behandling i två dygn. Att ge långverkande opioider vid akut smärta verkar också medföra en högre risk för fortsatt användning jämfört med kortverkande beredningar. Depotpreparat morfin rekommenderas företrädesvis vid opioidkrävande cancer-smärta, där smärtan bedöms finnas under ett längre behandlingsförlopp.

Det blir nu spännande att se om vi kan fortsätta minska långtidsanvändningen av opioider vid godartad smärta, genom att i högre grad använda adekvat korttidsbehandling med kortverkande preparat, vilket förhoppningsvis innebär att behandlingar avslutas i tid. Ytterligare åtgärder är att fortsätta fasa ut kombinationer av paracetamol/kodein (Citodon, Panocod) samt tramadol. De finns sedan länge inte med på basläkemedelslistan och tramadol har dessvärre blivit en vanlig ungdomsdrog. Citodon är även olämpligt vid akut smärta, eftersom omvandlingen av kodein till morfin varierar så mycket att önskad överdos kan bli fallet, liksom att en titrering till lägsta dos blir ett bekymmer.

Vad och när?

Tanken är även att minska oxikodonanvändning och använda morfin i första hand när indikation för opioid finns. Undantaget är vid mycket nedsatt njurfunktion då oxikodon väljs före morfin. Morfin finns dessutom att tillgå med lägre styrkor vilket är gynnsamt både vid behandling och utsättning. Det

finns även en fördel för både patienter och behandlare att det blir tydligt vad det är för läkemedel vi förskriver. Patienter är faktiskt många gånger ovetande om att medicinen de tagit under lång tid är ett morfinliknande läkemedel.

Så när indikation för opioider finns både kan och ska vi använda dem i akutvården, cancervården samt den palliativa vården i livets slutskede. Någon generell rädsla för att använda opioider ska alltså inte införas. Meningen är inte heller att enbart minska förskrivningen, utan syftet är att behandlingen ska bli så patientsäker som möjlig. God hjälp med förskrivning får man genom att känna till och följa regionens instruktion, samt att arbeta med sitt eget förskrivarbeteende. Ett iatrogen beroende, som kunnat undvikas, kategoriseras av Socialstyrelsen som en allvarlig patientskada.

Expertgrupp Smärta och inflammation

Mats Rothman

mats.rothman@regionvastmanland.se

Referens/länk

[Beroendeframkallande läkemedel – Region Västmanland \(regionvastmanland.se\)](#)

Take home message

Avsluta opioidbehandling inom 2-5 dagar vid akut smärta.

Neurologi

Vi har inte infört några ändringar vad gäller läkemedel vid migrän. Nuvarande basläkemedelslista innehåller en bred behandlingsarsenal för såväl akut som profylaktisk behandling. Vår bedömning är att det är viktigt att ha olika preparat att pröva i det akuta skedet och i den förebyggande behandlingen då terapivaret är individuellt. Titta gärna i samverkansavtalet för regionen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Vi har inte heller gjort några ändringar i basläkemedelslistan avseende epilepsi. Både lamotrigin och levetiracetam är förhållandevis lätta att hantera. De har i jämförelse med många andra antiepileptika oftast lite biverkningar. Särskilt levetiracetam är lätt att använda då det har få interaktioner och finns i olika beredningsformer i ekvipotenta doser. Lamotrigin kräver lite längre upptitrering men är för övrigt ett bra alternativ med förhållandevis få biverkningar och god effekt. Lamotrigin är dessutom ett preparat som kan användas på olika indikationer inom neurologin såsom epilepsi och neuropatisk smärta samt inom psykiatri.

Nyligen har patentet för epilepsiläkemedlet Vimpat (lakosamid) gått ut. Lakosamid är likt levetiracetam en substans med förhållandevis få biverkningar, få interaktioner och som finns i olika beredningsformer (tablett, oral lösning, intravenös

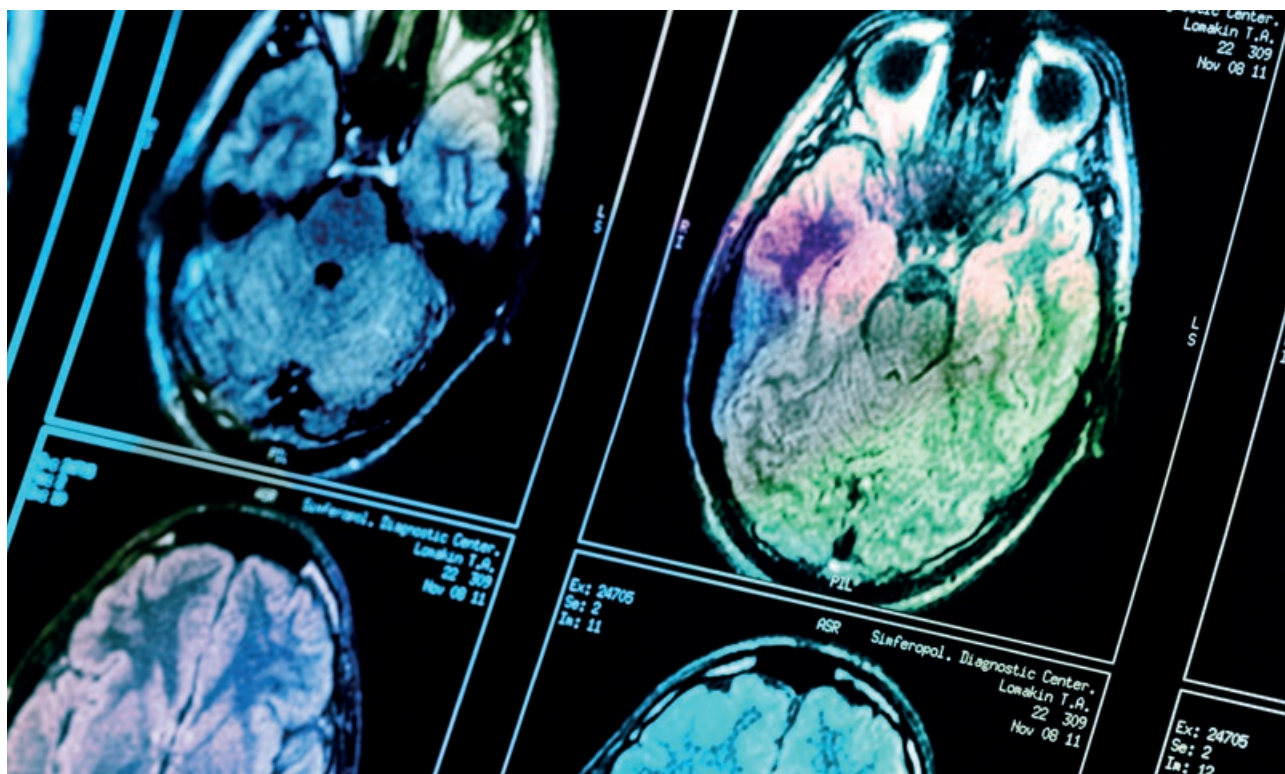
vätska) i ekvipotenta doser. Lakosamid är därför ett intressant preparat inför kommande revisioner av basläkemedelslistan. Titta gärna i samverkansavtalet för regionen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Parkinson-avsnittet är oförändrad i basläkemedelslistan för 2023. Titta gärna i samverkansavtalet för regionen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Vi har inte gjort några ändringar i de läkemedel som rekommenderas vid stroke i basläkemedelslistan för 2023. Vi vill dock för kännedom belysa att vi på neurologen vid icke-kardiell, minor ischemisk stroke eller högrisk-TIA ger acetylsalicylsyra och klopidoogrel som kombinationsbehandling i tre veckor, därefter monoterapi med ett av preparaten.

Nya terapiområden i basläkemedelslistan

I basläkemedelslistan för 2023 har vi infört tre nya terapiområden; restless legs, essentiell tremor och trigeminusneuralgi. Restless legs och essentiell tremor är vanliga tillstånd som idag till stor del redan hanteras inom primärvården. Det finns samverkansavtal för regionen i Nationellt kliniskt kunskapsstöd som rör restless legs och trigeminusneuralgi.





Restless legs

Vid behandling mot restless legs har vi valt att dela upp behandlingsstrategin i två delar. Vid milda intermittenta besvär är preparat som innehåller levodopa bra förstahandsalternativ då preparaten oftast är behäftade med mindre biverkningar än övriga preparat vid restless legs. Det finns en risk att behandlingseffekten avtar med tiden, så kallad augmentation. Vid medelsvåra till svåra besvär är pramipexol förstahandsalternativ och gabapentin andrahandsalternativ.

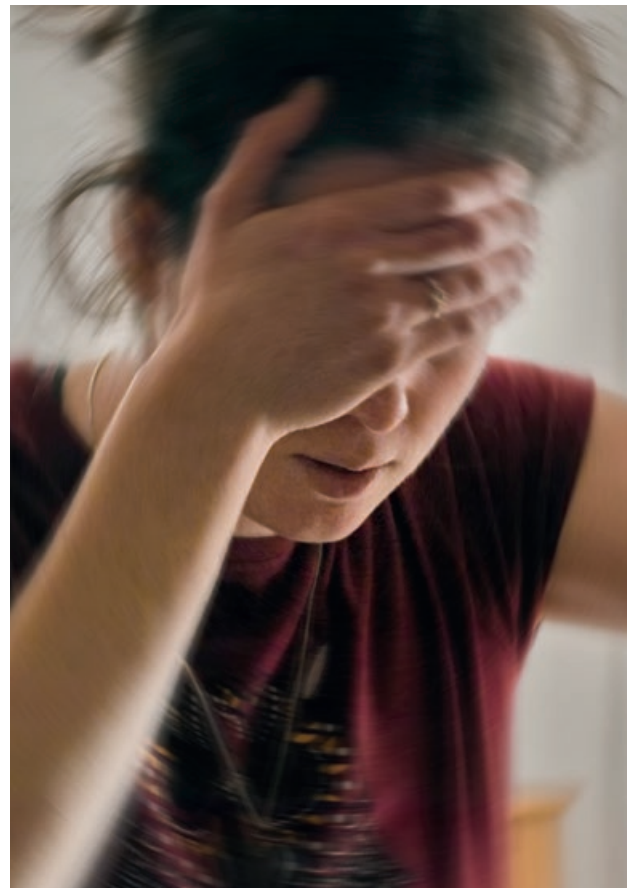


Essentiell tremor

Vid essentiell tremor har vi valt att ha med propranolol i basläkemedelslistan. Vid ofullständig effekt är det aktuellt med remiss till neurologmottagningen. På neurologmottagningen prövar vi olika preparat mot tremorn, inklusive licenspreparat. Farmakologisk behandling av tremor har dock oftast ofullständig effekt. För en del patienter kan det vara aktuellt med avancerad behandling i form av DBS (Deep Brain Stimulation), vilket har mycket god effekt mot tremor. En tunn elektrod placeras stereotaktiskt i främre delen av thalamus. Dessa operationer genomförs vid neurokirurgiska kliniken i Uppsala. Risken för biverkningar med talsvårigheter ökar vid iläggning av elektroder bilateralt. Därför riktar man in behandlingen mot en sida. Längre fram kan det i ett fåtal fall bli aktuellt med elektrodplacering även på den andra sidan.

Trigeminusneuralgi

Trigeminusneuralgi är ett tillstånd med återkommande intensiva smärthugg i ena ansiktshalvan. Perioder med mer besvär kan varvas med perioder då besvärerna är mildare. För en del patienter är besvärerna kroniska. Smärthuggen beskrivs som elektriska och de kan triggas av exempelvis blåst, tal, tuggning och beröring. Förstahandsalternativ är karbamazepin (Tegretol). Vid ofullständig effekt skrivs remiss till neurologmottagningen som erbjuder farmakologisk kombinationsbehandling, ibland även intravenös behandling (smärtdropp). Det förekommer att patienter behöver läggas in på avdelning (ASN) för näringsdropp då de inte klarar att äta på grund av smärtorna.



På Stroke- och neurologisektionen utredes patienterna även inför eventuell neurokirurgisk operation. Avancerad behandling med operation finns att erbjuda på två sätt. Om utredning visar neurovaskulär konflikt, dvs ett blodkärl som ligger an mot trigeminusnervroten på engagerad sida, så kan operativt ingrepp riktas mot det området för att lösgöra kärlet från nervroten. Kirurgi riktad mot trigeminusnervens nervknuta, ganglion Gasseri, vilket medför smärt lindring men ofta även visst känselbortfall, kan också erbjudas.



Tema epilepsi

Epilepsi är den vanligaste kroniska neurologiska sjukdomen. Cirka 70 000 personer i Sverige har epilepsi. Epilepsi innebär att man har en benägenhet att drabbas av oprovocerade epileptiska kramper. Detta ska särskiljas från provocerade krampanfall som är ännu vanligare. Provocerade krampanfall kan komma i samband med exempelvis intoxicationer, alkoholabstinens och skalltrauma.

Vi skiljer på primärgeneraliserad epilepsi och fokal epilepsi. Primärgeneraliserad epilepsi innebär att anfallsaktiviteten i hjärnbarken startar i hela hjärnan. Denna typ är vanligare bland barn och unga vuxna. Vid fokal epilepsi startar anfallsaktiviteten i ett eller flera lokaliserade områden i hjärnan. Anfallet kan vara fortsatt lokaliserat till startområdet men kan också spridas till större delar av hjärnan, så kallad sekundär generalisering. Epilepsi med fokal anfallsstart är vanligare i vuxen ålder. Distinktionen mellan fokal och primärgeneraliserad epilepsi är ibland uppenbar, exempelvis om en patient har en säkerställd fokal start med lokaliserade kramper i en del av kroppen, till exempel en hand. Sekundär generalisering kan dock ske blixtnsabbt och många gånger behövs utvidgad utredning med till exempel EEG (elektroencefalogram) för att bestämma om epilepsiaktiviteten startar i hela hjärnan eller i del av hjärnan.

Symtomen vid anfall varierar beroende på vilka områden i hjärnan som är engagerade. Det kan vara motoriska symtom med muskelryckningar, sensoriska symtom med upplevd känselstörning, kognitiv påverkan (förvirringstillstånd) med mera. Vid epilepsi med fokal anfallsstart bör det utredas om det finns bakomliggande strukturella avvikelser som migrationsstörningar, kärlmissbildningar, ischemi, blödning, hjärntumör, neuroinflammation eller intrakraniell infektion. Grundutredning sker vanligen med DT-hjärna och MRT-hjärna.

Epilepsi kan således vara ett symtom på annan bakomliggande sjukdom som kan kräva specifik behandling och omhändertagande.

Epilepsi innebär inte bara återkommande krampanfall. Tillståndet är förknippat med andra neurologiska och psykiatriska problem. Studier visar på nedsatt livskvalitet för de drabbade. Självbild, yrkesval, körkort, möjlighet att röra sig fritt i samhället och familjebildning påverkas. Epilepsi påverkar således de drabbade på ett genomgripande sätt. Läkemedel mot epilepsi är ofta behäftade med biverkningar som trötthet, yrsel och kognitiv påverkan, vilket ytterligare bidrar till svårigheterna.



Ungefär en tredjedel av patienterna blir anfallsfria redan vid användning av ett preparat, monoterapi. En tredjedel blir anfallsfria med hjälp av kombinationsbehandlingar med flera preparat, polyterapi. Tyvärr är fortsatt en tredjedel av patienterna terapieresistenta, dvs är inte anfallsfria trots polyterapi. Detta trots att det kommit många nya epilepsiläkemedel på marknaden de senaste 20 åren. I den terapiresistenta gruppen finns anledning att utreda vidare om epilepsikirurgi kan vara en möjlig behandling.

Trots många nya epilepsiläkemedel når vi alltså inte fullgod effekt med anfallsfrihet hos alla patienter. Andelen terapiresistenta patienter kvarstår med några få undantag. De nya preparaten har dock andra fördelar varför det finns goda skäl att pröva nya behandlingar. Flera av de nya preparaten har en mer gynnsam biverkningsprofil, vilket i sig är en stor fördel. De interagerar inte lika mycket med andra läkemedel, vilket var ett vanligt problem med de äldre preparaten. Flera av de nya preparaten finns i olika beredningsformer vilket underlättar i olika situationer, som till exempel för patienter med sväljsvårigheter.

Moderna preparat med nya verkningsmekanismer möjliggör också nya intressanta läkemedelskombinationer. Vi försöker ofta kombinera preparat med olika verkningsmekanismer för

en ”bredare” behandlingsstrategi, jämför bredspektrum-antibiotika. Olika epilepsiläkemedel har olika användbarhet. Vissa preparat har gynnsam effekt på alla typer av epilepsi medan andra preparat är smala och inriktade mot en anfallstyp. En del preparat kan till och med försämra vissa typer av epilepsi.

Epilepsiläkemedel används även vid andra tillstånd, som till exempel neuropatisk smärta, ångest, spasticitet och som humörstabiliserande. Vi väljer därför ibland preparat utifrån flera användningsområden.

Restnoterade epilepsiläkemedel

De senaste två åren har vi noterat ett ökande problem med restnoteringar, inte minst för epilepsiläkemedel. Det gäller inte bara äldre preparat som fenemal, fenytoin, klonazepam och valproat, utan även nyare preparat som levetiracetam, topiramet och lamotrigin. Detta är ett stort problem för de patienter som inte får tag i sina mediciner och det medför stor oro i patientgruppen och ökad risk för krampanfall. Epilepsiläkemedel är inte utbytbara och därför kan apoteken inte lämna ut likvärdiga preparat. Den ökade förekomsten av restnoteringar har även inneburit en ökad administrativ börda för sjukvården med förskrivning av utbytbara preparat, ändrad läkemedelsbehandling och i många fall behov av att förskriva licenspreparat.

Epilepsikirurgi

Tillbaka till gruppen patienter med terapieresistent epilepsi. För den här gruppen finns det ändå hopp. De senaste åren har det kommit nya metoder för utredning inför eventuell epilepsikirurgi. Exempel på det är förfinad bilddiagnostik med avancerade MRT-metoder och funktionell MRT och PET där inte bara strukturer undersöks utan även funktion. Likaså nya metoder för att registrera anfallsaktivitet med elektroder på djupet i hjärnan. Med dessa nya metoder går det att med högre precision lokalisera det område/de områden där anfallsaktiviteten startar. De nya metoderna innebär att man kan erbjuda fler patienter epilepsikirurgi. Epilepsikirurgi kan ha en dramatisk effekt i den här gruppen där en stor andel av patienterna blir helt anfallsfria med eller utan medicinering.

Expertgrupp Neurologi

Per-David Alm

per.david.alm@regionvastmanland.se

Hannes Frejd

hannes.frejd@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [Nationellt kliniskt kunskapsstöd](#)
- [Epilepsikirurgin är underutnyttjad – fler bör hänvisas till utredning, Läkartidningen 2022](#)
- [Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi, Socialstyrelsen](#)



Psykiatri

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Det finns dessutom en hög samsjuklighet både mellan diagnoserna men också med andra psykiatriska syndrom och med somatiska sjukdomar.

Risken att insjukna i en depression är cirka 36 procent för kvinnor och 23 procent för män. Risken för att drabbas av ångestsyndrom är 23 procent totalt sett och hos vuxna är det 2-3 gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Mer än 70 procent av alla patienter med ångest och depression får vård i primärvården och cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut där.

Den stora utmaningen för primärvården är att vid sidan om farmakologisk behandling erbjuda patienterna psyko-
edukation, psykosociala insatser och psykologisk behandling. En åtgärd som för många diagnoser lyfts upp i Nationella riktlinjer som ett förstahandsalternativ är psykologisk behandling, i första hand kognitiv beteendeterapi (KBT). Andra former av psykologisk behandling har också evidens och används för vissa psykiatriska syndrom.

För vuxna med lindrig till medelsvår depression är KBT förstahandsvalet och prioriteras i NR (Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom) högre än farmakologisk behandling (prio 2). En anledning till detta är att psykologisk behandling inte förknippas med biverkningar på samma sett som antidepressiva läkemedel (AD). Farmakologisk behandling och interpersonell terapi (IPT) prioriteras på samma nivå (prio 3).

En annan psykologisk behandling som har bedömts ha evidens, om än begränsad för behandling av lindrig till medelsvår depression, är korttids psykodynamisk terapi (prio 7).

Kombinationsbehandling mellan AD och psykologisk behandling kan vara aktuell för vissa tillstånd (t.ex. dystymi) eller när första behandlingsalternativet inte har gett förväntad effekt.

Valet mellan olika behandlingsmetoder styrs av tillståndets svårighetsgrad inklusive samsjuklighet och görs i samråd med patienten.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom – generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, tvångssyndrom, social fobi och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) – är en grupp psykiska störningar som har ångest som huvudsymptom med en viss varaktighet och intensitet. Rangordningen i valet av behandlingsmetod, dvs psykologisk (oftast KBT) eller farmakologisk (AD), skiljer sig något mellan de olika syndromen.

Vid behandling av paniksyndrom, social fobi och PTSD rekommenderas i första hand KBT med metoanpassningar till respektive tillstånd (prio 3). Antidepressiva ges lägre prioritet (prio 5).

För PTSD rekommenderas också EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing therapy), dock lägre prioritet än traumafokuserad KBT med exponering.

För tvångssyndrom är rekommendationen för KBT ännu starkare (prio 1) och antidepressiva får en hög men något lägre prioriteringsgrad (prio 2).

Det enda ångestsyndromet där antidepressiva är standardbehandling och KBT prioriteras lägre är GAD.

Farmakologisk standardbehandling är antidepressiva läkemedel, oftast SSRI. SNRI och tricykliska antidepressiva används också men ger ofta fler biverkningar.

Det är kontraindicerat att erbjuda bensodiazepiner till vuxna med ångestsyndrom (icke-göra).

Uppdaterad rekommendation nikotinberoende

Förutom att lyfta fram psykologisk behandling som en mycket viktig del i behandlingen av ångest och depression i primärvården har vi reviderat rekommendationen för

behandling av nikotinberoende. Då vareniklin (Champix) har blivit indraget av tillverkaren rekommenderas i stället bupropion (Zyban).

Nyheter inom den specialiserade psykiatri

Nyheter som inte berör basläkemedelslistan och behandlingen i primärvården är nygamla kontroversiella preparat som har fått eller håller på att få tillräcklig evidens för att bli godkända för behandling av svårbehandlad depression. Ketamin är ett välkänt anestesipreparat med smärtlindrande och dissociativa egenskaper vars enantiomer esketamin är godkänd för behandling av svår terapieresistent depression. Preparatet, som administreras som nässpray, är ett rekvisitionspreparat som bara får ges under kontrollerade former. Användningen i Sverige är generellt låg och vi utreder hur en implementering av behandlingen skulle kunna se ut i Västmanland.



En annan grupp av substanser som har väckt intresse och som det forskas på internationellt är psykedelika. Studier visar att de tillsammans med psykologiska interventioner kan ha effekt på terapirefraktära depressioner och möjligtvis andra psykiatriska tillstånd samtidigt som beroendepotentialen bedöms som relativt låg.

En behandlingsform som kommer att komplettera vår nuvarande behandlingsarsenal och som har en annorlunda verkningsmekanism är repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS). Behandlingen är effektiv mot depression och har mycket få biverkningar. Behandlingen ges en ganska hög prioritet (prio 3) i NR för behandling av medelsvår till svår depression. Vi har i Västmanland en ambition att starta en egen verksamhet med rTMS under det närmaste året.

Expertgrupp Psykiatri

Adina Velica

adina.velica@regionvastmanland.se

Take home message

Läkemedel är inte alltid bästa valet vid behandling av psykisk sjukdom!

Andningsorganen

Astma

Astma är en inflammatorisk sjukdom i lungornas små luftvägar. Inflammationen i luftvägarna orsakar bland annat tendens till bronkospasm. Förutom elimination av irriterande och allergener där så är möjligt består astmabehandlingen av antiinflammatorisk farmakologisk behandling, som vanligtvis innebär inhalationssteroider, ICS. Luftrörsvidgande medicin kan behövas för att lindra symtomen men har ingen effekt på inflammationen. En fara vid behandling av astma är att dämpa symtom tillfälligt med luftrörsvidgande mediciner men försumma att behandla inflammationen. Detta medför risk för att svåra astmaanfall kan utvecklas.

De internationella GINA guideliner 2021 rekommenderar därför att så snart diagnosen astma är ställd ska den farmakologiska behandlingen bestå av läkemedel innehållande en kombination av ICS och luftrörsvidgande i form av formoterol.

En person med astma skall således aldrig behandlas enbart med luftrörsvidgande mediciner vid behov. Även lindrig astma med sporadiska symtom skall behandlas med inhalationsmedicin innehållande kombination av ICS och formoterol för att uppnå bästa kontroll av astmasjukdomen och minska risken för astmaexacerbationer.

Vid svår astma som inte kan kontrolleras med ICS i kombination med LABA skall lungkliniken konsulteras för bedömning om behandling med anti-IgE- eller anti-IL-preparat.

KOL

KOL är fortfarande en underdiagnostiserad sjukdom. Tidig diagnos ger möjlighet till intervention som kan ändra sjukdomens förlopp. Rökstopp är av central betydelse. Hos patienter över 40 års ålder med tobaksröksexponering ≥ 10 paket/år och som har respiratoriska symtom skall lungröntgen och spirometri utföras. Mätning med COPD-6-blåsning kan användas som screening.

Värdering av KOL-sjukdomen enligt GOLD utifrån spirometriresultat, symtomvärdering med hjälp av CAT- och mMRC-formulär samt exacerbationshistorik ger vägledning för val av behandling enligt Läkemedelsverkets riktlinjer.

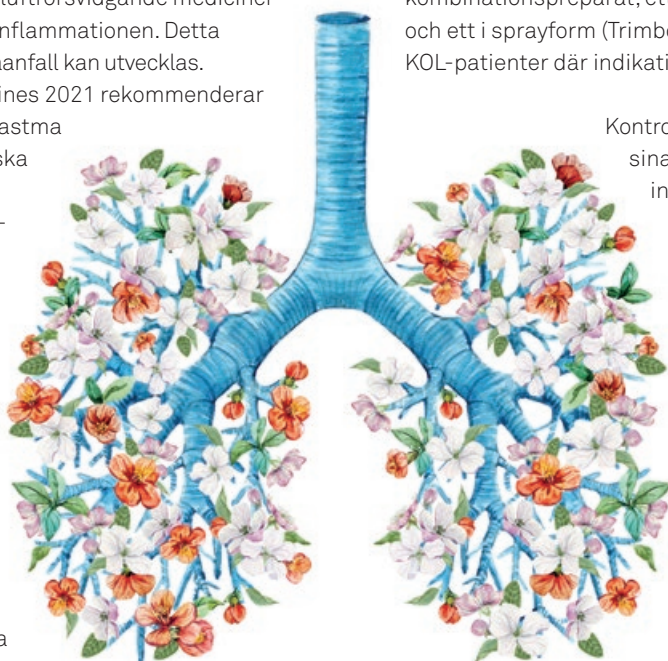
Alla patienter med KOL ska inte ha behandling med inhalationssteroider.

Hos de patienter med svår KOL där indikation finns för behandling med LAMA, LABA och ICS kan underhållsbehandling med trippelkombinationspreparat bli aktuell. I sådana fall väljs lämpligen den beredningsform och de substanser som bäst överensstämmer med det som patienten varit van vid att ta. Nytt för i år i basläkemedelslistan är att två olika trippelkombinationspreparat, ett i pulverform (Trelegy Ellipta) och ett i sprayform (Trimbow), rekommenderas för de KOL-patienter där indikation finns för trippelbehandling.

Kontrollera att patienten kan hantera sina inhalationsmediciner och inhalera på korrekt sätt. Instruktionsfilmer på medicininstruktioner.se kan vara till hjälp.

Utöver den farmakologiska behandlingen inklusive vaccinationer är det väsentligt att patienter med KOL kan erbjudas fysioterapi samt har en skriftlig behandlingsplan för hur de ska agera vid eventuell exacerbation.

Under första kvartalet 2023 kommer Läkemedelsverkets uppdaterade behandlingsrekommendationer för astma och KOL.



Expertgrupp Andningsorganen

Gustav Broman

gustav.broman@regionvastmanland.se

Referenser/länkar

- [GINA guidelines](#)
- [GOLD](#)
- [Behandlingsrekommendation vid KOL, Läkemedelsverket](#)

Take home messages

- Det är viktigt att kompetens i utförande och tolkning av spirometri finns och vidmakthålls på vårdcentralerna.
- Se till att din patient kan använda sin inhalator på rätt sätt.

Ögon

Basläkemedelslistan över ögonpreparat behålls fortsatt oförändrad. Nya ögondroppar är något som hör till ovanligheterna, särskilt sådana som används inom primärvården fränsett receptfria smörjande.

Inom specialistvården finns det till exempel bara en ny droppe i pipeline för glaukom. Den verkar tyvärr vara behäftad med en ogynnsam biverkningsprofil. Dock utvecklas många nya implantat för trycksänkande kirurgi, vilka kan användas tidigare i glaukombehandlingen.

För behandling av åldersförändringar i gula fläcken (våt AMD) kommer det nya effektiva läkemedel. Högst på önskelistan för dessa är preparat med längre effektduration och därmed längre intervall mellan injektionerna. Samtidigt noteras att Lucentis förlorar patentet i början av 2023. Billigare biosimilärer kommer att finnas tillgängliga då.

Med ökande medelålder och dagens behandling väntas behovet av läkemedelsinjektioner i glaskroppen fördubblas vart åttonde år!

Expertgrupp Ögon
Philip Wolf
philip.wolf@regionvastmanland.se



Hänt sen sist

Läkemedelsverket

Riskminskningsåtgärder för användning av JAK-hämmare

EMA:s säkerhetskommitté (PRAC) rekommenderar åtgärder för att minska risken för allvarliga biverkningar associerade med Janus kinas (JAK)-hämmare som används för att behandla flera kroniska inflammatoriska sjukdomar. Biverkningarna omfattar hjärtkärlsjukdom, blodpropp, cancer och allvarliga infektioner.

Rapport: Så kan tillgången till äldre antibiotika stärkas

Brister i tillgång till antibiotika kan utgöra allvarliga hinder för ansvarsfull antibiotikabehandling och en kartläggning visar att marknadssituationen för antibiotika är ansträngd. Det är läge för staten att vidta åtgärder, konstaterar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket i en gemensam rapport till regeringen.

TLV

Förslag till miljöpremie i förmånssystemet

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har inom ramen för ett regeringsuppdrag, tillsammans med Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten tagit fram förslag för en försöksverksamhet med en miljöpremie för läkemedel i periodens vara-systemet.

Recept eller egenvård

Hänvisa till egenvårdsbehandling vid

- Kortvariga besvär, t ex pollenallergi, tillfälliga smärttillstånd, dyspeptiska besvär och förstoppning.
- Långvariga besvär som ej är kopplade till sjukdom, t ex torr hud, torra ögon.

Kortvariga besvär

Vad är då kortvariga respektive långvariga besvär? Det kan tolkas på olika sätt, och när vi jämför olika Läke-medelskommittéers tolkningar så kan kortvarigt variera mellan 2-4 veckor upp till 3 månader. Som en grundregel kan anses att 1-2 månaders behandling kan anses som tillfällig. Det innebär att en ensam björkpollenallergi behandlas med egenvård, där kunden kan få råd på apoteket. En allergiker som har besvär från det att al och hassel börjar blomma under mycket tidig vår, över björk- och grässäsongen, till det att gråbo avslutar allergenåret, bör få sina allergiläkemedel på recept.

Tillfälliga smärttillstånd ska inte vara grund för att skriva recept på 100-förpackningar av smärtstillande läkemedel, oavsett om patienten har frikort eller inte.

Förskrivning av läkemedel vid dyspepsi bör föregås av ett tydligt ställningstagande till diagnos. Om behovet av behandling beror på en reboundeffekt bör hjälp till nedtrappning och utsättning erbjudas.

Långvariga besvär

Torr hud och torra ögon är vanligt förekommande, speciellt under vintertid och med ökande ålder. Men det är inte indikation för receptförskrivning. På apoteken

finns en lång rad mjukgörande krämer och lotioner som apotekspersonalen kan informera om. För torra ögon har även många optiker ett stort utbud. Se även ögonklinikens skrivning i Ledningssystemet angående tårsubstitut och receptförskrivning, där anges även vid vilka indikationer receptförskrivning kan vara indicerat, till exempel facialispares, Sjögrens eller annan autoimmun sjukdom.

Ekonomi

När det gäller bedömning av kostnader för läkemedel använder sig TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) av några olika principer, bland annat behovs- och solidaritetsprincipen som innebär att våra ändliga resurser ska fördelas dit behovet är störst, och här spelar sjukdomens svårighetsgrad roll.

För lindriga sjukdomar där råd kan fås på apotek och läkemedlen inköpas för egna pengar, ska inte kostnaderna belasta samhället genom receptförskrivning, oavsett om patienten/kunden har frikort eller inte. Även vissa receptbelagda läkemedel mot lindriga åkommor saknar förmån, t ex hostmediciner som för övrigt har blygsam evidens.

Referenser/länkar

- [Ledningssystemet Receptfria läkemedel på recept – Primärvård](#)
- [Allmänt om torra ögon och tårsubstitut – Ögonkliniken](#)
- [Tårsubstitut – Receptförskrivning](#)