

TerapiTips



NR 1 JANUARI 2019 | UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION SÖRMLAND

Kommentarer till Reklistan 2019



Levnadsvanor

Sidan 5

Andningsorganen

Sidan 7

Demens

Sidan 11

Endokrinologi

Sidan 13

Gynekologi/Urologi

Sidan 15

Hjärta och kärl

Sidan 16

Hud

Sidan 17

Infektion

Sidan 17

Mage och tarm

Sidan 18

Mun- och tandvård

Sidan 18

Neurologi

Sidan 18

Psykiatri

Sidan 18

Smärta

Sidan 19

Undernäring

Sidan 20

Ögon

Sidan 20

Öron

Sidan 20

Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt

Sidan 20

Antibiotikabehandling

Sidan 21

Akut- och buffertläkemedel för särskilda boenden och hemsjukvård i Sörmland

Sidan 22

Äldre och läkemedel

Sidan 25

Levnadsvanor	5
Andningsorganen	7
Demens	11
Endokrinologi	13
Gynekologi/Urologi	15
Hjärta och kärl	16
Hud	17
Infektion	17
Mage och tarm	18
Mun- och tandvård	18
Neurologi	18
Psykiatri	18
Smärta	19
Undernäring	20
Ögon	20
Öron	20
Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt	20
Antibiotikabehandling	21
Akut- och buffertläkemedel för särskilda boenden och hemsjukvård i Sörmland	22
Äldre och läkemedel	25

HÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har dessa ohälsosamma levnadsvanor. Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 % av all kranskärslsjukdom och stroke och 30 % av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen diabetes typ 2. Levnadsvanorna påverkar sjukdomsförlopp och risken för återinsjuknande, så även den som redan är sjuk kan göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor" ger rekommendationer om åtgärder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor som:

- Tobaksbruk
- Riskbruk av alkohol
- Otillräcklig fysisk aktivitet
- Ohälsosamma matvanor

Rekommendationerna gäller personer som redan har utvecklat ohälsosamma levnadsvanor och betonar särskilt vikten av åtgärder för att stödja riskgrupper.

De riskgrupper som lyfts fram är:

Vuxna med särskild risk

- En sjukdom (t.ex. diabetes, astma, KOL, hjärt- kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni eller depression)
- Biologiska riskmarkörer (t.ex. högt blodtryck, blodfettssubstanser, övervikt eller fetma)
- Social sårbarhet (t.ex. låg socioekonomisk status)
- Andra riskfaktorer (t.ex. flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt eller en olycksfallsskada)

Vuxna som ska genomgå operation**Barn och ungdomar (under 18 år)****Gravida**

Det är dock viktigt att hälso- och sjukvården även erbjuder råd och stöd till vuxna generellt som har behov av att förändra ohälsosamma levnadsvanor. En ohälsosam levnadsvana innebär en ökad risk för sjukdom och ohälsa även för personer som inte tillhör en riskgrupp. Trots att risken för sjukdom är högre för personer med ohälsosamma levnadsvanor som tillhör en riskgrupp inträffar de flesta sjukdomsfall bland dem med låg eller måttlig risk, eftersom dessa är så många fler än dem med hög risk. Ur ett folkhälsoperspektiv är det därför av stort värde om vuxna generellt uppmuntras att göra förändringar i hälsosam riktning.

De flesta åtgärderna i riktlinjerna består av rådgivning i form av samtal som syftar till att stödja en förändring av den ohälsosamma levnadsvanan. Komplement kan exempelvis vara tillägg av läkemedel, fysisk aktivitet på recept (FaR) eller stegräknare. Andra typer av åtgärder kan vara webbaserade interventioner och familjestödsprogram.

Källa: Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor SoS

Djamila Stålnäbb, verksamhetschef
Enheten för hållbar utveckling

FYSISK AKTIVITET SOM MEDICINSK BEHANDLING

Fysisk aktivitet är både behandling och kan komplettera eller ersätta läkemedel för flera sjukdomstillstånd. Fysisk aktivitet ger påverkan både fysiskt som psykiskt t.ex. ökad kondition, ökad styrka, ökat välbefinnande, bättre sömn, lättare att hantera stress m.m.

Fysisk aktivitet kan minska risken för eller förbättra flera olika sjukdomar som t.ex:

- högt blodtryck och stroke
- kärlkramp och hjärtinfarkt
- diabetes
- benskörhet och benbrott
- ont i ryggen
- depression
- demens
- vissa cancersjukdomar.

Rekommendationer för vuxna

Vuxen, från 18 år och uppåt, behöver vara fysiskt aktiv i sammanlagt minst 150 minuter i veckan, t.ex. 5 x 30 minuter rask promenad i veckan. Intensiteten ska vara måttlig. Det betyder att man blir varm, puls och andning ökar. Som alternativ kan man utföra fysisk aktivitet på en hög intensitetsnivå. Rekommendationen är minst 75 minuter i veckan, t.ex. 3 x 25 minuter löpträning eller gympa i veckan. Hög intensitet innebär en ännu mer tydlig ökning av pulsen och andningen. Det går bra att dela upp aktiviteten om minst 10 minuter per tillfälle.

Rekommendationer för barn och ungdomar

Barn och ungdomar behöver minst 60 minuter fysisk aktivitet dagligen på måttlig till hög intensitetsnivå.

Träna muskler och balans

För att motverka att muskelmassan minskar bör styrketräning ingå två gånger per veckan med flera av kroppens stora muskelgrupper. I hemmiljö är att gå i trappor, göra uppsesningar från sittande, stående tåhävningar eller lyfta matkassar ett sätt att träna. En fysioterapeut kan ge anpassade styrkeövningar för hemmiljö om behov finns.

Undvik långvarigt stillasittande genom att ta en bensträckare med jämna mellanrum. Balans träning rekommenderas till personer över 65 år.

Vid ordination av fysisk aktivitet, se www.fyss.se

Birgitta Bergman, hälsoutvecklare
Enheten för hållbar utveckling

I Reklistan 2019 har vi efter starkt önskemål från primärvården valt att reducera antalet rekommenderade inhalatorer. Som bakgrund till våra rekommendationer har vi följt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid astma respektive KOL från 2015, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL från 2018, tillgänglig vetenskaplig litteratur, aktuella prisuppgifter samt olika inhalatorers användarvänlighet.

Det är av yttersta vikt att försäkra sig om att patienten kan hantera sin inhalator korrekt samt använder korrekt inhalationsteknik. Det kan därför finnas skäl att förskriva en annan inhalator än vad som rekommenderas i Reklistan. Vad som är mest lämpligt för en enskild individ måste avgöras från fall till fall, gärna i samråd med specialutbildad astma/KOL-sköterska.

ALLERGISK RINIT

Det finns ingen kliniskt relevant skillnad i effekt mellan olika nasala steroider. Vi har valt att plocka bort budesonid till förmån för mometason som är billigare och pga. sin lägre biotillgänglighet ger mindre risk för systempåverkan.

KOL

Syftet med behandling av KOL är att lindra symptom, förbättra lungfunktion och förebygga exacerbationer. Den för individen enskilt viktigaste åtgärden är rökstopp/rökavvänjning och därför har vi lagt till det som icke-farmakologisk behandling vid KOL.

Utifrån en sammanvägning av symptomens svårighetsgrad, grad av lungfunktionsnedsättning (FEV1) samt exacerbationsfrekvens det senaste året delas patienterna in i fyra olika kategorier benämnda GOLD A, B, C och D, vilket styr val av läkemedelsbehandling (se Figur 1. Rekommenderad läkemedelsbehandling vid GOLD A-D nedan). Symptomens svårighetsgrad skattas med hjälp av CAT (COPD Assessment Test). CAT < 10 = lindriga eller sporadiska symptom, CAT ≥ 10 = betydande symptom.

GOLD A:

Kortverkande beta-2-agonist (SABA): salbutamol (Buventol Easyhaler) eller terbutalin (Bricanyl Turbuhaler) rekommenderas vid behov vid lindriga eller sporadiska symptom. Båda preparaten finns i två styrkor. Buventol är något billigare än Bricanyl som istället har längre hållbarhet efter öppning än vad Buventol har (2 år vs. 6 mån). Airomir spray (salbutamol) med spacer rekommenderas vid svårigheter att hantera pulverinhalator.

GOLD B och GOLD C:

Långverkande bronkvidgande läkemedel är förstahandsval vid underhållsbehandling av KOL. Långverkande beta-2-agonist (LABA) används i första hand för symptomlindring och långverkande antikolinergika (LAMA) vid exacerbationsproblematik. Vid otillräcklig effekt av LABA eller LAMA var för sig rekommenderas kombinationen LABA+LAMA.

LAMA: Tiotropium har effekt på symptom och hälsorelaterad livskvalitet och är den LAMA som har bäst dokumentation, såväl avseende långtidsdata som exacerbationsdata. Braltus är billigare än Spiriva handihaler och bör därför väljas i första hand. Spiriva Respimat väljs vid behov av spray.

LABA: Vi rekommenderar LABA med 24 timmars duration då studier visar bättre effekt än för LABA med 12 timmars duration. Indakaterol (Onbrez Breezhaler) är förstahandsval. Olodaterol (Striverdi Respimat) väljs vid behov av spray. Båda har positiv effekt på livskvalitet medan indakaterol även påverkar symptom och har viss effekt på exacerbationer.

LABA+LAMA: vid behov av dubbel bronkdilatation rekommenderas fast kombination av indakaterol + glykopyrron (Ultibro Breezhaler). Preparatet har dokumenterad tilläggs effekt på dyspné och exacerbationer jämfört med monokomponenterna. Vid behov av spray väljs olodaterol + tiotropium (Spiolto Respimat).

GOLD D:

Underhållsbehandling med LABA+LAMA är grunden. Vid fortsatta exacerbationer trots behandling med LABA+LAMA rekommenderas tillägg av inhalationssteroid (ICS). Då det inte finns någon ICS med indikationen KOL rekommenderas byte till inhalatorer innehållandes LAMA respektive ICS+LABA.

Om patienten har svårt att hantera flera inhalatorer och/eller följsamhetsproblematik föreligger kan en inhalator innehållandes samtliga tre komponenter ICS+LABA+LAMA övervägas. Nackdelen är begränsad möjlighet att justera dosen av enskild ingående komponent med risk för överdosering.

För val av LAMA samt LABA+LAMA se under GOLD B och C ovan.

ICS+LABA: Bufomix Easyhaler eller Duoresp Spiromax är förstahandsval. Bufomix pga. dess pris och Duoresp pga. dess användarvänlighet (inhalatorn drivs av inandningsflödet). Vid behov av spray med spacer rekommenderas Symbicort spray. Samtliga rekommenderade preparat innehåller kombinationen budesonid + formoterol. Observera att långtidsbehandling med inhalationssteroider kan öka risken för pneumoni. Enligt europeiska läkemedelsmyndigheten finns det ingen skillnad i pneumonirisk mellan olika substanser.

ICS+LABA+LAMA: Trelegy Ellipta (dosering 1 gång/dygn) är förstahandsval. Vid behov av spray med spacer väljs Trimbaw (dosering 2 gånger/dygn).

Tilläggsbehandling

Vid kronisk bronkit, exacerbationer (≥ 2 behandlade i öppenvård eller ≥ 1 sjukhusvårdad per år), FEV1 $< 50\%$ av förväntat värde och läkemedelsbehandling enligt GOLD D kan tillägg av roflumilast (Daxas) övervägas. Observera förekomsten av gastrointestinala biverkningar.



Figur 1. Rekommenderad läkemedelsbehandling vid GOLD A-D

ASTMA**Underhållsbehandling av astma hos små barn 0-5 år**

Astmatiska besvär i samband med förkylningar är vanligt hos små barn. Prognosen anses god och i de flesta fall växer infektionsastman bort vid två-tre års ålder, men vissa barn har kvar tendensen även under skolåldern.

Lindriga/måttliga besvär enbart i anslutning till luftvägsinfektioner (viral wheeze) kan behandlas under perioder med besvär med kortverkande luftrörsvidgande/beta-2-agonist som inhalation via andningsbehållare (spacer). Till barn med svårare besvär, eller täta besvär kan periodvis behandling med inhalationssteroid eller leukotrienantagonist i anslutning till luftvägsinfektion provas. Inhalationsbehandling kan användas intermittent enligt bifogat schema (Bilaga 1). Schemat finns på svenska, engelska, arabiska och somaliska.

Från ungefär 6 års ålder kan barn och tonåringar med astma behandlas i stort sett som vuxna. De flesta barn klarar av att börja använda pulverinhalator och astmasjukdomen domineras av astma med allergisk sensibilisering. Läkemedelsdoserna kan dock skilja sig beroende på barnets ålder.

Tabell VI. Dygnsdoser av inhalationssteroider till barn (μg).

Tabellen uppdaterad med doseringsintervall den 16 augusti 2018.

Barn 0-5 år	Låg dos	Medelhög dos	Hög dos
Budesonid pMDI	100-200	$> 200-400$	> 400
Budesonid nebuliserat	250-500	$> 500-1\ 000$	
Beklometasonpropionat (HFA)	50-100	$> 100-200$	> 200
Flutikasonpropionat	100-200	$> 100-200$	> 200
Barn 6-11 år			
Budesonid DPI	100-200	$> 200-400$	> 400
Budesonid nebuliserat	250-500	$> 500-1\ 000$	$> 1\ 000$
Beklometasonpropionat HFA	50-100	$> 100-200$	> 200
Flutikasonpropionat DPI	100-200	$> 200-400$	> 400
Flutikasonpropionat HFA	100-200	$> 200-500$	> 500
Mometasonfuroat	100	$\geq 200- < 400$	≥ 400
Barn ≥ 12 år	Se rekommendation för behandling av astma hos vuxna.		

pMDI = Pressurized Metered Dose Inhaler, HFA = hydrofluoralken, DPI = Dry Powder Inhaler.

INFORMATION FRÅN LÄKEMEDELSVENKE 7 3 2018 37

Underhållsbehandling av astma hos vuxna

Behandlingsmål:

- Symptomfrihet
- Ingen begränsning av dagliga aktiviteter
- Normal lungfunktion
- Inga akutbesök
- Fullgod livskvalitet
- Inga allvarliga medicinbiverkningar

Astmasjukdomens svårighetsgrad kommer för de flesta att variera. Detta gör att all astmabehandling måste individualiseras; både upptrappning och nedtrappning av behandling kan behövas.

Alla patienter med astma bör ha en kortverkande luftrörsvidgande för att motverka astmaanfall. De läkemedel som i första hand är aktuella är beta-2-agonister i form av salbutamol eller terbutalin.

Vid återkommande astmasymptom (> 2 ggr/vecka) bör underhållsbehandling med inhalationssteroider ges. Man startar med en medelhög dos av inhalationssteroiden i avsikt att snabbt komma åt inflammationen i luftvägar och för att uppnå symptomfrihet och normaliserad lungfunktion.

Nedtrappning till låg underhållsdos kan sedan i de flesta fall ske efter några månader. Man bör eftersträva så låg effektiv dos som möjligt. Leukotrienantagonister har visat sig ge viss tilläggs effekt till basbehandling. Hos en del patienter kan leukotrienantagonister medge sänkning av dosen av inhalerad steroid med bibehållen astmakontroll.

I de fall där fullgod astmabehandling inte uppnås med ovanstående behandling ges tilläggsbehandling med långverkande beta-2-agonist. Fördelen med fasta kombinationer med inhalationssteroid och långverkande beta-2-agonist är att behandlingen blir enklare med enbart en inhalator och man får förhoppningsvis ökad följsamhet.

Både formoterol och salmeterol har 12 timmars duration. Till skillnad från salmeterol har formoterol också en snabbt insättande effekt.

Bilaga 1

Inhalationsbehandling med OptiChamber Diamond

Skaka sprayen före varje användning. En dos=puff läkemedel ryms i OptiChamber åt gången.
OptiChamber med mask = 5-10 andetag/puff.
OptiChamber utan mask (från 2-3 års ålder) = 3-5 andetag/puff.

Rengöring: OptiChamber Diamond och masken handdiskas varje vecka.
Diska med mildt diskmedel i 1-2 minuter och låt ligga kvar i diskvattnet 10 min.
Lufttorka! Instruktionsfilm finns på www.nipgard.com

Vid förkylningssymptom (hosta, andningsbesvär, rossel, pip) startas behandlingen.

Airomir 0,1 mg/puff **BLÅ** Luftrösvidgande, kortverkande

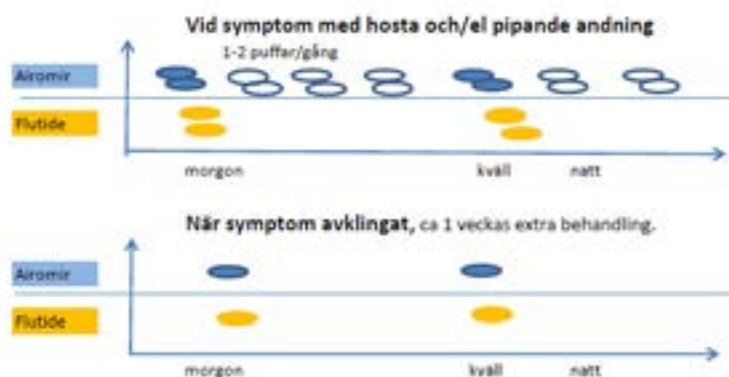
Morgon: 1-2 puffar (15 minuter före Flutide)
Dessutom 1-2 puffar 2-3 gånger **vid behov** under dagen
Kväll: 1 puffar (15 minuter före Flutide)
Dessutom 1-2 puffar 1-2 gånger **vid behov** under natten

Vid okänt besvär kan 4-6 puffar Airomir ges på 1 timme. Kontakta sjukvården om det inte hjälpt.

Flutide 125 µg/puff **ORANGE** Slemhinneavsvällande kortison

Morgon: 15 minuter efter Airomir ges 2 puffar tills andningsbesvären borta.
(Först en puff i OptiChambern och sedan 1 puff till)
Kväll: 15 minuter efter Airomir ges 2 puffar tills andningsbesvären borta.
(Först 1 puff i OptiChambern och sedan 1 puff till)

När symtomen avklingat; 1 puff flutide (orange) morgon och kväll i ytterligare 1 vecka.



Anneli Strömstedt, sammankallande
För expertgruppen Allergi och andningsvägar

DEMENSJUKDOM OCH "ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL"

Expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom ansvarar för rekommendationerna under rubriken Demens i Reklisan och för innehållet i "Äldre och läkemedel" som finns som bilaga i Reklisan. "Äldre och läkemedel" finns som inplastat kort som kan beställas från Läkemedelskommittén (lakemedelskommitten@regionsormland.se).

De läkemedel som bör undvikas/användas med försiktighet hos äldre är liksom tidigare markerade med varningstriangel i Reklisan.



Symptomatisk behandling vid Alzheimers sjukdom

Givna rekommendationer i Reklisan är sedan några år tillbaka oförändrade. Det har tyvärr inte tillkommit några nya läkemedel. Enligt Socialstyrelsens "Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom" ska hälso- och sjukvården erbjuda behandling med kolinesterashämmare till personer med mild till måttlig Alzheimers sjukdom.

Läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom

Vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom rekommenderas kolinesterashämmarna – donepezil, galantamin, rivastigmin – som förstahandsval, utan inbördes ordning, eftersom kliniskt relevanta skillnader inte kunnat påvisas. När det gäller rivastigmin så har studier visat att plåsterberedning ger mindre gastrointestinala biverkningar än kapslar. Plåster kan även vara ett alternativ för de patienter som har svårigheter med den perorala beredningsformen. Beakta om patienten behöver hjälp med plåsterbyte.

Glutamathämmaren memantin rekommenderas som andrahandsval om kolinesterashämmare är kontraindicerade, inte tolereras eller är olämpliga till exempel vid AV-block, aktivt duodenal- eller magsår.

Vid måttlig till svår Alzheimers sjukdom rekommenderas glutamathämmaren memantin i monoterapi eller som tillägg till kolinesterashämmare vid utebliven effekt.

Utvärdering av tolerabilitet och ställningstagande till dosökning bör ske efter 4-6 veckor. Behandling bör pågå så länge som nyttan överstiger riskerna. Utvärdering av effekt bör ske, av både kolinesterashämmare och av memantin, efter 6-12 månader. Vid svårbedömd effekt bör respektive läkemedel under aktiv observation försöksvis utsättas. Om påtaglig försämring inträffar inom 3-4 veckor, bör preparatet trappas in igen.

När memantin förskrivs mot BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens), t.ex. vid aggressivitet, bör man ha sett tecken till effekt inom två veckor på det huvudsymptom som föranledde insättningen. Full effekt bör ha uppnåtts efter två månader från start. Om effekten är tveksam eller uteblir, bör man sätta ut memantin. På grund av lång halveringstid kan behandling med memantin avslutas utan nedtrappning.

Läkemedel/kombinationer som bör undvikas/särskilt beaktas

Bör undvikas:

- Samtidig behandling med kolinesterashämmare och antikolinergika – direkt kontraindicerat.
- Kolinesterashämmare hos patienter med överledningsrubbningar – EKG inför insättning och dosökning rekommenderas.
- Kombinationen donepezil och escitalopram/citalopram (D-interaktion = kliniskt betydelsefull interaktion som bör undvikas). Läkemedlen kan var för sig förlänga QT-intervallet och samtidig behandling ökar risken för allvarlig arytm. Kontrollera EKG och QTc-intervall om kombination inte kan undvikas. Interaktionen är i dagsläget inte känd för galantamin/rivastigmin. Inte heller för kombinationen kolinesterashämmare med sertralin.

Beakta att:

- Kolinesterashämmare i kombination med betablockerare kan leda till bradyarytmi och synkopé.
- Dosering av Memantin bör anpassas efter njurfunktionen. Hos patienter med måttligt nedsatt njurfunktion (eGFR 49-30 ml/min) ska dygnsdosen vara 10 mg. Efter minst 7 dagars behandling och om patienten tolererar dosen väl kan dygnsdosen långsamt titreras upp till 20 mg. Vid kraftigt nedsatt njurfunktion (eGFR 29-5 ml/min) är den maximalt rekommenderade dygnsdosen 10 mg.

Vid förekomst av BPSD bör omvårdnadsåtgärder alltid prioriteras högst. Vid förekomst av svår aggressivitet, depression, oro och sömnsvårigheter kan vissa läkemedel lindra besvären. Viktigt med regelbunden utvärdering av effekt samt att väga nytta mot eventuella risker. Vid depressiva symptom, irritabilitet, agitation och oro kan SSRI preparat (escitalopram alt. sertralin) provas. Vid samtidig sömnbesvär kan mirtazapin till kvällen vara ett alternativ. Börja alltid med så låg dos som möjligt, förslagsvis 7,5 mg till kvällen.

Antipsykotika vid BPSD

- Endast vid ihållande aggressivitet där det finns risk att patienten kan skada sig själv eller andra och där omvårdnadsåtgärder inte givit effekt.
- Så kort behandlingstid som möjligt bör eftersträvas. Utvärdering av effekten efter två veckor samt med regelbundet ställningstagande till utsättning.
- I första hand kan risperidon provas. Rekommenderad startdos 0,25 mg och maxdos 1,5 mg/dygn.
- Mycket stor försiktighet vid samtidig lewybody demens. Om behov av antipsykotika uppstår kan quetiapin provas. Rekommenderas startdos 12,5 mg och bör hållas så låg som möjligt.
- Osannolikt att effekt uppstår vid skrikbeteende, vandringsbeteende, apati och nedstämdhet.

För mer information hänvisar vi till "Länsgemensamt program för vård- och omsorg om demenssjuka" samt bilagan "Läkemedelsbehandling".

Marie Holmberg-Clausen, sammankallande

Rim Alfarrá

För expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom

KOMMENTAR PREPARATVAL GLP1-RA RESP SGLT2-HÄMMARE FRÅN VÅR SJUKVÅRDSREGIONALA EXPERTGRUPP, DIAREG

Bakgrund

Nya läkemedel för blodsockersänkning vid typ 2-diabetes utgör nya användbara verktyg vid sidan av/ efter metformin. Läkemedelsgrupperna ovan har tilldragit sig stort intresse då en del av dem visat sig utöver blodsockersänkning kunna förebygga kardiovaskulär sjuklighet (CVD). Man har också för SGLT2-hämmare oväntat funnit en renoprotektiv effekt som varit mest uttalad vid bevarad normal njurfunktion vid studiestart. Detta har lett till att man i internationella guidelines (ADA/EASD) lyfter upp dem i prioritet för patienter med kardiovaskulär sjukdom. Även Nationella Riktlinjer och Läkemedelsverket ger dem nu högre prioritet.

De kliniska studierna är gjorda på skilda patientpopulationer och de har olika visad effekt på olika kardiovaskulära manifestationer. Nedan följer en genomgång av de aktuella studierna, som stöd vid preparatval till den enskilde patienten.

SGLT2-hämmare

Studier finns för empagliflozin (EMPA-REG), canagliflozin (CANVAS) och nu senast dapagliflozin (DECLARE-TIMI).

	EMPA-REG	CANVAS	DECLARE-TIMI
Läkemedel	Empagliflozin (Jardiance)	Canagliflozin (Invokana)	Dapagliflozin (Forxiga)
Uppföljning, år	3.1	2.4	4.2
Etablerad CVD	100%	66%	37%
Tidigare hjärtsvikt	10%	14%	10%
eGFR<60 ml/min	26%	20%	7%
Riskreduktion MACE*	HR 0.86**	HR 0.82**	HR 0.90**
Riskreduktion hospitalisering för hjärtsvikt el CV död	HR 0.66	HR 0.77	HR 0.83
Reduktion progress njurfunktionsnedsättning***	HR 0.54	HR 0.54	HR 0.55

*MACE

**Gränssignifikant

***Komposit av njurfunktionsnedsättning, utveckling av end-stage renal disease (ESRD) och död i njursvikt

Sammanfattningsvis ser man en modest effekt på MACE men en uttalad effekt på hjärtsvikt, vilken förefaller störst i en kardiovaskulärt sjuk population med empagliflozin men har även viss effekt i en "friskare" population med de övriga. Den sammanlagda effekten på utveckling av njurfunktionsnedsättning skiljer sig ej åt mellan studierna på de olika preparaten.

GLP1-receptoragonister

Studier finns publicerade för liraglutid (LEADER), exenatid (EXSCEL), lixisenatid (ELIXA), semaglutid (SUSTAIN-6). För dulaglutid är den kardiovaskulära outcome-studien REWIND ej publicerad, varför DIAREG ej beaktar den i nedanstående genomgång.

	LEADER	EXSCEL	ELIXA	SUSTAIN-6
Läkemedel	Liraglutid (Victoza)	Exenatid (Bydureon, veckoberedn)	Lixisenatid (Lyxumia)	Semaglutid (Ozempic, veckoberedn)
Uppföljning, år	3.8	3.2	2.1	2.1
Förekomst % CV sjuk/hjärtsvikt	81/18	73/16	100/22	72/24
Riskreduktion MACE	HR 0.87	HR 0.91 (ns)	HR 1.02 (ns)	HR 0.74
Riskreduktion hospitalisering för hjärtsvikt	HR 0.87 (ns)	HR 0.94 (ns)	HR 0.96 (ns)	HR 1.11 (ns)

Sammanfattningsvis ser man ingen signifikant effekt på hospitalisering för hjärtsvikt men för fr a sema-glutid men också liraglutid en signifikant effekt på större kardiovaskulära händelser (i dessa fall kardio-vaskulär död, hjärtinfarkt eller stroke).

Expertgruppen Endokrinologi/diabetologi följer därmed vår sjukvårdsregions expertgrupp, DIAREG och rekommenderar att man för patienter med typ 2-diabetes väljer metformin som första-handsläkemedel, och att man därefter vid kardiovaskulär sjukdom/hjärtsvikt överväger behandling med GLP1-RA/SGLT2-hämmare och då väljer preparat som visat effekt på kardiovaskulär sjuklighet.

Referenser:

2018 ACC Expert Consensus DecisionPathway on Novel Therapies for Cardiovascular Risk Reduction in Patients With Type 2 Diabetes and Atherosclerotic Cardiovascular Disease

Zelniker: SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials
The Lancet Published online November 10, 2018

Vibeke Bergmark

För expertgruppen Endokrinologi/diabetologi

OSTEOPOROS

Det viktigaste budskapet här är att hitta patienter med osteoporos och ge dem adekvat behandling och på så vis hindra/minska uppkomsten av lågenergifraktur som både innebär ett stort personligt lidande för många, en ökad mortalitet och en ökad belastning i många delar av sjukvårdsapparaten.

Benspecifik behandling i första hand är bisfosfonater peroralt som veckotablett (alendronat) eller som årlig infusion (zoledronsyra). Zoledronsyra bör väljas istället för alendronat vid sväljsvårigheter och biverkningar av peroral behandling, samt vid minnessvikt, följsamhetsproblem eller misstanke om absorptionsstörningar i mag-tarmkanalen. Observera att zoledronsyra beställs på rekvisition och förskrivs därför inte som vanligt recept. Viktigt dock att registrera som recept för att synliggöra i läkemedelslistan. Zoledronsyra ska sedan ordinerars på öppenvårdstempkurvan samt kvitteras av ssk efter att patienten fått infusionen.

Vid nedsatt njurfunktion (eGFR < 35 ml/min) eller om bisfosfonater är olämpliga eller inte tolereras ges istället denosumab subcutan injektion var 6:e månad. Nyinsättning av bisfosfonater rekommenderas inte vid eGFR < 45 ml/min. Uppföljning av kalcium ca två veckor efter första dosen hos riskpatienter för hypokalcemi rekommenderas.

Benspecifik behandling kombineras med kalciumkarbonat 500 mg/vitamin D3 800 E. Enbart Kalcium och vitamin D är indicerat endast vid påtalad kalcium- eller vitamin D-brist.

Kenneth Fernström, sammankallande

För expertgruppen Rörelseorganens sjukdomar

Bland de kombinerade monofasiska preparaten har Estrelen och Cleosensa försvunnit från marknaden varför dessa på samtliga indikationer där de tidigare rekommenderats ersätts av Dizminelle och Rosal. Desogestrel ersätts med Gestrina som för närvarande är billigare och är det generika som företrädesvis har expedierats på apotek under året som gått.

NuvaRing ersätts med Ornibel, ett likvärdigt alternativ men i ett mjukare material och som till skillnad mot NuvaRing inte heller behöver kylförvaras vilket underlättar vid ex. resor. Under 2018 har denna inte varit tillgänglig på den svenska marknaden, men tillverkaren uppger nu att tillgängligheten är god och att dessa ska finnas på apoteken inom kort. Prismässigt är Ornibel för närvarande marginellt billigare. P-ringar omfattas ej av läkemedelsförmånen varför den lokala ungdomssubventionen uppdateras från och med årsskiftet till att omfatta Ornibel istället för NuvaRing (recept på NuvaRing subventioneras under dess giltighetstid).

NuvaRing ersätts på listan med Ornibel, ett likvärdigt alternativ men i ett mjukare material och med enklare förvaring (rumstemperatur genom hela kedjan). Gällande NuvaRing har förvaringsanvisningarna ändras från tidigare kylförvaring till förvaring i rumstemperatur upp till fyra månader efter utlämnandet från apotek (fram till dess kylförvaring). Under 2018 har Ornibel inte varit tillgänglig på den svenska marknaden, men tillverkaren uppger nu att tillgängligheten är god och att dessa ska finnas på apoteken inom kort. Under hösten har även p-ringen Vagiprev, som bedöms likvärdigt med Ornibel och NuvaRing, tillkommit. Priserna mellan dessa tre varierar mellan olika apotekskedjor och de omfattas ej av läkemedelsförmånen, varför den lokala ungdomssubventionen uppdateras från och med årsskiftet till att omfatta samtliga tre.

Noteras även att Dienorette (dienogest/etinylestradiol) och Levesia (levonorgestrel/etinylestradiol) introducerats på den svenska marknaden. Båda är kombinerade p-piller. Dienorette är enda preperatet på marknaden innehållande gestagenet dienogest som är godkänt enbart som antikonception. Dienorette är även det enda kombinerade p-pillret som också har indikationen måttlig acne. Levesia har samma innehåll som Neovletta, men med längre mängd hormoner. Båda omfattas av läkemedelsförmånen, men vi avvaktar med ytterligare rekommendationer till dess att mer klinisk erfarenhet av dessa finns.

Vi vill även påminna om att effekten av Norlevo vid postcoital antikoception avtar vid vikt över 75 kg och saknar effekt över 80 kg. I dessa fall bör EllaOne användas. Detta gäller även om det har gått mer än 72 timmar oavsett vikt.

Ingvar Ek, sammankallande

Cecilia Olvén

För expertgruppen Gynekologi/Urolog

I Reklistan har vi lagt till Imdur under rubriken Nitrater - långverkande. Detta med tanke på att Isosorbidmononitrat endast finns i styrkorna 10, 20 och 60 mg och Imdur finns i styrkorna 30, 60 och 120 mg.

Nitroglycerin resoribletter har utgått från Reklistan då företaget inte längre kan tillhandahålla detta läkemedel och inga andra resoribletter finns tillgängliga på marknaden.

Under kapitlet hjärtsvikt har vi lagt till Entresto (Valsartan/Sakubitril) som är under s.k. ordnat införande vilket innebär villkorad förskrivning. Behandling med Entresto kan påbörjas inom primärvården och de patienter som är aktuella för denna behandling är patienter som trots optimal behandling med ACE-hämmare/ARB, Betablockad, MRA och ev. CRT/sviktpacemaker har symptomgivande hjärtsvikt med $EF \leq 35\%$.

När det gäller kronisk ischemisk hjärtsjukdom har vi tagit bort betablockerare efter genomgången hjärtinfarkt. Detta då det råder tveksamhet om effekten av betablockad efter hjärtinfarkt med normal systolisk vänster kammarfunktion ($EF \geq 50\%$). F.n pågår en s.k. registerrandomiserad studie (REDUCE) där dessa patienter randomiseras öppet till betablockad eller inte.

I övrigt kan nämnas att Socialstyrelsen genomfört en översyn av de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård som publicerades i juni och omfattar ett fåtal rekommendationer. En av rekommendationerna rör långtidsbehandling med Brilique 60 mg x 2 som tillägg till ASA till patient med tidigare hjärtinfarkt i stabilt skede. Denna behandling fick prioritet 8 vilket innebär att den i undantagsfall kan erbjudas dessa patienter.

En annan rekommendation rör samma patientkategori och innefattar tillägg av Xarelto 2,5 mg x 2 till ASA. Denna behandling fick prioritet 7 vilket innebär att den kan erbjudas dessa patienter. Nettoeffekten av denna behandling är dock begränsad och vår uppfattning inom expertgruppen är att det bör ske en restriktiv förskrivning av Xarelto på denna indikation i nuläget. En patientkategori som man dock kan ha i åtanke för denna behandling är patient med både tidigare hjärtinfarkt samt symptomatisk perifer artärsjukdom.

Stefan Pettersson, sammankallande
För expertgruppen Hjärta och kärl

Altargo kommer att avregistreras från den svenska marknaden och har därför tagits bort från Reklistan.

Sol-Britt Lonne Rahm, sammankallande
För expertgruppen Hud

Infektion

Strama fokuserar på Strep A under 2019

Stramagruppen har beslutat att förändra den så kallade antibiotikaribban för primärvården. Sedan 2011 har ekonomiska incitament utgått till de vårdcentraler som nått målet att ha en förskrivning på max 175 antibiotikarecept/1000 listade patienter per år. Ungefär hälften av vårdcentralerna har klarat målet under de år som ribban funnits. Denna antibiotikaribba kommer att tas bort och ersättas av en aktivitetsstyrd ersättning.

De nationella behandlingsrekommendationerna för tonsillit är från 2012. Där anges att antibiotika-behandling vid tonsillit ska utgå från bedömningen av kliniska fynd, de s.k. Centorkriterierna. Strep A test tas om 3 eller fler Centorkriterier är uppfyllda, och antibiotika rekommenderas till dem som har 3 eller fler Centorkriterier och positivt Strep A test.

Det förekommer att Strep A test på fel indikation, exempelvis vid färre än 3 Centorkriterier, innan bedömning av Centorkriterier utförts, osv. Det orsakar problem eftersom det är pedagogiskt svårt att avstå från att behandla en patient med positivt Strep A test, trots att det kan röra sig om en lindrig självläkande infektion eller ett bärarskap. Stramagruppen vill därför sätta fokus på Strep A test och halsinfektioner under 2019.

De moment som ingår i 2019 års antibiotikaarbete för primärvården:

1. Journalgranskning Strep A: Granskningen kan göras så att varje kollega ensam granskar 2-3 journaler (gärna från olika kollegor) alternativt utförs granskningen i mindre grupper om 2-3 kollegor som tillsammans granskar varandras journaler.
2. Andel positiva Strep A/totalt antal Strep A. Målvärde > 0,3.
3. Stramafall tonsillit, med handledarkommentarer.
4. Uppföljning av Strep A kvot (punkt 2) efter 6-8 månader.

Utfallet av momenten ska diskuteras på minst ett reflekterande möte på vårdcentralen, där läkare och sjuksköterskor deltar. Momenten och diskussionen sammanfattas i en självdeklaration som skickas in till Strama. För godkänd självdeklaration ska alla 4 momenten utförts och kommenterats i självdeklarationen.

Maria Remén, sammankallande
För expertgruppen Strama

Inga förändringar är gjorda från föregående år.

Jelena Tucic
För expertgruppen Mag-tarmsjukdomar

Mun- och tandvård

Xerodent utgår vid munntorrhet då fabrikanter har produktionssvårigheter.

För att premedicinera med midazolam krävs särskild utbildning och syrgas att tillgå.

Christina Edlund, sammankallande
För expertgruppen Tandvårdskommittén

Neurologi

Vad gäller behandling av pågående migrän har vi tagit bort rekommendationen om Voltaren T/ Diklofenak T med hänsyn till negativ inverkan på hjärta-kärl och dessutom mer miljöpåverkan än andra NSAID.

Naproxen rekommenderas med dosering enligt FASS.

I övrigt inga ändringar.

Anna-Karin Wärme, sammankallande
För expertgruppen Neurologiska sjukdomar

Psykiatri

I årets Reklista har inga förändringar gjorts för rekommenderade preparat. Som tidigare kvarstår rekommendationen av hydroxizin för behandling av tillfällig ångest, trots varningen om ökad risk för förlängt QT-intervall. Kombinationen hydroxizin och escitalopram klassas som D-interaktion, vilket innebär att sådan kombination bör undvikas. För övrigt gäller som tidigare att såväl hydroxizin som propiomazin (Propavan) inte rekommenderas till äldre pga. risk för allvarliga biverkningar.

Tomas Ljungberg, sammankallande
För expertgruppen Psykiatriska sjukdomar

I princip är det inga stora ändringar i årets lista vad gäller smärtbehandling. Den nyhet som kommit sedan förra året är att pregabalin narkotikaklassats juli 2018. Se även förra numret av TerapiTips! Det som också är viktigt att påpeka är att det just är Pregabalin som skall skrivas och inte Lyrica eftersom det också har indikationen epilepsi och därmed inte är utbytbar till synonympreparat. Det kommer också att vara en av årets "läkemedelsribbor" att hålla förskrivningen av Lyrica < 10 % av totalförskrivningen av Pregabalin. Detta i syfte att spara pengar i vår läkemedelsbudget.

När det gäller behandling av neuropatisk smärta är vår rekommendation att man startar med en betydligt lägre dos Pregabalin än vad som anges i FASS. På smärtmottagningen brukar vi starta med 25 mg på kvällen i 2-3 dagar och därefter successiv upptitrering med 25 mg var 3:e dag och med telefonuppföljning när man kommit upp till 75 mg 1+0+1 för att efterhöra eventuell effekt/ biverkningsproblematik. Från denna nivå brukar man kunna öka med 50 mg varannan dag upp till den dos som ger effekt på smärtproblematiken. Om man inte får någon effekt alls rekommenderar vi att man trappar ut detta preparat lite försiktigt (50 mg var 3:e dag) eftersom det hos en del personer kan ge abstinenssymptom.

För gabapentin gäller också att starta med låg dos; Till äldre rekommenderas att starta med 100 mg till kvällen och därefter försiktig dosökning efter en vecka till 100 mg 1+0+1 och efter ytterligare en vecka till 100 mg 1+1+1.

När det gäller tricyklika (TCA) vid neuropatisk smärta brukar vi också här gå efter devisen "Start low go slow". Amitryptilin med startdos 10 mg till kvällen och dosökning var 3:e dag upp till effektiv dos som vid neuropatisk smärta ofta brukar landa runt 70-100 mg. Hos äldre och om man får antikolinerga biverkningar av amitryptilin kan man istället använda nortryptilin 25 mg (som kan delas till 12,5 mg) med ½ tablett ökning enligt samma princip som amitryptilin. TCA används med fördel vid t.ex. herpes zoster. TCA vid generaliserad, nociplastisk smärta titreras ännu mer försiktigt med 10 mg:s dosökning 1 gång/vecka upp till den dos patienten får positiv effekt på smärta/sömnkvalité. Här varierar dosbehovet från 10-100 mg. Således viktigt med uppföljning av insatt läkemedel avseende dosbehov/ biverkningar.

Opioidbehandling av smärta skall föregås av en smärtanalys för att avgöra om smärtan är påverkbar av opioider. Vid akuta smärttillstånd skall man alltid ha en plan för nedtrappning av opioidbehandlingen som sedan skall följas. Den som har initierat en opioidbehandling är ansvarig för den intill annan läkare påtar sig fortsatt förskrivning/uppföljning av patienten. Ett annat viktigt faktum är att patienter som inte är opioidnaiva många gånger har behov av en högre dos än patienter som får det för första gången. Det fungerar således inte alltid med "standarddosering".

Vid övervägande av opioidbehandling vid benign smärta så skall, förutom smärtanalys, också en genomgång av riskfaktorer för beroendutveckling göras. Tidsplanering/uppföljning av behandlingen och avtal om avslutande av den påbörjade behandlingen vid terapivikt eller tendens till toleransutveckling eller beroendeproblematik skall också genomföras. Senare studier indikerar också att långvarig opioidbehandling är en riskfaktor för utvecklande av nociplastisk/generaliserad smärta.

Kenneth Fernström, sammankallande
För expertgruppen Rörelseorganens sjukdomar

Ny upphandling för medicinska livsmedel trädde i kraft den 1/10 2018 och byten har därför skett till likvärdig produkt.

Ida Myrbäck
För expertgruppen Undernäring

Ögon

När det gäller val av läkemedel vid torra ögon: Vår rekommendation är att endast patienter med uttalade besvär med torra ögon, ”keratoconjunktivitis sicca” kan få tårsubstitut på recept. Behandling utan konserveringsmedel rekommenderas bara om man behöver droppa oftare än 4 gånger. Patienter får fråga om råd på apoteket eller hos optiker.

Cincaïn borttaget då läkemedlet är avregistrerat.

Anne Silfverskiöld, sammankallande
För expertgruppen Ögonsjukdomar

Öron

Diprotit ersätter Diproderm som är avregistrerat.

Björn Lundahl
Informationsläkare
Läkemedelskommittén

Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt

Mindre justeringar gjorda för att anpassa till våra övriga rekommendationer.

Björn Lundahl
Informationsläkare
Läkemedelskommittén

Akut mediaotit	PcV 2 x 800 mg x3 Barn: PcV 25 mg/kg x3	5 dagar 5 dagar
Dentala infektioner	PcV 2 x 800 mg x3 Barn PcV 25 mg/kg x3 Vid pc allergi: Klindamycin 150 mg x3 Barn 5 mg/kg x3	7 dagar 7 dagar 7 dagar 7 dagar
Erysipelas	PcV 1 g x3 vid vikt >90 kg: 2 g x3	10 dagar 10 dagar
Erytema migrans (solitärt)	PcV 1 g x3 Barn: PcV 25 mg/kg x3	10 dagar 10 dagar
Erytema migrans (multipla)	Vuxna: Doxycyklin 100 mg x2 (ej till gravid sista 2 trimestrar) Barn ≥ 8 år: Doxycyklin 4 mg/kg x1 < 8 år: Amoxicillin p.o. 15 mg/kg x3	10 dagar 14 dagar 14 dagar
Pneumoni	PcV 1 g x3 Barn > 5 år: PcV 12,5 mg/kg x3	7 dagar 7 dagar
Infekterat hundbett/ mänskobbett	amoxicillin/klavulansyra 500 mg x3 Barn: amoxicillin/klavulansyra 20 mg/kg x3	10 dagar 10 dagar
Infekterat kattbett	(<2 dygn) PcV 1g x3 Barn: PcV 25 mg/kg x3 (>2 dygn) Behandling som vid hundbett	10 dagar 10 dagar
KOL-exacerbation	amoxicillin 500 mg x3 alt doxycyklin 100 mg dag 1-3: 2 tabl x1, därefter 1x1 i 4 dagar	7 dagar
Sinuit	PcV 2 x 800 mg x3	10 dagar
Tonsillit	PcV 1 g x3 Barn: PcV 12,5 mg/kg x3	10 dagar 10 dagar
Cystit kvinnor	mecillinam 200 mg x3 nitrofurantoin 50 mg x3	5 dagar 5 dagar
Cystit män	mecillinam 200 mg x3 nitrofurantoin 50 mg x3	7 dagar 7 dagar
Okomplicerad pyelonefrit kvinnor	ciprofloxacin 500 mg x2	7 dagar
Pyelonefrit/ Febril UVI män	ciprofloxacin 500 mg x2	14 dagar



2019-2020

Akut- och buffertläkemedel

för särskilda boenden och hemsjukvård i Sörmland

AKUTLÄKEMEDEL

Anafylaxi

Emerade inj spruta 300 mikrog/dos (*adrenalin*)
Aerius munsönderfallande tabl 5 mg (*desloratadin*)
Betapred tabl 0,5 mg (*betametason*)

Hypo- och hyperglykemi

Glukos inj 300 mg/ml, 10 ml
Glucagon endosspruta 1 mg
Apidra (Solostar) inj spruta 100E/ml, 3 ml (*insulin glulisin*)

Akut kateterisering/blåsköjning

Natriumklorid spolvätska 9 mg/ml, 120 ml *bälgspruta*
Natriumklorid spolvätska 9 mg/ml, 500 ml *flaska*
Sterilt vatten inj, 10 ml
Xylocain gel, tub, 30 g (*lidokain*)

Kramper

Stesolid klymsa 5 mg (*diazepam*)

Övrigt

Natriumklorid inj 9 mg/ml, 10 ml *intravenösa infarter*

MAGE/TARM

Magsår/refluxesofagit

Omeprazol kaps 20 mg

Förstoppning

Forlax pulver till oral lösning (*makrogol*)
Klyx klymsa 120 ml
Cilaxoral droppar (*natriumpikosulfat*)
Resulax rektallösning (*sorbitol*)

Diarré

Dimor tabl 2 mg (*loperamid*)

Illamående

Postafen tabl 25 mg (*meklozin*)

HJÄRTA/KÄRL/LUNGOR

Vätskedrivande

Furosemid inj 10 mg/ml, 4 ml
Furosemid tabl 40 mg

Kärlkramp

Glytrin sublingual spray 0,4 mg/dos (*glyceryltrinitrat*)

Luftvägar

Acetylcystein brustabl 200 mg

Nästäppa

Nezeril näsdr endospipetter 0,5 mg/ml (*oximetazolin*)

HUD

Klåda (vid urtikaria)

Aerius munsönderfallande tabl 5 mg (*desloratadin*)

Svampeksem

Cortimyk kräm 1% (*hydrokortison + mikonazol*)

Lokalbedövande

Emla kräm 25 mg/g + 25 mg/g (*lidokain + prilokain*)

INFEKTION

Okomplicerad UVI

Furadantin tabl 50 mg (*nitrofurantoin*)
Selexid tabl 200 mg (*pivmecillinam*)

Antivirala

Valaciclovir tabl 500 mg

Antimykotika

Nystimex oral lösning, 100 ml (*nystatin*)

Övriga antibiotika

Amoxicillin tabl 500 mg
Doxyferm tabl 100 mg (*doxycyklin*)

Heracillin tabl 500 mg (*flukloxacillin*)

Kåvepenin tabl 1 g (*fenoximetylpenicillin*)

Ögon

Fucithalmic ögonsalva 1%, 5 g (*fusidinsyra*)

SMÄRTA

Smärta och feber

Alvedon tabl 500 mg (*paracetamol*)
Alvedon brustabl 500 mg (*paracetamol*)
Alvedon supp 1 g (*paracetamol*)

Smärta opioider

Morfin inj 10 mg/ml, 1 ml

OxyContin depottabl 5 mg (*oxikodon*)

OxyNorm kaps 5 mg (*oxikodon*) *kortverkande*

Antiinflammatoriska medel

Naproxen tabl 250 mg

PSYKOFARMAKA

Depression

Sertrone tabl 25 mg (*sertralin*)

Depression och sömnsvårigheter

Mirtazapin tabl 15 mg

Akut ångest och oro

Oxascand tabl 5 mg (*oxazepam*)

Aggressivitet/agitation

Heminevrin kaps 300 mg (*klometiazol*)

Risperidon tabl 0,25 mg

Insomningsbesvär

Zopiklon tabl 5 mg

PALLIATIV VÅRD

Illamående

Haldol inj 5 mg/ml, 1 ml (*haloperidol*)

Ångest

Midazolam inj 5 mg/ml, 1 ml *ges subkutant*

Morfin inj 10 mg/ml, 1 ml

Smärta

Morfin inj 10 mg/ml, 1 ml

Smärta och rosslande andning

Morfin inj 10 mg/ml, 1 ml

Robinul inj 0,2 mg/ml, 1ml (*glykopyrronium*)

Endast i förråd med UTÖKAT SORTIMENT

Cyklonova tabl 500 mg (*tranexamsyra*)

Fluconazol kaps 50 mg

Ketogan Novum inj 5 mg/ml, 1 ml (*ketobemidon*)

Ketogan supp 10 mg/50 mg (*ketobemidon +*

spasmolytikum)

Ciprofloxacin tabl 500 mg

Ringer-Acetat infusionslösning, 1000 ml

Tamiflu kaps 75 mg (*oseltamivir*)



HANDLÄGGARE
Sara Hed

DATUM
2018-12-20

DIARIENUMMER
LS-LED18-3028

Ändringar i akut- och buffertläkemedelssortimentet för 2019-2020

Syftet med akut- och buffertläkemedel är att kunna tillhandahålla en snabb, säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling till patienter i särskilda boenden och i hemsjukvården i länets kommuner. Det är Region Sörmland som står för kostnaderna för det begränsade sortimentet av läkemedel som kan användas för akuta behov.

Vartannat år revideras sortimentet och tillhörande dokument för hantering av akut- och buffertläkemedel. Det nya sortimentet gäller från 1 januari 2019 och sträcker sig till och med 2020. Nedan finns en sammanställning över förändringarna som gjorts.

Övergripande ändringar

- Dokumenterna har fått nya benämningar:
 - Rutin (huvudfil)
 - Sortiment och instruktion (bilaga 1)
 - Generellt direktiv om läkemedelsbehandling (bilaga 2)
 - Anmälan om Akut- och buffertförråd (bilaga 3)
- Nya rubriker i sortimentslistan som stämmer överens med benämningarna i Generella direktivet om läkemedelsbehandling
- Symboler för markering av narkotiska produkter i sortimentslistan
- Läkemedlets styrka har lagts till för flera produkter för ökad tydlighet
- På kortets baksida finns nu det utökade sortimentet samt en instruktion som förtydligar användningen av akut- och buffertläkemedelsförråden

Produkter som flyttats till förråd med utökad sortiment

- Ciprofloxacin tabl 500 mg* är inget förstahandspreparat vid urinvägsinfektion utan feber hos vare sig kvinnor eller män. Resistensdrivande. Vid urinvägsinfektion med feber hämtas läkemedlet ur förråd med utökad sortiment
- Ketogan supp 10 mg/50 mg* finns endast i förråd med utökad sortiment på grund av låg användning

Produkter som flyttats från utökad sortiment till alla förråd

- Valaciclovir tabl 500 mg* finns nu i alla förråd på grund av hög användning
- Nystimex oral lösning* finns nu i alla förråd på grund av hög användning
- Natriumklorid inj 9 mg/ml, 10 ml* finns nu i alla förråd för att användas till *intravenösa infarter*

Ny produkt i utökade förråd

- Tamiflu kaps 75 mg* finns sedan vintern 2017/18 i förråd med utökad sortiment

Ny produkt i alla förråd

- Sertrone tabl 25 mg (sertralin)* läggs till och ersätter Escitalopram tabl 5 mg som tas bort på grund av risk för interaktioner hos äldre. Rekommenderad startdos av sertralin för äldre är 25 mg (motsvarar escitalopram 5 mg).



Ändrade eller ersatta produkter

- *Escitalopram tabl 5 mg* har ökad risk för interaktion med donepezil (Arizept) som ofta används hos äldre och har därför ersatts med Sertrone tabl 25 mg (sertralin)
- *Morfin-Skopolamin, 1 ml* har tagits bort eftersom Palliativa rådet i Sörmland rekommenderar att Morfin och Robinul används istället och doseras var för sig
- *Morfin tabl 10 mg* har tagits bort eftersom oxikodon i kortverkande (Oxynorm) och långverkande form (OxyContin) framför allt är det som används och hänsyn till njurfunktion inte behöver tas i samma utsträckning
- *Risperidon tabl 0,25 mg* som är den vanligaste startdosen istället för tablett 0,5 mg som inte går att dela
- *Furosemid inj 10 mg/ml och furosemid tabl 40 mg* är de alternativ till Furix som är upphandlat
- *Cyklonova tabl 500 mg* är det alternativ till Cyklokapron som är upphandlat
- *OxyNorm kaps 5 mg* med tillägg av "kortverkande" för att förtydliga att effekten är kortvarig
- *Midazolam inj 5 mg/ml, 1 ml* med tillägg av "ges subkutant" för att förtydliga hur produkten bör administreras (inte intramuskulärt eftersom det kan vara smärtsamt). Används i första hand istället för Stesolid eftersom det tas upp snabbt och går ur kroppen snabbare än Stesolid, alltså mer lättstyr. Det är heller inte samma risk att det lagras i framför allt levern
- *Morfin inj 10 mg/ml* återfinns under flera rubriker i sortimentslistan eftersom produkten har flera indikationer, smärta och andnöd

Borttagna produkter

- *Idotrim tabl 160 mg* har hög resistens hos E coli. Används endast om odling visat känslig stam. Inget förstahandsmedel vid urinvägsinfektion utan feber hos vare sig kvinnor eller män
- *Diklofenak supp 50 mg* har tagits bort på grund av låg användning och hög kassation samt att det av miljömässiga skäl är viktigt att minska användande/spridning i miljön
- *Nitroglycerin resoribletter 0,25 mg* (glyceryltrinitrat) har tagits bort eftersom företaget inte längre tillhandahåller produkten

Samtliga dokument finns tillgängliga på Läkemedelskommitténs samverkanswebb från och med januari 2019.

Expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom, 2018-12-20

Äldre och läkemedel

En hjälp för alla inom vården att minska oönskade effekter av läkemedelsbehandling hos äldre. Förutom att uppmärksamma läkemedel med hög risk för biverkningar är det väsentligt att regelbundet:

- kontrollera eGFR (kalkylator finns på www.egfr.se)
- kontrollera blodtryck i sittande och stående
- följa patientens vikt
- göra interaktionskontroll (i NCS Cross eller www.janusinfo.se)
- bedöma patientens förmåga att förstå information och följa ordination
- kontrollera att läkemedelslistan är korrekt

Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl finns

Hög risk för biverkningar hos äldre. Nyttan med eventuell behandling ska övervägas riskerna.

Användning	Substans	Preparatexempel	Kommentar
Diabetes typ 2	glibenklamid	Daonil, Glibenklamid	Långdragen effekt, aktiva metaboliter, hög risk för hypoglykemi. Välj glibipizid, glimepirid eller repaglinid om njurfunktionen tillåter.
Smärta/värk	kodein	Kodein, Citodon, TreoComp, Panocod, Altermol	Kodein omvandlas till morfin för effekt, betydande individuella variationer i effekt. Risk för förstoppning, illamående och förvirring. Risk för beroende och utsättningsymtom.
Smärta/värk	tramadol	Tramadol, Tiparol, Tradolan, Gemadol, Dolatramyl	Hög risk för illamående, trötthet, yrsel och förvirring. Risk för beroende och utsättningsymtom. Trappas ut.
Sömnmedel	propiomazin	Propavan	Dagtrötthet, restless legs, stelhet, gångstörningar, viss antikolinerg effekt.

Långverkande bensodiazepiner

Användning	Substans	Preparatexempel	Kommentar
Oro, ångest	diazepam	Stesolid, Diazepam	Dagtrötthet, kognitiva störningar (påverkan på minne och tankeförmåga, förvirring), muskelsvaghet, balansstörningar. Fallrisk. Risk för beroende och utsättningsymtom. Trappas ut. Vid indikation för bensodiazepin rekommenderas oxazepam.
Sömnmedel	flunitrazepam	Flunitrazepam, Apodorm	
Sömnmedel	nitrazepam	Nitrazepam, Mogadon	

Läkemedel med betydande antikolinerga effekter

Risk för kognitiv påverkan, konfusion, urinretention, muntorrhet och obstipation föreligger vid behandling med läkemedel med antikolinerg effekt. Biverkan kan komma vid insättning men även med fördröjning efter 2-4 veckor eller längre tids behandling.

Användning	Substans	Preparatexempel	Användning	Substans	Preparatexempel
Trängningsinkontinens/ överaktiv blåsa	tolterodin oxybutynin darifenacin fesoterodin solifenacin	Detrusitol Ditropan, Kentera Emselex Toviaz Vesicare	Dämpande	prometazin levomepromazin alimemazin	Lergigan Nozinan Theralen
Klåda, oro/ångest Klåda Illamående	hydroxizin klemastin meklozin	Atarax Tavegyl Postafen	Nervsmärta, depression Panikångest, depression	amitriptylin nortriptylin klomipramin	Saroten Sensaval Anafranil, Klomipramin

Preparat som ofta saknar välgrundad indikation Vanligt förekommande läkemedel hos äldre. Användningen innebär risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Nyttan ska vägas mot riskerna och medicineringen bör fortlöpande utvärderas och omprövas.

Läkemedelsgrupp och användning	Preparatexempel	Kommentar
NSAID inkl cox-2-hämmare Smärta med inflammation	Ibuprofen, Diklofenak, Naproxen, Relifex, Arcoxia, Celebra	Risk för sår och blödningar i GI-kanalen, vätskeretention, hjärtkompensation och nedsatt njurfunktion. Vid stark indikation: kort kur (7-10 dagar). Mest lämpliga är ibuprofen (max 200 mg x3) och naproxen (max 250 mg x2).
Opioider Svår smärta	Dolcontin, Morfin, OxyContin, OxyNorm, Oxikodon, Targiniq, Fentanyl, Norspan	Risk för yrsel, sederig, förvirring, hallucinationer, illamående och förstoppning. Beakta risk för beroende och utsättningsymtom. Trappas ut. Fallrisk.
Antipsykotika (neuroleptika) Psykotiska symtom, svår aggressivitet	Risperidon, Haldol, Olanzapin	Vid stark indikation. Använd låga doser, kort behandlingstid. Utvärdera inom 2 v. Risk för stelhet, gångsvårigheter, kognitiva störningar, dåsighet, ortostatism och fall. Blygsam effekt vid beteendesymtom vid demens.
Antidepressiva läkemedel Depression, ångest	Escitalopram, Citalopram, Sertralin, Venlafaxin, Mirtazapin	Utvärdera inom 3 månader. Risk för ortostatism och fall. SSRI ökar risk för hyponatremi och blödning. Utsättningsymtom. Trappas ut.
Protonpumpshämmare (PPI) Magsår, GERD, profylax vid NSAID-behandling	Omeprazol, Esomeprazol, Pantoprazol	Behandla inte slentrianmässigt under lång tid. Risk för reboundeffekt om behandling >1 månad. Trappas ut.
Digitalispreparat Förmaksflimmer med samtidig hjärtsvikt	Digoxin	Beakta njurfunktionen. Liten terapeutisk bredd, ger ökad risk för biverkningar och överdosering. Kräver regelbunden kontroll av P-digoxin och eGFR.
Loopdiuretika Vattendrivande medel	Furosemid, Impugan, Furix, Lasix Retard	Risk för ortostatism, intorkning, elektrolytrubbningar, framför allt i samband med infektion, diarré, vid värmebölja. Fallrisk.
Insömningsmedel Tillfälliga sömnstörningar	Zopiklon, Imovane, Zolpidem, Stilnoct	Periodvis behandling eller vid behov, zopiklon i första hand. Undvik zolpidem p.g.a. risk för nattlig konfusion. Risk för beroende och fall.
Antiepileptika		Medicineringen bör omprövas regelbundet avseende preparatval, dos, kontroll av P-koncentration eller eGFR. Liten terapeutisk bredd. Negativa effekter på kognitiv förmåga. Interaktioner.
Peroral behandling med kortikosteroider		Långvarig behandling är en riskfaktor för osteoporos och fraktur hos äldre. Eftersträva lägsta effektiva dos. Osteoporosprofylax om behandling ≥ 3 månader. Trappas ut.
Preparat som kräver speciell dosering Högre dygnsdoser än de angivna medför betydande risk för biverkningar hos äldre.		
Haldol (haloperidol) 2,0 mg/dygn Risperdal (risperidon) 1,5 mg/dygn	Imovane (zopiklon) 7,5 mg/dygn Oxascand/Sobril (oxazepam) 30 mg/dygn	Escitalopram 10 mg/dygn Citalopram 20 mg/dygn Trombyl (acetylsalicylsyra) 75 mg/dygn

Kortet "Äldre och läkemedel" har utarbetats och uppdaterats av Läkemedelskommitténs expertgrupp Äldre och läkemedel och Kognitiv sjukdom. Kortet kan beställas från Läkemedelskommittén (lakemedelskommitten@dli.se). Källa: Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre, Socialstyrelsen (2017-6-7).

Läkemedelsribbor 2019

1. Max 60 individer per 1000 listade 75 år+ har fått NSAID expedierat
2. Max 15 % av expedierat NSAID (beräknat på DDD) får vara diklofenak
3. Max 10 % av expedierat Pregabalin (beräknat på DDD) får vara Lyrica
4. Strama - Kvalitetsarbete med Strep A och halsinfektioner
5. Genomförd och kodad läkemedelsgenomgång hos individer som är 75 år+ ska vara gjord hos 50 % av dem som haft minst ett läkarbesök under 2019



REGION
SÖRMLAND