

# TerapiTips



NR 1 JANUARI 2020 | UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION SÖRMLAND

## Kommentarer till Reklistan 2020-2021

### Levnadsvanor

Sidan 5

### Andningsorganen

Sidan 5

### Demens/Kognitiv sjukdom

Sidan 5

### Endokrinologi/Diabetes

Sidan 7

### Gynekologi/Urologi

Sidan 11

### Hjärta och kärl

Sidan 12

### Hud

Sidan 12

### Infektion

Sidan 12

### Mage och tarm

Sidan 13

### Mun- och tandvård

Sidan 13

### Neurologi

Sidan 14

### Psykiatri

Sidan 14

### Smärta

Sidan 15

### Undernäring

Sidan 16

### Ögon

Sidan 16

### Öron

Sidan 16

### Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt

Sidan 16

### Antibiotikabehandling

Sidan 17

### Vård i livets slutskede

Sidan 18

**REKLISTAN 2020-2021**  
REKOMMENDERADE LÄKEMEDEL  
FASTSTÄLLDA AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN  
I REGION SÖRMLAND





Levnadsvanor .....	5
Andningsorganen .....	5
Demens/Kognitiv sjukdom .....	5
Endokrinologi/Diabetes .....	7
Gynekologi/Urologi .....	11
Hjärta och kärl .....	12
Hud .....	12
Infektion .....	12
Mage och tarm .....	13
Mun- och tandvård .....	13
Neurologi .....	14
Psykiatri .....	14
Smärta .....	15
Undernäring .....	16
Ögon .....	16
Öron .....	16
Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt .....	16
Antibiotikabehandling .....	17
Vård i livets slutskede .....	18
Läkemedelsribbor <a href="http://insidan.dll.se/lakemedel">http://insidan.dll.se/lakemedel</a>	



Vissa förändringar gällande levnadsvanor är gjorda i Reklistan 2020-2021, framför allt gällande rökfrihet och alkoholfrihet i samband med operation.

**Katarina Östergren, hälsoutvecklare**  
**Hållbar regional utveckling**

## Andningsorganen

Gällande astma för barn hänvisar vi till Rekommenderade läkemedel för barn, framtagen av läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.

Vid astma för vuxna har Pulmicort Turbuhaler lagts till för att möjliggöra användningen av samma slags inhalator. Detta möjliggör också att patienten kan fortsätta med samma typ av inhalator oavsett ålder.

Cocillana-Etyfin har tagits bort som rekommendation vid hosta. Eftersom hosta har en varierande etiologi bör man ta ställning till dess orsak innan förskrivning av hostdämpande läkemedel. Det finns även en viss risk för beroende vid långvarigt bruk och med höga doser av etylmorfin samt risk för andningsdepression hos patienter med obstruktiva lungsjukdomar (se FASS).

När det gäller rökavvänjning finns nikotinersättningsmedel endast kvar för sjuksköterskor med förskrivningsrätt.

**Per Westberg, ST-läkare i allmänmedicin, sammankallande**  
**Anne Rydén, astma-KOL-sköterska**  
**Simon Tekmen, leg. apotekare**  
**För expertgruppen Allergi- och andningsvägar**

## Demens/Kognitiv sjukdom

Expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom ansvarar för kapitlet som tidigare benämns Demens och som i Reklista 2020-2021 heter Demens/Kognitiv sjukdom. Ändringen är gjord som ett led i att försöka komma ifrån begreppet "Demens", ett begrepp som är omgärdat av både okunskap och fördomar. Av den anledningen är det bra och mera logiskt att kognition lyfts fram som det centrala begreppet. I den reviderade diagnostiska manualen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som ges ut av American Psychiatric Association, har demens ersatts av kognitiv sjukdom och lindrig kognitiv störning/funktionsnedsättning. Graden av svårigheter fångas därmed upp på ett tydligare sätt. Kognitiv sjukdom förutsätter att det handlar om en betydande nedsättning som begränsar personens självständighet i vardagen. Andra kognitiva störningar inklusive minnesnedsättning kan bero på många olika sjukdomar och bristtillstånd, varav de som vi brukar kalla demenssjukdomar utgör några av dem. I vilken utsträckning begreppet demens kommer att leva vidare inom sjukvården återstår att se. Sannolikt beror det en hel del på utformningen av nya ICD-11 (WHOs klassificeringssystem).

Expertgruppen ansvarar även för innehållet i bilagan "Äldre och läkemedel" i Reklistan. "Äldre och läkemedel" finns som inplastat kort och kan beställas från Läkemedelskommittén (lakemedelskommitten@regionsormland.se).

## Symptomatisk behandling vid Alzheimers sjukdom

Givna rekommendationer i Reklistan är sedan några år tillbaka oförändrade. 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. För mer information hänvisar vi även till "Länsgemensamt program för personer med demenssjukdom" samt bilagan "Läkemedelsbehandling". Du hittar programmet på <https://fou.sormland.se/rad>

## Reviderade avsnitt under området Demens/Kognitiv sjukdom

### Sömnstörningar

- **Ändrat** - Rubriken "Tillfälliga sömnstörningar" är ändrad till "Sömnstörningar" då läkemedelsbehandling av tillfälliga sömnstörningar bör undvikas. Tillfälliga sömnstörningar orsakas ofta av bakomliggande somatiska tillstånd (t.ex. smärta, restless legs), psykiatrisk orsak (t.ex. depression) eller läkemedelsbiverkan (t.ex. nattlig diures). Då bakomliggande orsak av sömnstörning uteslutits/åtgärdats och läkemedelsbehandling krävs är zopiklon och oxazepam de mest lämpliga preparaten att använda vid sömnstörning hos äldre. Utvärdera alltid effekten av behandlingen.
- **Nytt** - Mirtazapin i låg dos till kvällen rekommenderas vid sömnstörning och samtidig oro eller depressivitet. Börja alltid med så låg dos som möjligt, förslagsvis 7,5 mg till kvällen.
- **Nytt** - Melatonin. Trots att evidensen för melatonin hos äldre ( $\geq 75$  år) är bristfällig och dosrespons sambandet är oklart kan användning av melatonin vara ett alternativ då andra rekommenderade läkemedel mot sömnbesvär prövats och inte givit önskad effekt. Individuellt anpassad dosering rekommenderas.
- **Borttaget** - Heminevrin (klometiazol) då det bör användas med försiktighet. Heminevrin kan vara ett alternativ vid behov av snabb sedering (till exempel vid agitation/aggressivitet). Bör främst användas i slutenvård eller på vård- och omsorgsboende. Hög risk för biverkningar, bl.a. blodtrycksfall.

### Checklista läkemedelsgenomgång

Checklista läkemedelsgenomgång är borttagen som bilaga. Den har reviderats under 2019 och finns i form av ett fickkort som går att beställa från Läkemedelskommittén ([lakemedelskommitten@regionsormland.se](mailto:lakemedelskommitten@regionsormland.se)).

### Bilagan "Akut och buffertläkemedel – för särskilda boenden och hemsjukvård i Sörmland 2019-2020"

Sortimentet i akut- och buffertförråden revideras vartannat år och därtill även tillhörande rutin. Giltighetstiden för aktuella dokument går ut under giltighetstiden för Reklistan 2020-2021. Expertgruppen kommer under 2020 att arbeta för att få giltighetstiden förlängd med 1 år (t.o.m. 2021).

### Läkemedel som bör undvikas/användas med försiktighet hos äldre

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



**Marie Holmberg-Clausen, specialist i geriatrik, sammankallande**

**Rim Alfarrá, leg. apotekare**

**För expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom**

## Typ 2-diabetes – behandlingsalgoritm

Region Sörmland DIAREG 2020

Rökstopp och levnadsvanor					
Metformin					
Uttalad fetma (BMI ≥ 35 kg/m <sup>2</sup> )	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Övriga t ex normalviktig utan komplex samsjuklighet
Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) HbA1c-sänkning 10-15 mmol/mol Viktnedgång 3-4 kg Låg hypoglykemisk risk Gastrointestinala bieffekter	Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) HbA1c-sänkning 10-15 mmol/mol Viktnedgång 3-4 kg Låg hypoglykemisk risk Gastrointestinala bieffekter	Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana) HbA1c-sänkning ca 10 mmol/mol Viktnedgång 2-3 kg Låg hypoglykemisk risk Risk för urogenital infektion, ketoacidosis	Linagliptin (Trajenta) Sitagliptin (Januvia)** HbA1c-sänkning 6-8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemisk risk Repaglinid (Repaglinid) lakttag försiktighet, starta med låg dos (0,5 mg) till måltiderna (1-3 ggr/dag) och vid behov trappa upp dosen försiktigt. Risk för hypoglykemi och viktuppgång. Insulin human (Insuman Basal) Risk för hypoglykemi och viktuppgång	Linagliptin (Trajenta) Sitagliptin (Januvia) HbA1c-sänkning 6-8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemisk risk Insulin human (Insuman Basal) Risk för hypoglykemi och viktuppgång	Glimepirid (Glimepirid) Glipizid (Mindiab) Repaglinid (Repaglinid) Insulin human (Insuman Basal) Liraglutid (Victoza) Dulaglutid (Trulicity) Semaglutid (Ozempic) Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana) Sitagliptin (Januvia) Linagliptin (Trajenta) Pioglitazon (Pioglitazone) Akarbos (Glucobay)

\* Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 4:2017, tabell VII.

\*\* Reducerad dos.

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

### Insulin

Basinsulin (Insuman Basal)  
 Snabbverkande insulin (Insulin Lispro Sanofi)\*\*\*

Årets Reklista och behandlingsalgoritm för blodsockersänkande läkemedel har som tidigare år utarbetats i samarbete med Diareg. Diareg, en gemensam sjukvårdsregional grupp, arbetar på uppdrag av läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion med att ta fram dessa rekommendationer.

### Sammanfattade kommentarer

- Grunden för all behandling är som tidigare stöd till patienten för att underlätta kloka levnadsvanor inklusive rökstopp.
- Förstahandsläkemedlet vid diabetes typ 2 är fortsatt metformin, förutsatt att kontraindikationer ej föreligger.
- Insätt tidigt behandling vid diabetes typ 2 med GLP1-analoger och SGLT2-hämmare vid etablerad kardiovaskulär sjukdom och hjärtsvikt.
- Beakta risken för diabetesketoacidosis och amputation vid förskrivning av SGLT2-hämmare.
- Välj inte bort SU-preparaten på grund av oro för kardiovaskulär sjukdom. Ges till måltid, vilket kräver att födointag säkerställs.

Under senare år har det skett en markant ökning av antalet blodsockersänkande läkemedel vid diabetes typ 2 i och med tillkomsten av inkretinbaserad terapi (DPP4-hämmare och GLP1-analoger) och SGLT2-hämmare. Alla dessa preparat har visats kunna sänka blodsockret, vara viktneutrala eller underlätta viktneutering, samt ge låg risk för hypoglykemi, där den sistnämnda fördelen är mycket väsentlig. Avseende effekt på hårda endpoints har studier närmast forsat in under de senaste åren. Dessa har visat sig i många fall vara närmast överraskande bra, vilket lett till ett pågående paradigmskifte vad gäller val av läkemedel till den enskilde patienten.

Grunden för all behandling är som tidigare stöd till patienten för att underlätta kloka levnadsvanor och förstahandsläkemedlet är fortsatt metformin, förutsatt att kontraindikationer ej föreligger.

Basen för medikamentell behandling är som tidigare metformin – vilket bör påpekas särskilt. Nyligen publicerade riktlinjer från European Society of Cardiology med stöd av delar av European Association for the Study of Diabetes förordar val av SGLT2-hämmare eller inkretinbaserad terapi som förstahandsläkemedel utan samtidig metforminbehandling till patienter med hög risk för eller etablerad kardiovaskulär sjukdom. Detta förhållningssätt är inte vetenskapligt etablerat och stöds ej av Diareg eller Läkemedelskommittén, eftersom alla studier är gjorda med metformin som bas. Dock bör sägas att effekten av metformin enskilt på kardiovaskulär risk är sämre än för de aktuella preparaten. Diskussionen i ämnet är livlig och lär fortsätta.

Däremot bör ovan nämnda läkemedel komma in tidigt hos personer med hög kardiovaskulär risk och framförallt vid etablerad kardiovaskulär sjukdom, eftersom god effekt på kardiovaskulära events kunnat visas. Data på mikrovaskulära komplikationer är sparsamma (utom njurpåverkan). Detta föreligger dock för metformin, som alltså även fortsatt bör vara basen. SGLT2-hämmarna röner allt större intresse på grund av dels goda effekter på kardiovaskulära endpoints, även oavsett diabetes (studien DAPA-HF), och dels på njurprotektion – se nedan. I varje grupp av läkemedel finns ett antal preparat från olika företag, där flertalet i grupperna SGLT2-hämmare och GLP1-analog kunnat visa effekt på kardiovaskulära endpoints. Samma gäller ej för DPP4-hämmarna som i detta avseende endast kunnat visas ”riskfria” i de non-inferioritystudier som finns.

Mycket generellt kan sägas att GLP1-analoger visat god effekt framför allt på kardiovaskulär risk och något mindre effekt på hjärtsvikt, och att SGLT2-hämmare visat mycket god effekt på risk för hjärtsvikt, effekt på kardiovaskulär risk och även visat njurprotektiv effekt.

I metaanalyser (referenserna 2-5) framkommer att effekten på kardiovaskulär risk föreligger framför allt hos personer med etablerad kardiovaskulär sjukdom och att effekten vid primärprevention är blygsam. Här bör man beakta att studierna endast löper över några år, och att man för metformin behövde närmare 15 år för att se effekt på kardiovaskulära endpoints.

För SGLT2-hämmarna vill vi fästa uppmärksamheten på risken för utveckling av diabetes ketoacidosis, ovanligt men farligt, och patienten bör uppmärksammas på att söka sjukvård vid symptom som kan tala för detta, samt att den något förhöjda risken för amputation bör beaktas vid förskrivning till patienter med perifer cirkulationsinsufficiens.

Man skulle för enkelhetens skull önska att det gick att plocka ut ett fåtal läkemedel av varje slag i de ”nya” grupperna för rekommendation, och det har också varit ambitionen så långt det är möjligt. Dock ser studierna olika ut avseende patientkaraktäristika, särskilt vad gäller kardiovaskulär risk och studieupplägg, vilket gör detta ohanterligt. Därför finner du i Reklistan även i år en lista på läkemedel som kan rekommenderas och vi väljer att inte lyfta något preparat i en grupp framför de andra. Vi vill också i detta sammanhang informera om att det nu kommit en lång och välgjord studie (CAROLINA) på effekten på kardiovaskulär sjukdom av DPP4-hämmaren linagliptin (Trajenta) vs SU-preparatet glimepirid. Denna visade ingen skillnad mellan de två läkemedlen förutom som förväntat högre frekvens hypoglykemi med glimepirid. Denna studie ger således ej stöd för att man skulle behöva välja bort SU-preparat på grund av oro för kardiovaskulär sjukdom.

Nedan följer en genomgång av de viktigaste studierna, som stöd för dina behandlingsval. Det är nog svårt att i klinisk praxis hålla reda på exakt vilket preparat som skulle passa bäst för varje enskild patient. Val av behandling är alltid resultatet av en bedömning av patientens hela situation. Syftet med genomgången är framför allt att översiktligt belysa hur det ser ut.

Vi utelämnar flera studier på mindre vanliga läkemedel, och den som vill fördjupa sig ytterligare kan med fördel ta del av referenserna 2-4 som är systematiska genomgångar och metaanalyser av befintliga studier, liksom ADA standards of care treatment guidelines 2019 (referens 1). I listan finner du också referenser till originalpublikationerna av de större studierna.



### **SGLT2-hämmare och kardiovaskulär protektion**

Studierna EMPA-REG (empagliflozin Jardiance), CANVAS (canagliflozin Invokana) och DECLARE-TIMI 58 (dapagliflozin Forxiga) har olika andel patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom (100 %, 65 % respektive 40 %) och eGFR <60ml/min (26 %, 20 % respektive 7 %) men ungefär samma andel patienter med hjärtsvikt ca 10 %. Således "sjukast" patienter med empagliflozin och "friskast" med dapagliflozin. Den absoluta riskreduktion för MACE (**M**ajor **A**dverse **C**ardiovascular **E**vents) för patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom är i studierna 0,5-1,6 % och den relativa riskreduktionen 13-16 %. För patienter med bara riskfaktorer finns ingen skillnad mot placebo.

### **GLP1-analog och kardiovaskulär protektion**

Studier på liraglutid (Victoza, LEADER), dulaglutid (Trulicity, REWIND) och semaglutid (Ozempic, SUSTAIN-6) kommenteras här. Fler finns, se referens 3.

Andelen patienter med etablerad kranskärlssjukdom i LEADER, SUSTAIN-6 och REWIND skiljer sig åt, 81 %, 83 % respektive 31 %. Patienterna i REWIND hade också något lägre HbA1c. Absolut riskreduktion på MACE ligger under hela studietiden på ca 2 %, något lägre i REWIND, med relativ riskreduktion i SUSTAIN-6 på 24 %, övriga ca 12 %.

### **SGLT2-hämmare och hjärtsviktsprotektion**

I studierna EMPA-REG, CANVAS och DECLARE-TIMI 58 sågs för patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom höggradigt signifikant med en absolut riskreduktion på sjukhusinläggning för hjärtsvikt och kardiovaskulär död per 1 000 patientår på 10 %, 6.4 % respektive 4 %. Relativ riskreduktion 33 %, 23 % respektive 17 %. För patienter utan kardiovaskulär sjukdom var riskreduktionen ej statistiskt signifikant.

### **GLP1-analog och hjärtsviktsprotektion**

Ingen signifikant effekt sågs i någon av ovan nämnda studier på sjukhusvård för hjärtsvikt.

### **SGLT2-hämmare och njurprotektion**

Studier på SGLT2-hämmare har visat en oväntad god och till och med protektiv effekt på njurfunktionen.

Fyra studier finns:

DECLARE-TIMI 58, CANVAS-R, CREDENCE (canagliflozin Invokana) och EMPA-REG OUTCOME.

CREDENCE designades för njursjuka patienter med diabetes och behandling med RAAS-blockad var ett inklusionskrav. Övriga var pre-specifierade för analys av utfall avseende njurfunktion och i dessa hade ca 80 % RAAS-blockad.

DECLARE-TIMI har de "friskaste" patienterna, eGFR  $\geq 60$  ml/min och 50 %  $\geq 90$  ml/min, och CREDENCE de "sjukaste", med makroalbuminuri som inklusionskrav och 0 % patienter med eGFR  $\geq 90$  ml/min.

Studielängd var 2-4 år varav CREDENCE bröts i förtid.

Studierna visar en minskning av allvarliga njurkomplikationer (övergång i ESRD (**E**nd-**S**tage **R**enal **D**isease), dubbling av kreatinin, renal död m.m.) med 30-40 % och jämförbara nivåer i alla studierna. En metaanalys av alla ca 36 000 patienter avseende allvarliga komplikationer ger samma resultat, höggradigt signifikanta. För närmare information, se referens 5.

### **GLP1-analog och njurprotektion**

LEADER, SUSTAIN-6 och REWIND visar samtliga under hela studietiderna en minskning på ca 1-3 % av komposit endpoint av utveckling av makroalbuminuri, dubbling av S-Kreatinin utveckling av ESRD eller död på grund av njursjukdom.

## Referenser

1. Ada standards of care treatment guidelines 2019  
[https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement\\_1/S90.long](https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S90.long)
2. Giugliano GLP-1 receptor agonists for prevention of cardiorenal outcomes in type 2 diabetes: An updated meta-analysis including the REWIND and PIONEER 6 trials  
Diabetes Obesity and Metabolism aug 2 2019
3. Kristensen GLP-1 receptor agonists and cardiovascular outcomes: an updated synthesis  
Lancet Diabetes & Endocrinology, The, 2019-10-01, Vol7, Iss 10, pp 741-743
4. Zelniker Circulation 139(17), 23 April 2019, p 2022-2031  
Comparison of the Effects of Glucagon-Like Peptide Receptor Agonists and Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors for Prevention of Major Adverse Cardiovascular and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: Systematic Review and Meta-Analysis of Cardiovascular Outcomes  
Trials Volume 139(17), 23 April 2019, p 2022-2031
5. Neuen Lancet Diab & Endo, 2019-11-01, Vol 7, Iss 11, pp 845-854 SGLT2 inhibitors for the prevention of kidney failure in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis

CAROLINA	Rosenstock JAMA 2019 sept 322(12):1155-1166
REWIND	Gerstein Lancet 2019 Jul 13;394(10193):121-130
PIONEER 6	Husain NEJM 2019; 381:841-851
SUSTAIN 6	Marso NEJM 2016; 375:1834-1844
LEADER	Marso NEJM 2016; 375:311-322
DAPA-HF	McMurray NEJM Sept 2019
CANVAS	Mahaffey Circulation. 2018;137:323-334
CANVAS-R	Perkovic Lancet Diab End 2018; 6: 691-704
EMPA-REG	Zinman NEJM 2015;373:2117-28
DECLARE-TIMI-58	Wiviott NEJM 2019;380:347-57

**Vibeke Bergmark, specialist i internmedicin/endokrinologi/diabetologi**  
För expertgruppen Endokrinologi/Diabetologi

## OSTEOPOROS

Det viktigaste budskapet här är egentligen att hitta patienter med osteoporos och ge dem adekvat behandling och på så vis hindra/minska uppkomsten av lågenergifrakturer som både innebär ett stort personligt lidande för många, en ökad mortalitet och en ökad belastning i många delar av sjukvårdsapparaten. Obs! Tänk även på att behandlingstidens längd ej skall överstiga 5 år i följd.

Benspecifik behandling i första hand är bisfosfonater peroralt som veckotablett (alendronat) eller som årlig infusion (zoledronsyra 5 mg). Zoledronsyra bör väljas istället för alendronat vid sväljsvårigheter och/eller 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 sjuksköterska efter att patienten fått infusionen. I övrigt inga ändringar sedan föregående år.

Alendronat Veckotablett ska bara tas en gång i veckan, på samma veckodag. Effekten av tablettens minskar betydligt om den tas samtidigt med mat, annan dryck än vatten eller andra läkemedel. Därför ska det gå minst 30 minuter innan första måltid, annan dryck eller läkemedel tas.

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.

Obs! Tänk på att intervallet mellan injektionerna med Denosumab skall vara 6 månader då effekten snabbt sjunker. Studier visar att det inte bör gå längre än 6 månader plus 2 veckor innan nästa injektion för att inte förlora önskad effekt!

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. Kalcium och D-vitamintabletter bör tas mitt på dagen eller till kvällen, alternativt övriga dagar än den dag veckotabletten intas. För att undvika felaktig användning av alendronat och förbättra följsamheten rekommenderas Tridepos kombinationsförpackning (alendronat veckotablett 70 mg dag 1 och Kalcipos D Forte tablett 500 mg/800 E dag 2-7).

**Kenneth Fernström, specialist i allmänmedicin och algologi, sammankallande**

**Malin Kuno Edvardson, leg. apotekare**

**För expertgruppen Smärta och osteoporos**

## Gynekologi/Urologi

Bland de gestagena perorala preparaten för antikonception har Gestrina ersatts av generiskt desogestrel som är likvärdigt men har lägre pris och etablerad användning.

Under avsnittet dysmenorré har det kombinerande p-pillret Dienorette (dienogest/etinylestradiol) lagts till. Detta på grund av att dienogest har visat god effekt vid endometrios (dienogest finns sedan tidigare på marknaden i form av Visanne vars enda indikation är endometrios, denna saknar dock läkemedelsförmån). Vid användning på dysmenorré-/endometriosindikation rekommenderas långcykelbehandling enligt Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologis rekommendationer <https://sfog.se/start/arg/familjeplanering-farg/rapporter/raad-och-riktlinjer> Dienorette har även indikation måttlig akne.

Nytt under klimakteriebesvär postmenopaus vid tidigare hysterectomi är Lenzetto transdermalspray för de som ej önskar peroral behandling eller plåster.

I övrigt inga förändringar sedan föregående år.

**Ingar Ek, specialist i gynekologi, sammankallande**

**Cecilia Olvén, leg. apotekare**

**För expertgruppen Gynekologi/Urologi**

# Hjärta och kärl

Under avsnittet anemi/B12-substitution har vi ersatt Betolvex med Betolvidon då detta preparat är dosdispenserbart och alla doser är inom förmånen.

När det gäller avsnittet Hypertoni-Hjärtsvikt har vi lagt till Ramipril som alternativ till Enalapril under ACE-hämmare. Detta med tanke på den goda dokumentation Ramipril har vid hjärtsvikt. Avseende lipidrubbningar vill vi framhäva att Ezetrol inte ligger inom förmånen varför Ezetimib bör förskrivas.

I övrigt kan nämnas att förskrivningen av hjärtsviktspreparatet Entresto fortsätter öka och för närvarande behandlas ca 150 patienter i vår region med detta preparat. Enligt tidigare beräkningar bör dock förskrivningen minst fördubblas när vi ser till vårt patientunderlag.

**Stefan Pettersson, specialist i internmedicin och kardiologi, sammankallande**  
**Cecilia Olvén, leg. apotekare**  
**För expertgruppen Hjärta och kärl**

## Hud

Vid behandling av skabb rekommenderas Tenutex, vid överkänslighet mot Tenutex rekommenderas Prioderm.

Enligt uppdaterade rekommendationer från Läkemedelsverket oktober 2019 ska huvudlöss behandlas med dimetikonpreparat i form av schampo, spray eller lösning, exempel på preparatnamn är Hedrin och Linicin. Dessa skrivs ej på recept utan patienten hänvisas till apotek. Förebyggande behandling rekommenderas ej.

**Sol-Britt Lonne Rahm, specialist i dermatologi, sammankallande**  
**För expertgruppen Hud**

## Infektion

### **Cystit vid graviditet**

Substanserna bedöms likvärdiga, växelbruk rekommenderas ej längre.

Vid dentala infektioner ska klindamycin endast användas vid pc-allergi.

När det gäller nya forskningsrön kring strep A behandling hänvisas till artikel i TerapiTips 4/5 2019.

I övrigt inga ändringar.

**Maria Remén, specialist i infektionssjukdomar, sammankallande**  
**För expertgruppen Strama**

Det tarmirriterande medlet bisakodyl utgår ur Reklistan då natriumpikosulfat är ett bättre alternativ med liten risk för beroende.

Ondansetron ska ej ges vid graviditet då studier visar ökad risk för missbildningar under första trimestern.

Nexium HP finns ej längre för behandling av helicobacter pylori. Vid ordination krävs tre recept.

**Björn Lundahl, informationsläkare**  
**Läkemedelskommittén**

## Mun- och tandvård

### Antibiotika

Som profylax fungerar amoxicillin utmärkt och ska väljas om allergi inte föreligger. Endast vid pc-allergi används klindamycin. Samma sak gäller för dentala infektioner där fenoximetylpenicillin fungerar utmärkt och ska väljas om allergi inte föreligger.

### Karies

När det gäller kariesbehandling följer vi de nationella riktlinjerna när vi väljer ett renodlat NaF-preparat: Tandkräm Natriumfluorid Morningside 5 mg/g. Denna är utbytbar mot Duraphat tandkräm 5 mg/g, men Duraphat ingår ej i läkemedelsförsäkringen, varför vi väljer Morningside. Dosering: 2 cm tandkräm 2 gånger dagligen i 2 minuter. Borsta utan vatten. Skölj ej. Mot karies.

### Munslemhinneförändringar

Nytt i Reklistan är smärtbehandling av munslemhinneförändringar. Vi rekommenderar Lidokainhydroklorid i Oral Cleaner APL (dosering munsköljvätska: skölj med 10-15 ml, max 140 ml/dygn respektive spray: sprayas i munnen, max 140 ml/dygn) och bensydamin, där preparatet heter Andolex, (dosering 15 ml var 1,5-3:e timme vid behov). Exempel på smärtsam munslemhinneförändring är mucositis, herpes, pemfigus och lichen, där vi också har Triamcinolon APL munhålepasta med i Reklistan sedan tidigare.

### Muntorrhet

Det finns inte längre några salivstimulerande tabletter förutom fluor inom läkemedelsförmånen i och med att Xerodent inte tillhandahålls av fabrikanten. Xerodent innehåller förutom fluor även en salivstimulerande komponent, äppelsyra, som inte finns att tillgå längre. Företaget letar efter ersättning/alternativ men har ännu inte någon godkänd produkt registrerad. Alla apotek har ett flertal alternativ till fluorfria sugtabletter som patienten kan välja bland, men då blir det utanför läkemedelsförmånen.

De salivsättningsmedel som rekommenderas, Oral Balance gel och Proxident gel/spray är ej läkemedel och är därmed utanför läkemedelsförmånen. De finns med då de har annan beredningsform.

**Premedicinering**

Stesolid rekommenderas ej på grund av den långa halveringstiden utan Midazolam lösning APL eller Midazolam rektalgel APL är det som rekommenderas. Obs! Särskild utbildning krävs samt att syrgas finns att tillgå.

**Tandvärk** (under avsnittet Smärta, sid 57 i Reklistan)

Förutom ibuprofen som NSAID, rekommenderar vi Naproxen som ett alternativ.

Dosen 250-500 mg 2 gånger dagligen.

**Birgitta Käll Gustafson, tandläkare, sammankallande**

**Maria Nordqvist, informationsapotekare**

**För expertgruppen Tandvårdskommittén**

## Neurologi

Inga förändringar av rekommenderade läkemedel från föregående år.

**Anna-Karin Wärme, specialist i internmedicin och neurologi, sammankallande**

**För expertgruppen Neurologiska sjukdomar**

## Psykiatri

I Reklistan för 2020-2021 har en del förändringar gjorts. Oralovite har under en längre period varit restnoterat och nu har också tillverkaren meddelat att produktionsstörningarna beräknas kvarstå under minst en treårsperiod. Oralovite har därför utgått ur Reklistan och ersätts med det preparat som tidigare varit med som ett alternativ - Beviplex forte.

Duloxetin har inkluderats som ett alternativt SNRI till venlafaxin, både vid behandling av depression och vid ångestsyndrom. Fördelar med duloxetin är bl.a. att det ger mindre utsättningssymptom vid avslut efter en längre tids användning än venlafaxin, se TerapiTips nr 3, sid 3-5, 2019. Duloxetin har även en något annorlunda biverkningsprofil och metaboliseras på annat sätt (CYP2D6 och 1A2) än venlafaxin (CYP2D6 och 3A4), vilket kan vara fördelaktigt i vissa fall.

Melatonin har lagts till som ett alternativt sömnmedel till personer äldre än 55 år, i enlighet med godkänd indikation i FASS. Melatonin finns att tillgå både som ett registrerat läkemedel, som har fullständig dokumentation i FASS (Circadin), och som Apotekstillverkade beredningar (Melatonin AGB), som inte finns med i FASS. För mer information, se TerapiTips nr 3 2019.

Akamprosat finns numera tillgängligt förutom som Campral även som det parallellimporterade Aotal,

och dessa är utbytbara. På grund av detta har specifikationen att just rekommendera Campral tagits bort ur Reklistan.

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 på grund av risk för allvarliga biverkningar.

Två preparat har tillkommit på Reklistan för 2020-2021 - melatonin och duloxetin. Miljödokumentation och miljöprofil för dessa två preparat avviker inte på något avgörande sätt från de preparat som redan finns med på listan. Miljöbedömningen som tidigare gjorts gäller därför även för Reklistan 2020-2021.

**Tomas Ljungberg, docent, sammankallande**  
**Ottolina Olsson, leg. apotekare**  
**För expertgruppen Psykiatriska sjukdomar**

## Smärta

Det är inga större förändringar gjorda i rekommendationerna för 2020-2021.

Vid långvarig/muskeloskeletal smärta är paracetamol fortfarande förstahandsval. NSAID i form av naproxen eller ibuprofen (ej diklofenak) kan också användas, men försiktighet rekommenderas till äldre och vid nedsatt njurfunktion. Vid biverkningar av NSAID kan coxiber istället ges (celecoxib eller etoricoxib), men dessa är inte förstahandsval vilket förtydligats i årets lista. Andrahandsval vid långvarig smärta är tricykliska antidepressiva. Amitriptylin rekommenderas i första hand, men nortriptylin (Sensaval) rekommenderas till äldre på grund av mindre antikolinerga biverkningar. Opioider ges först i tredje hand vid långvarig smärta.

Vid neuropatisk smärta är amitriptylin alternativt nortriptylin förstahandsval, förutom vid diabetesneuropati där duloxetin är förstahandsval, vilket har lyfts upp i årets Reklista. Duloxetinbehandling av polyneuropati vid diabetes kan många gånger kräva dositering upp mot 120 mg i dygnsdos.

I andra hand väljs pregabalin eller gabapentin. Eftersträva den dos som ger effekt, det kan i vissa fall bli upp mot 3600 mg i dygnsdos. (Gäller Gabapentin! För Pregabalin är maxdosen 600 mg/dygn i 2-dosförfarande). Obs! Försiktighet med Gabapentin vid nedsatt njurfunktion. Vid eGFR <50 ml/min är rekommenderad maxdos 900 mg per dygn.

Behandling av trigeminusneuralgi med karbamazepin/oxkarbazepin görs också på så sätt att man eftersträvar behandlingseffekt hellre än en specifik måldos. Behandling med karbamazepin medför dock en risk för hyponatremi varför S-Na bör kontrolleras regelbundet på dessa patienter.

Vid perifer neuropatisk smärta kan Versatis plåster lokalt vara ett bra alternativ vid svårigheter med peroral medicinering. Maximalt 4 plåster samtidigt kan ges.

Vid cancersmärta avgörs behandlingen beroende på smärttp. Därför är rekommendationerna inte uppbyggda kring förstahandsval respektive andrahandsval, utan skrivs istället utifrån smärtp.

**Kenneth Fernström, specialist i allmänmedicin och algologi, sammankallande**  
**Malin Kuno Edvardson, leg. apotekare**  
**För expertgruppen Smärta**

# Undernäring

De justeringar som har genomförts är byten till likvärdiga produkter inom nuvarande upphandling av medicinska livsmedel.

**Ida Myrbäck, dietist**  
**För expertgruppen Undernäring**

## Ögon

Inga förändringar av rekommenderade läkemedel från föregående år.

**Anne Silfverskiöld, , specialist i oftalmologi, sammankallande**  
**Ceilia Olvén, leg. apotekare**  
**För expertgruppen Ögonsjukdomar**

## Öron

Nytt på listan är Otazem örondroppar i endosbehållare. Otazem ingår i läkemedelsförmånen på indikationen eksematös extern otit. Otazem innehåller en grupp-III kortikosteroid, fluocinolonacetonid.

**Björn Lundahl, informationsläkare**  
**Läkemedelskommittén**

## Rek läkemedel för ssk med förskrivningsrätt

Mindre justeringar är gjorda för att anpassa till våra övriga rekommendationer.

**Björn Lundahl, informationsläkare**  
**Läkemedelskommittén**



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

## Syfte och mål med vård i livets slutskede/palliativ vård:

### Jag ...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symptom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

## Centrala begrepp

**Obotlig sjukdomsfas** (tidig palliativ fas) – palliativa insatser för att lindra symptom, förbättra livskvalitet samt livsförlängande åtgärder kan förekomma under lång tid.

**Övergångsfas** (brytpunktsprocess) – övergång till livets slutskede.

**Livets slutskede** (sen palliativ fas) – enbart symptomlindrande behandling och närståendestöd bör ges. Livsförlängande åtgärder har ingen effekt och gagnar inte patienten. Kirurgi och cytostatika är kontraindicerade. Strålbehandling (en dos vid ett tillfälle) kan övervägas vid t.ex. smärtande skelettmetastaser. Längre behandlingar är kontraindicerade.

**Palliativ sedering** – behandlingen förutsätter att patientens förväntade överlevnad är mycket kort, vanligen högst en till två veckor. Avsikten med palliativ sedering är varken att förkorta eller förlänga dödsprocessen. "Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede" finns på Svenska läkaresällskapets hemsida, <https://www.sls.se>

## För patient i obotlig sjukdomsfas (tidig palliativ fas)

När en patient vårdas med palliativ vård i tidig fas och fortfarande kan ta läkemedel i peroral form kan det vara en fördel att läkemedel finns ordinerade att ge vid behov mot olika symptom.

Läkemedel som rekommenderas oavsett diagnos:

- Mot smärta: T Morfin 10 mg 0,5–1 tablett alternativt K OxyNorm 5 mg 1 kapsel vid behov. Om patienten står på långtidsverkande smärtlindring skall vid behovsdosen motsvara 1/6 av dygnsdosen. Lägre dos ges vid nedsatt njurfunktion.
- Mot illamående: T Primperan 10 mg eller T Metoklopramide 10 mg 1 tablett vid behov maxdos 30 mg/dygn alternativt T Haldol 1 mg 1 tablett vid behov alternativt T Postafen 25 mg 1 tablett vid behov max 2 gånger per dygn.
- Mot oro: T Oxascand 5 mg 1–2 tabletter vid behov.
- Mot dyspné: Om möjligt orsaksbehandling!  
T Furosemid 40 mg 0,5–1 tablett vid behov, Inh Bricanyl Turbuhaler 0,5 mg/dos 1–2 inhalationer alternativt Inh Airomir via spacer, T Morfin 10 mg 0,5–1 tablett vid behov, T Oxascand 5 mg 1–2 tabletter vid behov.

## När patienten bedöms vara i livets slutskede (sen palliativ fas)

Information till patienten och närstående om förväntat förlopp, att målet med behandlingen är symptomlindring och att livsförlängande behandlingar inte längre är möjlig eller till nytta för patienten. Brytpunktssamtal dokumenteras i journal. Informera berörd vårdpersonal.

Se över läkemedelslistan – ha endast kvar de läkemedel som patienten har nytta av just nu.

### Tillför nödvändiga läkemedel parenteralt för säkert upptag

Ordinera vid behovsläkemedel mot

- smärta
- ångest
- illamående
- rosslighet
- andnöd

Ordinera läkemedel för övriga symptom efter behov, var förutseende.

Omvärdera nyttan av andra åtgärder t.ex. nutrition, vätska, blodtransfusion och trycksårprofilax. Intensifiera munvård. Överväg KAD. Regelbunden utvärdering av smärta och andra besvärande symptom med NRS (Numerical Rating Scale) eller VAS (Visuell Analog Skala). Ett annat skattnings-verktyg är Abbey pain scale som lämpar sig för att utvärdera smärta hos personer med kognitiv svikt som inte själva kan uttrycka sig.

### Icke-farmakologisk behandling

Åtgärder för att undvika trycksår.

Rosslande andning: Lägesändring i sängen. Munvård med avlägsnande av slem och fuktning av slemhinnan. Bästa behandlingen av oro är att vårdgivaren ger patienten tid att prata om den.

Smärta: Akupunktur, avledning/distraction, massage (taktil eller klassisk), TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) samt värme/kyla.

### Vid behovsordination av läkemedel

Läkemedel som rekommenderas för alla patienter i livets slutskede oavsett diagnos:

- Mot smärta till opioidnaiva: Inj Morfin 10 mg/ml 2,5–5 mg (0,25–0,5 ml) subkutant vid behov. I andra hand kan inj oxikodon (OxyNorm) 10 mg/ml 2,5–5 mg (0,25–0,5 ml) ges subkutant vid behov. Lägre dos ges till äldre patienter på grund av sämre njurfunktion.
- Vid genombrottssmärta till patienter med stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen Morfin alternativt ges annan opioid subkutant vid behov.
- Mot andnöd: I 1:a hand inj Morfin och i 2:a hand inj Midazolam. Inj furosemid (Furix) 10 mg/ml 20–40 mg (2–4 ml) intravenöst eller subcutant kan ges vid hjärtsviktsorsakad andnöd.
- Ångest: Inj Midazolam 5 mg/ml 2,5–5 mg (0,5–1 ml) subkutant/intravenöst vid behov (1-2,5 mg sc/iv till äldre).
- Rosslighet: Inj glykopyrron (Robinul) 0,2 mg/ml 0,2–0,4 mg (1–2 ml) subkutant vid behov (0,2 mg till äldre).
- Illamående: Inj haloperidol (Haldol) 5 mg/ml 1–2,5 mg (0,2–0,5 ml) subkutant vid behov högst 2 gånger per dygn (0,5-2 mg till äldre).

Ordinationerna ska vara individuella och dokumenterade enligt Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens föreskrifter. För vid behovsordinationer ska maximal dygnsdos anges.

**Om symptomlindring ej kan erhållas ta kontakt med specialist i palliativ vård eller smärtenhet.** I vissa fall kan palliativ sedering bli aktuell.

Mer information:

Svenska Palliativregistret <https://palliativregistret.se>

Palliativ vård i livets slutskede Nationellt vårdprogram <https://cancercentrum.se>

**Annika Karlsson, ordförande i Palliativa rådet i Sörmland**



REGION  
SÖRMLAND