

# TerapiTips



NR 2/3 JUNI 2020 | UTGIVEN AV LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION SÖRMLAND



Sänkt målvärde för LDL-kolesterol

Sid 3

Melatonin finns i Reklistan från och med 2020

Sid 4-8

Tabletter och kapslar med diklofenak receptbeläggs

Sid 8

Justering av akut- och buffertläkemedel

Sid 9

Begreppet demens har strukits

Sid 10

Generella direktiv om läkemedelsbehandling

Sid 11-13

# Ordföranden har ordet

Ingenting är längre som förut  
Alla gamla sanningar är slut  
Alla gamla sånger dom är vals  
Och stämmer inte alls

Så sjöng Anders Fugelstad, svensk trubadur, sommaren 1970 för er som kanske minns och nu 50 år senare är vi mitt i en Corona-pandemi och vi kommer inte att vara desamma efter pandemin. Vi pratar ju redan om ”det nya normala” i vår region.

Inom läkemedelsområdet så har alla berörda blivit än mer medvetna om att vi är sårbara och vi kommer med säkerhet att utveckla en större beredskap i framtiden. Pandemin har också gjort att dialogen och samarbetet mellan alla delarna i läkemedelskedjan har utvecklats och fördjupats och den erfarenheten ska vi ta med oss i det fortsatta arbetet i ”det nya normala”.

I årets kombinerade vår- och sommarnummer av TerapiTips kan du ta del av ett urval av artiklar med stor bredd. Allt ifrån en uppdatering av akut- och buffertläkemedel till målvärden vid behandling av höga lipider. Från melatonin som ny på Reklistan till generella direktiv om läkemedelsbehandling.

Jag vill till sist återkomma till att jag för snart fyra år sedan (!) skrev att bland andra, ett stort antal läkemedelsansvariga sjuksköterskor deltagit i ett arbete att ta fram förslag för hur läkemedelsförsörjningen inom landstinget, numera regionen, skulle kunna utformas i framtiden. Ett försök att göra arbetet med läkemedel lättare och säkrare i det dagliga arbetet. Resultatet blev ett antal förslag, bland annat om ”sjukvårdsdos”, ”läkemedelsautomater” och ”farmaceutiskt stöd i patientvården”. Dessa förslag har pågått och pågår fortfarande som projekt och har nu resulterat i att ”sjukvårdsdos”, som ligger först i planeringen, införs i förvaltning

2021 och medel för fortsättningen och även en utbyggnad av tjänsten har avsatts. Ett delmål uppnått! Det ”farmaceutiska stödet” avslutas i projektform under hösten och kommer då att utvärderas inför framtiden. Förhoppningen är att också den tjänsten kommer att finnas kvar i förvaltning. Arbetet med ”läkemedelsautomaterna” har en paus just nu men kommer igång igen under 2021. Det känns skönt att känna att allt nedlagt arbete nu blir verklighet även om det tar tid, men ett nytt arbetssätt måste byggas på en stabil grund och det tar alltid tid! Vi måste ”hålla i och hålla ut”!

**Till sist hoppas jag och hela  
Läkemedelskommittén på ett fortsatt gott  
samarbete och önskar er alla en vilsam och  
skön sommaresemester!**



**Lars Steen**  
**Ordförande**  
**Läkemedelskommittén**

## Sänkt målvärde för LDL-kolesterol

I nyligen publicerade europeiska riktlinjer för lipidbehandling har målnivån för LDL-kolesterol sänkts för patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom från tidigare målnivå < 1,8 mmol/L till < 1,4 mmol/L. Kvalitetsregistret inom kardiologi där vi följer upp patienter med akut hjärtinfarkt, det sk SWEDEHEART-registret kommer fr.o.m. 1/1 2021 använda den skärpta målnivån för beräkningar av kvalitetsindex och måluppfyllelse. Registeransvariga kolleger rekommenderar att målvärdet < 1,4 mmol/L redan nu implementeras i klinisk praxis.

Evidensen som ligger till grund för de nya riktlinjerna baseras på flera stora randomiserade kliniska prövningar. Dokumentationen inkluderar en studie med Ezetimib (IMPROVE-IT) med 18 144 patienter, två studier med PCSK9-hämmare (FOURIER och ODYSSEY Outcome) med 27 564 respektive 18 924 patienter och en metaanalys av 27 statinstudier med totalt ca 174 000 patienter. Samtliga studier inkluderade patienter med kranskärslsjukdom och visade en riskminskning av allvarliga kardiovaskulära händelser och död vid lägre nivåer av LDL-kolesterol. Det anses etablerat att varje minskning av LDL-kolesterol med 1 mmol/L ger en ca 20 % relativ riskreduktion av allvarliga kardiovaskulära händelser. Var den nedre LDL-nivån för denna riskminskning ligger är för närvarande oklart.

### Vilka konsekvenser får detta för vår Region?

Hos patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom rekommenderas som tidigare insättning av potent statin i högdos dvs. Atorvastatin 40-80 mg alt. Rosuvastatin 20-40 mg. Hos äldre patienter (> 80 år) kan det vara lämpligt med en lägre startdos ur tolerabilitetshänseende. Om målnivån < 1,4 mmol/L inte nås med högdos statin rekommenderas tillägg av Ezetimib. När det gäller tillägg av PCSK9-hämmare (i första hand Repatha) har vår expertgrupp sedan tidigare

manat till restriktivitet i förskrivningen med tanke på kostnadsbilden. Denna bedömning kvarstår dvs. att de patienter som i första hand bör bli föremål för förskrivning av PCSK9-hämmare är patienter med tidigare hjärtinfarkt och LDL-nivå > 4,0 mmol/L trots maximal tolererbar dos statin samt tillägg av Ezetimib.

De Europeiska riktlinjerna anger högsta rekommendationsgrad (klass I A) för tillägg av PCSK9-hämmare om inte målnivån uppnås. Men vår bedömning är att de höga kostnaderna för dessa preparat i relation till de studieresultat som föreligger manar till fortsatt restriktiv förskrivning även om subventionen för dessa preparat utökats till fler patientgrupper sedan 190101. Under 2019 förskrevs dessa preparat till ca 30 patienter i vår region.

I detta sammanhang kan nämnas att när det gäller patienter med Familjär Hyperkolesterolemi (FH) bör denna diagnos sättas av specialist och om stark misstanke på FH framkommer rekommenderas remiss till FH-enheten på Medicinkliniken i Nyköping som för närvarande utarbetar ett vårdprogram för FH inom vår region. Eventuell förskrivning av PCSK9-hämmare till denna patientgrupp samt ovanstående patientgrupp med genomgången hjärtinfarkt bör ske av specialist inom invärtesmedicin, kardiologi alt. endokrinologi.

Ur säkerhets- och effektivitetssynpunkt ser data avseende dessa preparat tilltalande ut. Nyligen publicerades 5-års uppföljning av Repatha-användning i den sk OSLER 1-studien med drygt 1000 patienter och där kunde ses kvarstående reduktion av LDL-nivåer (i genomsnitt 56 %) och ingen tillkomst av nya allvarliga biverkningar.

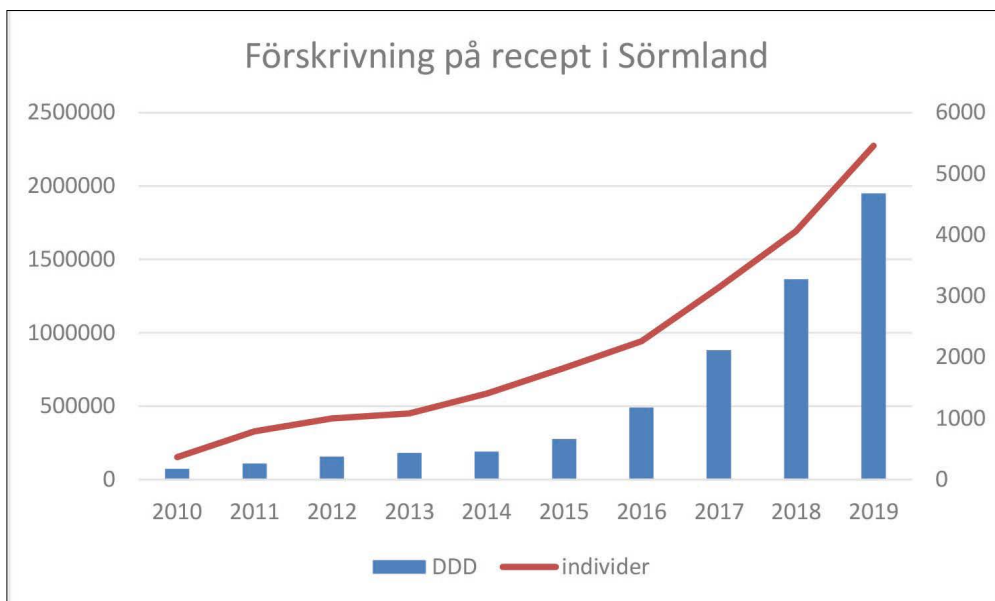
**Stefan Pettersson**  
**Ordförande i Lokala Programområdet (LPO)**  
**Hjärt- och kärlsjukdomar**

## Melatonin finns med i Reklistan från och med 2020

I årets Reklista rekommenderas melatonin som ett alternativt sömmedel till personer över 55 år, i enlighet med godkänd indikation i FASS. Denna artikel beskriver hur melatonin används och bakgrunden till denna rekommendation.

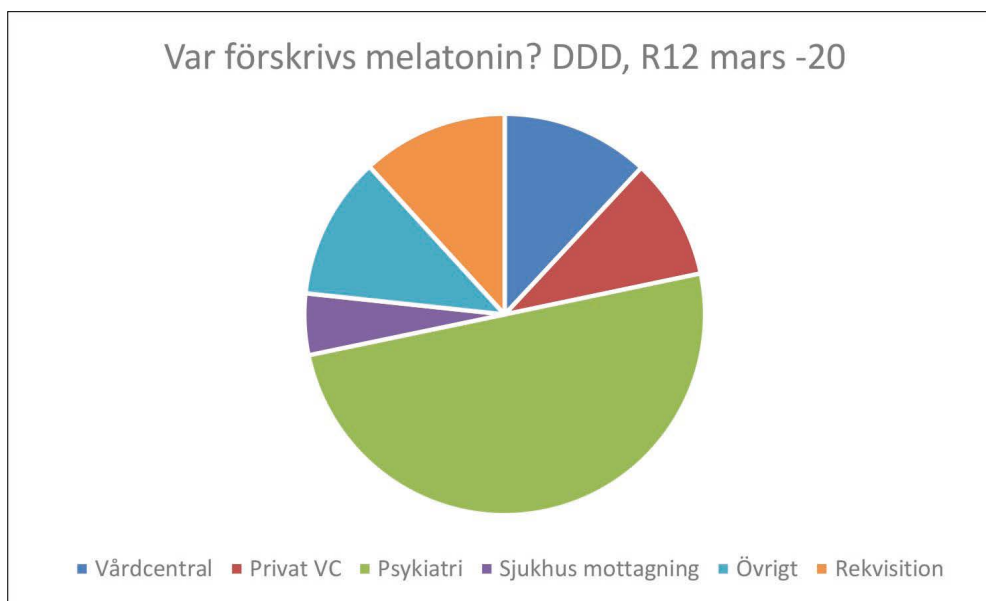
Sömnstörningar är vanligt förekommande hos såväl barn och ungdomar som hos äldre. Hos barn kan sömnstörningar förekomma både hos i övrigt friska barn och hos barn med olika former av funktionsnedsättningar och psykiska sjukdomar. Om icke-farmakologiska behandlingsmetoder har provats och utvärderats kan läkemedelsbehandling bli aktuellt. Ett av de sömmedel som under senare år används i allt högre grad är melatonin. Melatonin är ett kroppseget hormon som syntetiseras i epifysen från den essentiella aminosyran tryptofan. Melatoninsekretionen stiger strax efter mörkrets inbrott, når sin topp mellan klockan 02 och 04 på morgonen och avtar därefter under den senare halvan av natten. Melatonin är involverat i kontroll av dygnsrytmen och anpassningen till ljus-mörkercykeln. Det är också förenat med en sövande effekt och en ökad benägenhet till sömn. Tillförsel av melatonin kan normalisera dygnsrytm och störd sömn.

Förskrivning av melatonin till patienter i alla åldrar har ökat successivt de senaste tio åren i Sörmland, med en kraftigare ökning de allra senaste åren. Diagrammet nedan visar förskrivna mängd i DDD (definierade dygnsdoser) i staplar respektive antal individer som hämtat ut en förskrivning (röd linje) för melatonin från alla förskrivare i Sörmland (avser all förskrivning utom för licensläkemedel, på helår).



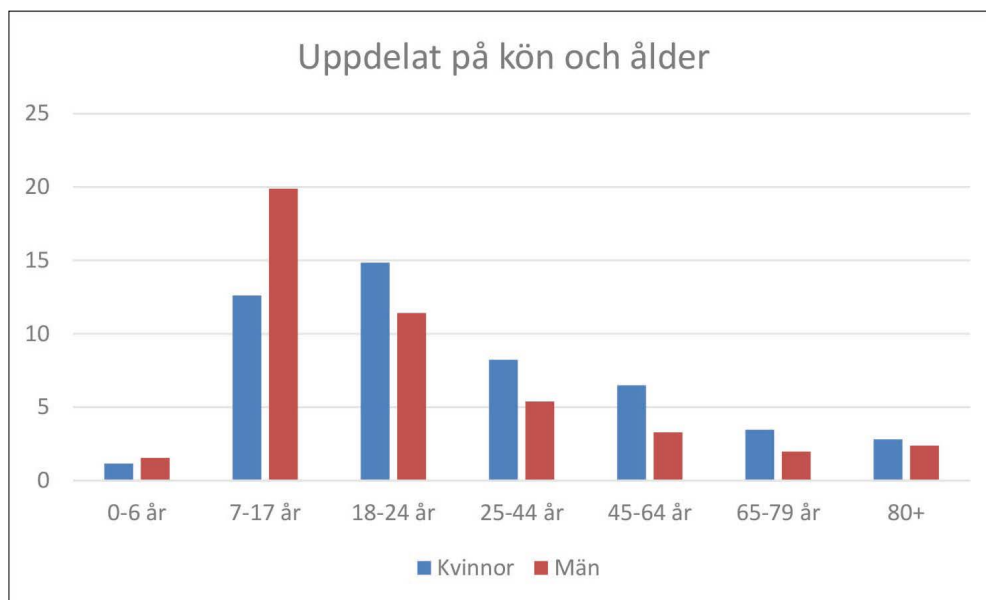
**Figur 1** Förskrivning på recept av melatonin i Sörmland, enhet DDD (staplar) respektive individer som hämtat ut recept (röd linje).

Förskrivningen sker från hela regionen och figuren nedan visar fördelningen mellan psykiatri, vårdcentraler, mottagningar och på rekvisition (enhet DDD, tidsperiod mars 2020 och ett år tillbaka). Som framgår av bilden är psykiatri den enskilt största förskrivaren.



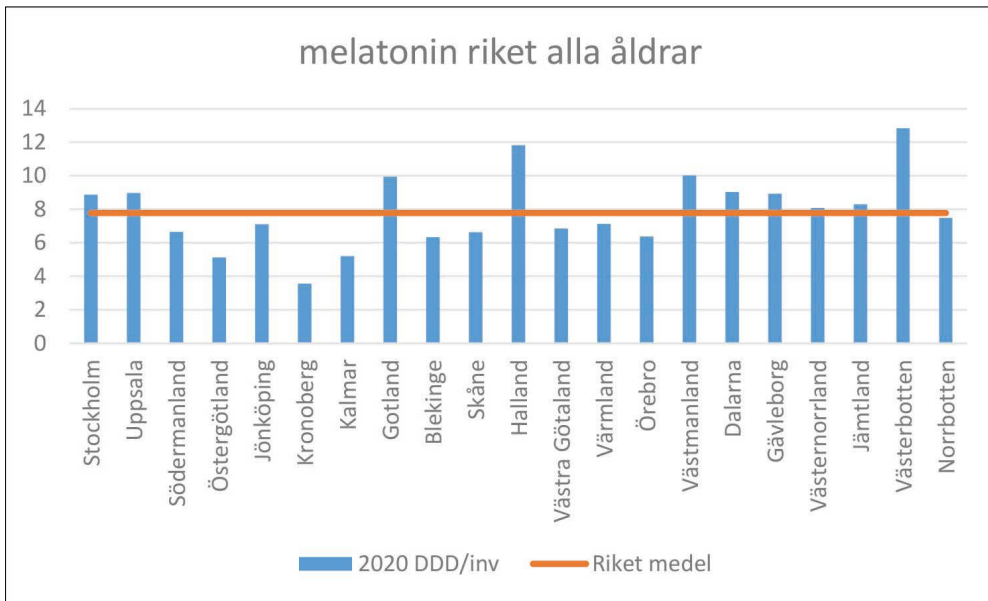
**Figur 2.** Fördelning av förskrivning av melatonin i Sörmland, enhet DDD, tidsperiod mars 2020 och ett år tillbaka.

Sömnmedel används generellt oftare hos kvinnor än hos män, vilket i viss mån stämmer även för melatonin, men inte i de yngre åldrarna. Där ses istället en övervikt för användning hos män. Förklaringen till den höga förskrivningen till yngre män är troligen att melatonin är ett sömnmedel som används vid AD/HD, som oftare förekommer hos män.



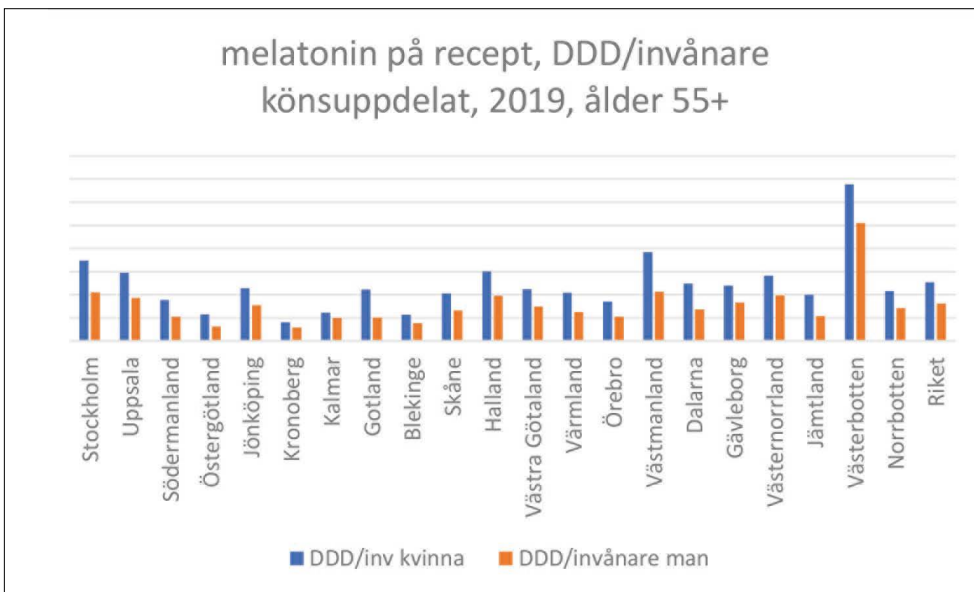
**Figur 3.** Fördelning av melatonin per kön och ålder i Sörmland, helår 2019, enhet DDD per invånare.

Den ökande förskrivningen av melatonin (som visades i figur 1) är inte unik för Sörmland. I flera regioner är melatonin numera ett rekommenderat preparat vid sömnbesvär, även hos barn och ungdomar. I figur 4 nedan visas total förskrivning av melatonin i olika regioner (DDD per invånare, alla åldrar och kön, period mars 2020 och ett år tillbaka). Som framgår av figuren ligger Region Sörmland under rikssnittet.



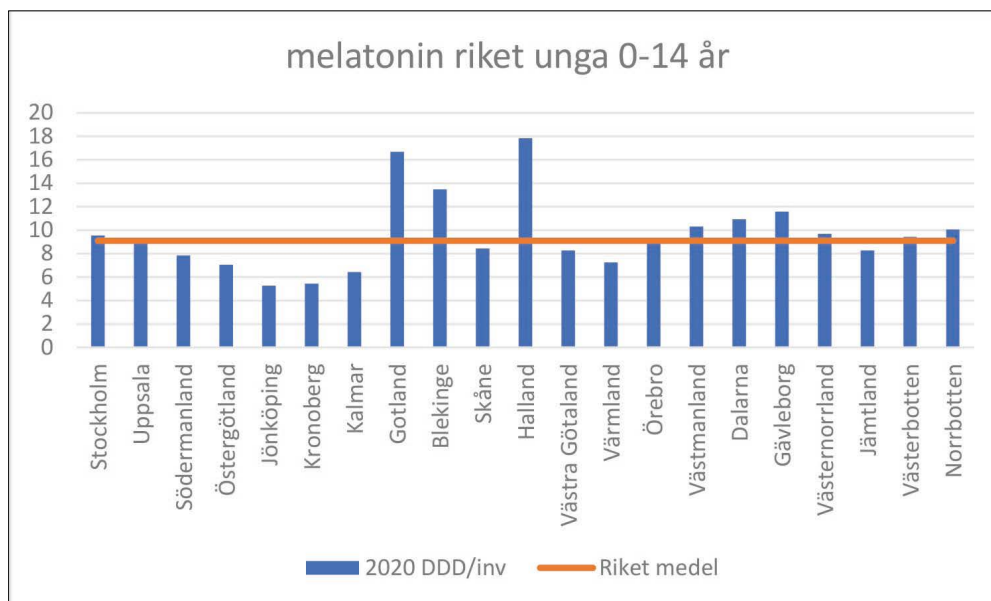
**Figur 4.** Förskrivning av melatonin i olika regioner på recept. Tidsperiod mars 2020 och ett år tillbaka. Enhet DDD per invånare. Rikets medelvärde visas som en röd linje.

I figur 5 nedan visas förskrivning av melatonin i DDD för respektive region för invånare över 55 år (den godkända indikationen i FASS). Resultatet är uppdelat på kvinnor och män. Riksnittet syns längst till höger i bilden. Som framgår av bilden ligger Sörmland även här under riksnittet.



**Figur 5.** Förskrivning av melatonin på recept i riket, för åldersgruppen 55 år och äldre, könsuppdelat. Enhet DDD/invånare, tidsperiod helår 2019. Medelvärdet för riket ses längst till höger.

På samma sätt som i Sörmland ser man även i resten av landet en hög användning av melatonin i yngre åldrar. Figuren nedan (figur 6) visar förskrivningen i landet för de yngsta (0-14 år och enhet DDD per invånare). Även för de yngre åldrarna ligger Sörmland under riksnittet.



**Figur 6.** Förskrivning av melatonin på recept i riket för åldersgruppen 0-14 år. Enhet DDD/invånare och tidsperiod mars 2020 och ett år tillbaka.

I Sverige klassificeras melatonin som läkemedel medan det i flera andra länder klassificeras som kosttillskott, t ex i USA, och användningen lyder då under mindre strikta regelverk. Melatonin finns godkänt i Sverige som depottablett Circadin 2 mg med indikation kortvarig behandling av primär insomni kännetecknad av dålig sömnkvalitet hos patienter 55 år och äldre. Preparatet är inte subventionerat. I FASS finns numera även Mecastrin, även det en depottablett på 2 mg som inte heller är subventionerad. Fler depottabletter med melatonin är också på väg (t.ex. Slenyto, som också har som indikation behandling av unga).

Kortverkande melatonin är inte godkänt i Sverige, men kan förskrivas som extempore-produkten Melatonin AGB, som är en tablett och finns i flera styrkor och ingår i läkemedelsförmånen. FASS-text saknas. Vid problem att svälja tabletter finns melatonin tillgängligt som oral lösning (Melatonin APL samt Melatonin Unimedica, båda inom förmånssystemet). Melatonin är också möjligt att förskriva på licens.

Melatonin metaboliseras av isoenzymerna CYP1A1, CYP1A2 och möjligen CYP2C19 och halveringstiden anges till 3,5-4 timmar. Med depotformulering är verkningstiden förlängd. Den rekommenderade dosen för Circadin är 2 mg en gång dagligen och det intas 1-2 timmar före sänggåendet. För Melatonin AGB finns rekommendationer om en initial melatonindos på 2 mg, vilken kan ökas med 2 mg i taget till högst 10 mg/dag. Snabbverkande melatonin ges 30 (-60) minuter före önskad sovtid.

Även om melatonin idag inte har sömnstörningar hos barn som godkänd indikation är melatonin trots det förstahandsval för sömnstörningar hos barn hos Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för psykisk hälsa. För barn 2-4 år gamla rekommenderas 0,5-1 mg och till barn över 4 års ålder rekommenderas 1-5 mg. Det man rekommenderar är kortverkande melatoninberedningar för att undvika en kvardröjande effekt påföljande dag, något som kan ske med depotberedningar.

## Sammanfattning

Melatonin är ett kroppseget hormon med en fysiologisk effekt att reglera sömnrhythmen och inducera sömn. Det har under de senaste åren börjat användas allt mer som sömnmedel, inte bara hos äldre utan även hos barn och ungdomar. Läkemedelskommitténs expertgrupp i psykiatri har valt att från och med Reklistan 2020-2021 ta med melatonin som ett rekommenderat läkemedel för kortvarig behandling av sömnstörningar, i första hand hos patienter äldre än 55 år, som är den godkända indikationen. Det är dock uppenbart att den största användningen sker hos barn och ungdomar (se figur 3), alltså utanför godkänd indikation. Melatonin hos barn och ungdomar har dock bedömts som en säker och effektiv farmakologisk behandling av sömnstörningar, med inga kända interaktioner med andra psykofarmaka som vanligen används hos barn, t ex AD/HD-läkemedel

**Ottolina Olsson, leg apotekare**

**Tomas Ljungberg, doc, leg läkare**

**Läkemedelskommitténs expertgrupp i psykiatri**

---

## Nu receptbeläggs tabletter och kapslar med diklofenak

Från och med första juni är kapslar och tabletter med diklofenak receptbelagda. Läkemedelsverket har fattat beslutet med utgångspunkt i en studie från 2018 som visar på samband mellan diklofenak och risk för hjärtkärlbiverkningar även vid låga doser och kort behandlingstid. Diklofenak som används på huden är tillsvidare receptfria.

Diklofenak har inflammationsdämpande, smärtlindrande och febernedsättande egenskaper och används främst vid behandling av lätt till måttlig smärta.

I studien från 2018 sågs en ökad risk för förmaksflimmer, ischemisk stroke, hjärtsvikt, hjärtinfarkt och död på grund av kardiovaskulär sjukdom, för män och kvinnor i alla åldrar, även vid låga doser av diklofenak (mindre än 100 mg/dygn) och kort behandlingstid. Även om det absoluta antalet patienter som drabbas av denna typ av allvarliga hjärtkärlhändelser är begränsat, ska detta ställas i relation till att receptfri försäljning avser egenvård med korttidsanvändning för enklare åkommor.

Beslutet att receptbelägga diklofenak ökar säkerheten för patienten genom att läkare dels kan informera om riskerna dels kan göra en helhetsbedömning av om det föreligger risk för hjärtkärlpåverkan hos patienten.

Istället för diklofenak kan man, vid egenvård, istället använda produkter som innehåller paracetamol, ibuprofen och naproxen. För individuella råd om hur man skall behandla olika sorters smärta skall man vända sig till sin läkare eller apotek.

Risk för hjärtkärlbiverkningar gäller inte de produkter med diklofenak som används på huden.

**Enligt Läkemedelsverket 2020-06-01**



# Information om justeringar av akut- och buffertläkemedel

Giltighetstid för akut-och buffertläkemedelssortimentet förlängs med ett år och gäller till och med 2021. En mindre uppdatering av läkemedelssortimentet görs för antihistamin och adrenalinpenna.

## Förlängd giltighetstid för akut-och buffertläkemedelssortimentet

Expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom och Läkemedelskommittén har beslutat att förlänga giltighetstiden för akut-och buffertläkemedelssortimentet och tillhörande dokument med ytterligare ett år för att synkronisera giltighetstiden med Reklistan 2020–2021.

## Antihistamin

Aerius (desloratadin) munsönderfallande tablett i styrkan 5 mg kommer inte längre att tillhandahållas då tillverkningen av denna beredningsform upphör. Expertgruppen menar att beredningsformen är betydelsefull för patienter med sväljsvårigheter och vid akuta situationer. Därför görs ett byte av preparerat från munsönderfallande desloratadin till munsönderfallande loratadin. Desloratadin som finns tillgängligt ska användas klart innan övergång görs till loratadin.

Observera att loratadin 10 mg är ekvipotent med desloratadin 5 mg. Det innebär att effekten som uppnås av en tablett loratadin 10 mg motsvarar effekten som uppnås av en tablett desloratadin 5 mg. Vid anafylaxi i samband med vaccination\* gäller samma doseringsanvisning som tidigare, det vill säga dubbeldos ska ges, 2 tabletter loratadin á 10 mg (20 mg loratadin).

## Adrenalinpenna

Adrenalinpenna (Emerade injektionsspruta 300 mikrog/dos) ingår i akut- och buffertsortimentet för att finnas tillgänglig vid eventuell anafylaktisk

reaktion i samband med influensavaccinationer. På grund av ett konstruktionsfel kan aktiveringsprocessen av adrenalinpennan Emerade försvåras. Det kan behövas större kraft än normalt för att penna ska aktiveras. Emerade med korrigerat konstruktionsfel beräknas komma sommaren 2020.

Expertgruppen väljer att behålla Emerade i sortimentet, men har även lagt till flera fabrikat av adrenalinpennor i beställningssystemet. Expertgruppen vill poängtera vikten av att alltid ha minst två till tre adrenalinpennor till hands vid varje vaccinationstillfälle\*. Rekommendationen gäller oavsett val av fabrikat av penna.

Med anledning av dessa justeringar har även *Generella direktiv om läkemedelsbehandling som gäller för kommunernas hälso- och sjukvård* och *Generellt direktiv om läkemedelsbehandling vid anafylaxi i samband med vaccination\** uppdaterats.

Förändringarna är gjorda i samverkan med Expertgruppen för Allergi och andningsvägar.

\* Generellt direktiv om läkemedelsbehandling vid anafylaxi i samband med vaccination

**Rim Alfarra, leg. apotekare, Läkemedelskommittén**  
**Sara Hed, leg. apotekare, Läkemedelskommittén**

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

## Begreppet demens har strukits!

Den som söker efter ”demens” i DSM-5 letar förgäves. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) formulerar kriterier för olika psykiatriska diagnoser. Begreppet ”demens” har tagits bort i denna ”psykiatrins bibel”. Sveriges minnes- och mottagningar för kognitiv medicin lovordar beslutet. Ordets makt över tanken är viktig! Demens har ersatts av ”kognitiv sjukdom” och av ”lindrig kognitiv sjukdom/funktionsnedsättning” (Major and Mild Neurocognitive disorders). Symptomen kan i stort sett vara desamma, men svårighetsgraden skiljer.

Demensbegreppet har blivit förlegat. Ordet ”demens” är omgärdat av fördomar och okunskap. Försämrat minne är inte typiskt för alla demenssjukdomar och behöver inte utgöra det största problemet. Exekutiva svårigheter kommer ofta först i förloppet. Personer med frontallobsdemens hinner ibland till ”särskilt boende” innan minnet påverkas. ”Demens” brukar användas för äldre, men yngre kan drabbas av kognitionsstörande sjukdomar av samma svårighetsgrad. Systemsjukdomar som till exempel cancer, infektioner, endokrina sjukdomar och vaskulära- och inflammatoriska sjukdomar kan ge upphov till mer eller mindre uttalad kognitiv försämring, liksom trauma, operationer, sena effekter av cancer eller hjärtoperationer och olika former av missbruk. Informationssamhället ställer höga krav; man kommer inte undan! De kognitiva funktionerna måste vara intakta, eller kompenserade, för att man ska kunna leva ett självständigt vardagsliv.

De nya diagnosbegreppen i DSM fångar upp graden av svårigheter på ett tydligare sätt. Diagnos ”kognitiv sjukdom” (också kallat svikt) innebär att personen inte längre kan fungera självständigt på arbetet och eller hemma och motsvarar i stort sett demenssjukdom. Om försämringen märks, men inte begränsar personen i arbetslivet eller i vardagen, då är det frågan om en ”lindrig” nedsättning. ”Lindrig” betyder inte frånvaro av svårigheter.

Ändringen i DSM-5 fick inte, som förväntat och önskat, genomslag i ICD-11. Problem kvarstår nu med att den lindrigare nivån saknar beskrivande klassifikation i ICD och att det är diagnossättningen (demens eller inte demens) som styr vilka insatser som erbjuds - utan aspekter på sjukdomsinsikt eller exekutiva förmågor (att planera, komma till skott och få något nämnvärt uträttat och avslutat). Patienter med lindrig kognitiv sjukdom får sällan den hjälp de behöver. Även om minnet fungerar förhållandevis bra kan man bli sittande hemma i misär, isolerad och utan sjukdomsinsikt.

Förutom att diagnos enligt DSM ger information om svårighetsgrad, så ska den bakomliggande orsaken om möjligt specificeras - dvs ”kognitiv sjukdom – av Alzheimerstyp, av vaskulär genes, posttraumatisk, vid Lewy body sjukdom, vid Parkinson sjukdom, fragil-X osv” eller ”lindrig kognitiv sjukdom - av alzheimerstyp osv”.

Begreppet ”demens” är inarbetat och kommer att leva vidare men nu blir det parallellt med begreppet kognitiv sjukdom. Begreppsfloran kan vara förvirrande. Gränsen mellan lindrig-, medelsvår- och svår demenssjukdom/funktionsnedsättning kommer inte att kunna bli glasklar eller entydig. ICD är WHO:s klassifikationssystem vilket har betydligt större spridning än DSM som är den amerikanska psykiatriföreningens (APA) klassifikation.

**Marie Holmberg Clausen, specialist i geriatrik**  
För expertgruppen Äldre och läkemedel samt kognitiv sjukdom

På FoU i Sörmlands hemsida (<https://www.fou.sormland.se/rad>) hittar du Läns gemensamt program för personer med demenssjukdom samt en fördjupningsdel som tar upp läkemedelsbehandling vid Alzheimers sjukdom.

# Generella direktiv om läkemedelsbehandling

## Ansvar och omfattning

Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling är ett beslut om läkemedelsbehandling som gäller patienter på viss vårdenhet/verksamhet och vid särskilt angivna definierade tillstånd.

Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling innebär att sjuksköterska får ge patienten läkemedel som omfattas av direktivet för specifika indikationer utan att kontakta läkare.

Endast läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. I den lokala rutinen för läkemedelsbehandling ska det framgå vilken eller vilka läkare som får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling.

Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling kan t.ex. gälla en vårdavdelning eller en hel klinik. Region Sörmland utfärdar generella direktiv om läkemedelsbehandling för vissa läkemedel i kommunernas akut- och buffertförråd. Dessa fastställs av medicinskt ansvarig läkare för Hälsoval och Division Primärvård.

Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling måste uppfylla följande kriterier:

- Utfärdas av läkare
- Vara skriftligt
- Omprövas återkommande
- Innehålla uppgift om:
  1. läkemedelsnamn eller aktiv substans
  2. läkemedelsform
  3. läkemedlets styrka
  4. dosering
  5. maxdos
  6. administreringsätt
  7. indikationer och kontraindikationer och
  8. antalet tillfällen som läkemedlet får ges utan att en läkare kontaktas.

På regionens webbsida för läkemedelshantering finns en mall för generella direktiv om läkemedelsbehandling att utgå ifrån där alla dessa punkter finns med. Dessutom finns en kolumn för särskilda rekommendationer för äldre.

**Läkemedel som enligt generellt direktiv får ges av sjuksköterska vid:** [klicka här för att ange vårdenhet](#)

Enligt HSLF-FS 2017:37 får endast läkare utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett generellt direktiv ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om läkemedelsnamn eller aktiv substans, läkemedelsform, styrka, dosering, maxdos, administreringsätt, indikationer och kontraindikationer samt antal tillfällen läkemedlet får ges utan att en läkare kontakts. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande.

Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska 1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och 2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer. Bedömningen ska dokumenteras i patientjournalen.

Indikation	Läkemedelsnamn (eller aktiv substans), läkemedelsform och styrka	Dosering	Administrerings- sätt	Maxdos och Antal doseringstillfällen utan läkarkontakt	Äldre, särskilda rekommendationer	Kontraindikation och ev. annan anmärkning

Datum för fastställande [klicka här för att ange datum](#)\_\_\_\_\_  
Verksamhetschef/medicinsk rådgivare underskriftGiltig t.o.m. [klicka här för att ange datum](#)\_\_\_\_\_  
NamnförtydligandeRegion Sörmland  
Tel: 0155 – 24 50 00Repslagaregatan 19  
E-post: post@regionsormland.se611 88 Nyköping  
Org nr: 232100 – 0032

Blanketten senast reviderad: 2020-03-23

## Administrering eller överlämnande

”7 § Innan ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställs och administreras eller överlämnas till en patient ska en sjuksköterska

1. göra en bedömning av patientens behov av läkemedlet, och
2. kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer.

”Bedömningen enligt 1 ska dokumenteras i patientjournalen.” (6 kap. HSLF-FS 2017:37)

Sjuksköterska ska även kontrollera eventuell uppmärksamhetsinformation och ta ställning till om kontraindikation föreligger.

Vilket generellt direktiv om läkemedelsbehandling som gäller för varje patient styrs av den klinik (i vissa fall avdelning) som patienten tillhör. Listan över generella direktiv i journalsystemet möjliggör att dessa läkemedel iordningställs och administreras eller överlämnas.

I journalsystemet saknas däremot övrig information som behövs t.ex. indikation, kontraindikation och dosering. Därför måste underlagen för generella direktiv om läkemedelsbehandling finnas tillgängliga på vårdenheten på annat sätt t.ex. som utskrivet dokument (kopia av kliniken/avdelningens fastställda dokument). Det är alltid det fastställda dokumentet som ska ligga till grund för beslut om ett läkemedel med stöd av ett generellt direktiv iordningställs och administreras eller överlämnas.

## Uppföljning

Patientansvarig läkare ansvarar för att följa upp de läkemedel som ges till patient enligt generella direktiv om läkemedelsbehandling genom att t.ex. ta ställning till hur behandlingen fungerat, om behandlingen ska upphöra eller fortsätta. På kommunala enheter bör ansvarig sjuksköterska informera patientansvarig läkare om den/de extra doser som patienten fått (eftersom läkare inte har tillgång till kommunernas journaler).

## Omprövas regelbundet

Ett generellt direktiv ska utfärdas restriktivt och omprövas regelbundet, förslagsvis en gång per år. Verksamhetschefen ansvarar för att aktuella underlag för generella direktiv om läkemedelsbehandling finns tillgängliga och tillämpas på ett patientsäkert sätt.

Verksamhetschef ansvarar för att berörd personal informeras om när nya uppdateringar görs. Inför revidering av generella direktiv om läkemedelsbehandling kan det vara värdefullt att ta in synpunkter från de sjuksköterskor som använder dessa.

Fastställda underlag ska bevaras och diarieföras utifrån Region Sörmlands gällande gallringsplan.

## Referenser

Föreskriften ”**Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2017:37**” finns på Socialstyrelsens webbsida. Där finns även Socialstyrelsens handbok till föreskriften.

Agneta Schultz, leg. apotekare  
För expertgruppen Läkemedelshantering

