

## Vi går mot ljusare tider



2020 var året då ingenting var sig likt, då vården slet livet ur sig för att rädda våra medmänniskor undan den värsta pandemin sedan Spanska sjukan för precis ett sekel sedan. Vi blev asociala och träffades bara via datorn, livet blev fattigt på upplevelser och krafterna sinade. 2021 blir året då tillvaron normaliseras, då vi efter fjolårets kamp

återigen kommer att uppskatta och njuta av gemenskap, mötas på riktigt utan ett skyddande skal framför ansiktet, resa och delta i en och annan fest. Krafterna kommer att återvända och hela vården kan känna en stolthet över det enorma jobb som utträttats.

Visst, det är en förhoppning i början av året, men det hoppet bär oss tills vi ser det förverkligat. Vaccinet är här. Med ännu en kraftanstängning för att vaccinera befolkningen och en ansvarskänsla hos alla som ger hög vaccinationstäckning skall vi nå tillbaka till den tillvaro av fri gemenskap och rörlighet som vi hittills tagit för självklar. Men även med en eller två vaccindoser i armen behöver vi vara försiktiga - smittan kommer att finnas kvar i samhället under lång tid framöver och vi vet egentligen inte om de som vaccinerats kan komma att bidra till den fortsatta smittspridningen. Det vi vet är att de vaccinerade skyddas från att bli allvarligt sjuka. Vi bör alltså inte fullboka kalaskalendern så fort den första vaccindosen är given. Kom ihåg att rapportera varje misstänkt biverkning – särskilt viktigt för att tidigt spåra eventuella sällsynta biverkningar hos nya preparat.

Vi kommer att återfå friheten, men vi kommer säkert att på olika sätt vara märkta av våra upplevelser. Fortsätter vi att mötas via datorn? Börjar vi skaka hand igen? Återkommer kramen som en hjärtlig hälsning? Vågar vi komma nära varandra? Reser vi som förr? Eller behåller vi pandemins trista begränsningar?

På läkemedelsfronten förefaller all energi och all publicitet att ha koncentrerats till utvecklingen av ett vaccin mot SARS-CoV-2. Det som skett visar potentialen när företag samverkar som aldrig förr, med stöd av regeringar

och forskare. Sannerligen ett föredöme som kan leda till efterföljd. Tänk om motsvarande energi ägnades åt att lösa problemet med antibiotikaresistens, som varit känd i något decennium men där knappast någonting hänt förutom att vackra ord formulerats och målsättningar upprepats. Där har man förvisso inte en mångmiljardmarknad att se fram emot och kanske just därför behövs samverkan mellan många aktörer för att undvika miljontals dödsfall till följd av icke behandlingsbara infektioner. Det som händer är att kända substanser vidareutvecklas en smula och gamla beprövade och fortfarande värdefulla preparat dras från marknaden av kommersiella skäl, exempelvis ceftibuten och snart också erytromycin.

Utvecklingen av nya läkemedel fortgår, inom t ex onkologi och sällsynta sjukdomar. Där finns mycket lovande som våra patienter kan ha god nytta av, men det gäller att skapa rimliga villkor när företagen testar gränserna för vår betalningsförmåga. Vår nationella samverkan mellan regioner, TLV och NT-råd gör där stor nytta för patienternas bästa och en jämlik vård. Läkemedelskommittéerna med deras expertgrupper har en viktig roll i detta sammanhang.

När det gäller "vardagsläkemedlen" sker en successiv förfining. Mycket har hänt inom diabetesområdet de senaste åren och nu finns många alternativ i verktygslådan. Därför inkluderar vi sjukvårdsregionens algoritm för diabetesbehandling i detta nummer. Nästa område förefaller vara hjärta-kärl, där nu en utveckling av hjärtsviktsbehandlingen är i full gång med sakubitril-valsartan, SGLT2-hämmare och under kommande år ytterligare läkemedelsklasser. Ingenting för basläkemedelslistan än, men det är intressant att det finns nya perspektiv även inom "gamla" sjukdomsområden.

Trots pandemin har expertgrupperna även i år gjort ett fantastiskt jobb med att granska sitt respektive område för att vaska fram "det bästa för de flesta", som presenteras i den fickvänliga Basläkemedel 2021 samt informativa texter i detta nummer av Läkemedelsbulletinen. Tack för det jobbet!

Låt oss se fram emot ljusare tider! Till sommaren är de flesta av oss vaccinerade och kan återigen leva ett någorlunda normalt liv.

**INGE ERIKSSON**, *Ordförande*  
Läkemedelskommittén i Västmanland  
inge.eriksson@regionvastmanland.se



# Äldre och läkemedel

## Läkemedel med betydande antikolinerga effekter

Att anpassa olika läkemedelsbehandlingar för äldre, framför allt de mest sjuka och sköra, borde inte vara något nytt för kliniskt verksamma som i sitt arbete behandlar äldre patienter. Det finns många rekommendationer och check-listor som syftar till att både uppmärksamma problemet och även ge vägledning för hur vården kan förbättra äldres läkemedelsanvändning. Huvudmålet är att minska de allvarliga biverkningar och/eller interaktioner som brukar drabba de sköra äldre mycket mer än andra åldersgrupper. Det här får betraktas som en positiv särbehandling av den här patientgruppen.

En svensk lista över olämpliga läkemedel (LM) finns i Socialstyrelsens (SoS) publikation (Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre) från 2017. Det finns även en europeisk lista (EU(7)-PIM list) och en amerikansk lista (AGS Beers criteria).

SoS har betecknat sådana preparat som ”preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger” och i engelsk litteratur beskrivs dessa som ”potentially inappropriate medicines”, PIM. I sin publikation Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020 har SoS dock skärpt ordvalet till att kalla sådana LM som ”olämpliga”. Oavsett vilket namn som används menar SoS att det inte är förbjudet att använda de läkemedlen men att ”det ska vidare finnas en välgrundad och aktuell orsak (indikation) för att använda läkemedlet och läkaren ska ha bedömt att den förväntade nyttan med läkemedlet står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör också följas upp och omprövas regelbundet med täta intervaller”.

Bland de LM eller läkemedelsgrupper som lyfts fram som särskilt olämpliga för denna patientgrupp är LM med betydande antikolinerg effekt vilka används relativt ofta i rutinsjukvård. En del studier uppskattar att upp till 50 % av hemmaboende äldre använder ett eller fler sådana LM. Trots att äldre förskrivs flest antikolinerga LM, utgör äldre den patientgrupp som är mest känslig för att få antikolinerga biverkningar.

Det finns även misstankar om att dessa LM kan leda till varaktigt kognitivt svikt (demens) och även öka mortaliteten, men evidensen för dessa påståenden är inte entydig.

### Den antikolinerga effekten kan (hos framför allt äldre personer) leda till:

- Trötthet
- Förvirring (konfusion, delirium), kognitiv nedsättning
- Yrsel
- Fall
- Muntorrhet
- Förstoppning
- Urinretention, urininkontinens
- Takykardi
- Torra ögon
- Akut glaukom hos riskpatienter
- Torr hud
- Sämre ADL-funktion
- Sämre livskvalitet

## Skatta antikolinerg effekt

Det finns olika skattningsmetoder och skalor för att definiera och skatta den antikolinerga effekten ett LM kan ha på individen. Samstämmigheten mellan dessa metoder är tyvärr inte hundra procentig men för en del LM finns det tillräckligt med underlag att klassificera dem som betydande antikolinerga.

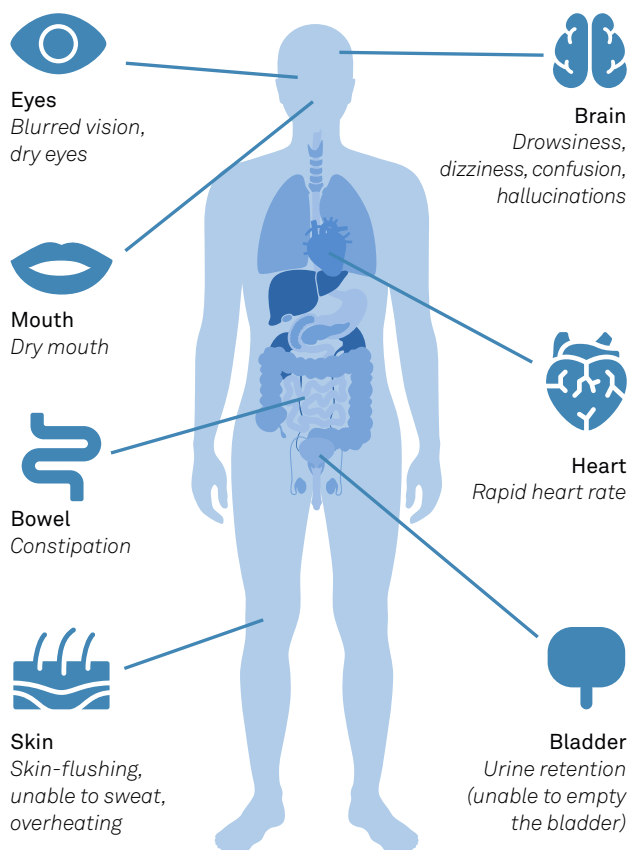
Nedan är en tabell med LM som har betydande antikolinerg effekt och som finns registrerade i Sverige.

### Expertgrupp Äldre och läkemedel

Athir Tarish

athir.tarish@regionvastmanland.se

Läkemedelsgrupp	Substans	Preparat-exempel
Medel vid funktionella tarmsymtom	glykopyrron hyoscyamin	Robinul Egazil
Antiemetika	hyoscin	Scopoderm
Medel mot överaktiv blåsa	oxybutynin tolterodin solifenacin fesoterodin	Ditropan Detrusitol Vesicare Toviaz
Muskel-avslappnande medel, övriga centralt verkande	orfenadrin	Norfex, Norgesic
Opioider i kombination med spasmolytika	morfin resp. ketobemidon i kombination med spasmolytika	Morfin- Skopolamin Ketogan supp.
Medel vid parkinsonism	trihexyfenidyl biperiden	Pargitan Akineton
Vissa anti-psykotiska LM	levomepromazin klorprotixen klozapin perfenazin olanzapin	Nozinan Truxal Leponex Trilafon Zyprexa
Vissa lugnande medel	hydroxizin	Atarax
Antidepressiva, icke-selektiva monoaminåterupptagshämmare	klomipramin amitriptylin	Anafranil Saroten
Antihistaminer, vissa (1:a generationen)	klemastin alimemazin prometazin meklozin	Tavegyl Theralen Lergigan Postafen

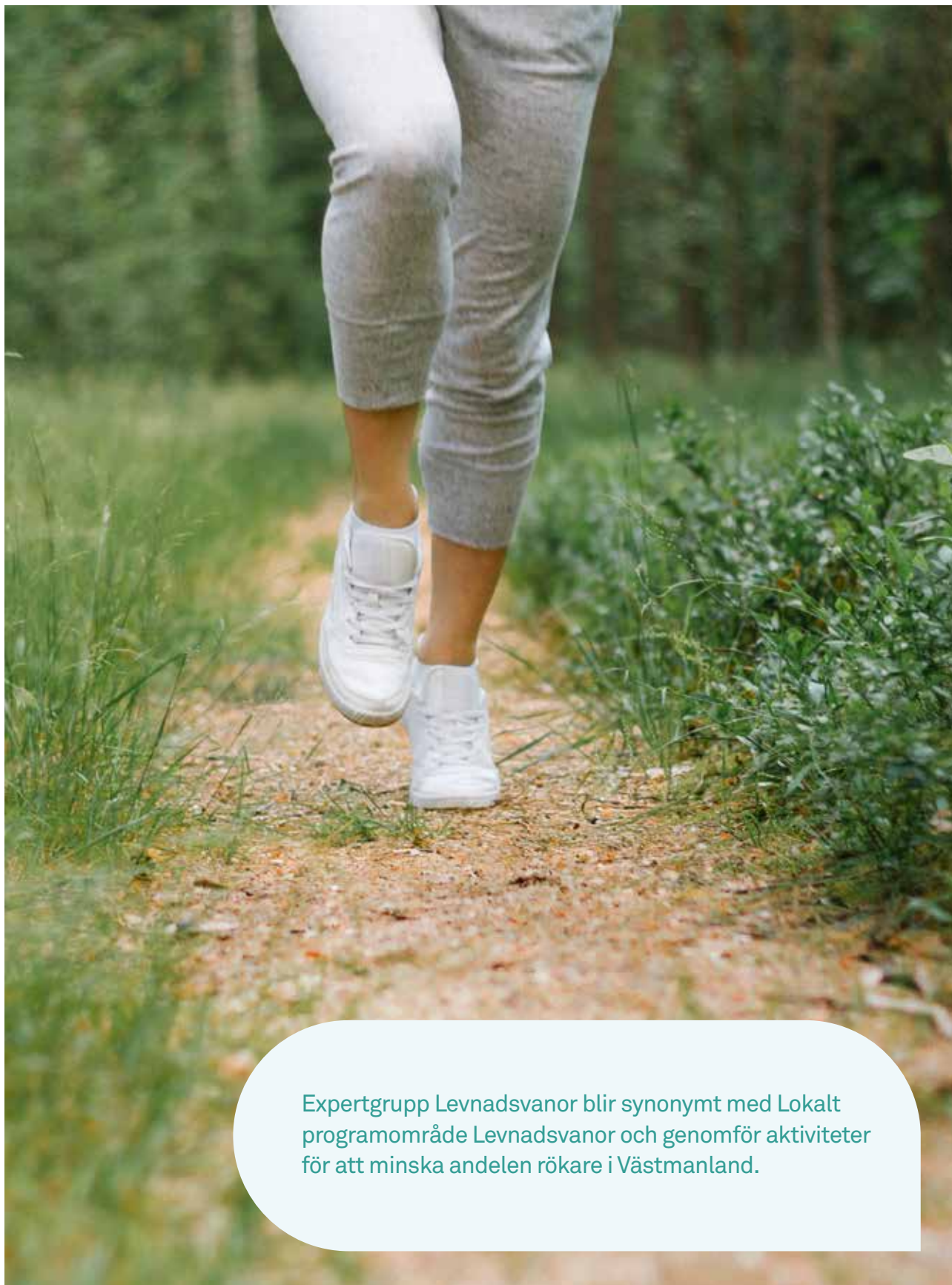


Källa: The Canadian Deprescribing Network, 2017

### Referenser

- American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019 ;67(4):674-694.
- Cardwell K, Hughes CM, Ryan C. The Association Between Anticholinergic Medication Burden and Health Related Outcomes in the 'Oldest Old': A Systematic Review of the Literature. *Drugs Aging.* 2015; 32:835-848.
- Lertxundi U, et al. Expert-based drug lists to measure anticholinergic burden: similar names, different results. *Psychogeriatrics.* 2013; 13:17-24.
- Renom-Guiteras A, Meyer G and Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015.
- Salahudeen MS, Duffull SB and Nishtala PS. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics.* 2015; 15:31.
- Socialstyrelsen. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. 2018.
- Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. 2017.
- Socialstyrelsen. Läkemedel som bör undvikas till äldre. 2019.
- Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020. 2020.
- Stewart C, et al. Anticholinergic Burden Measures Predict Older People's Physical Function and Quality of Life: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2020.

# Levnadsvanor



Expertgrupp Levnadsvanor blir synonymt med Lokalt programområde Levnadsvanor och genomför aktiviteter för att minska andelen rökare i Västmanland.

Levnadsvanornas betydelse för vår hälsa betonas alltmer inom hälso- och sjukvården. Stöd till patienter som behöver förändra levnadsvanor behövs både för att förebygga och behandla sjukdom. Rapporten "Cancer i Sverige – Hur mycket beror på påverkbara riskfaktorer?" som är framtagen av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) på uppdrag av Cancerfonden visar till exempel att 28% av alla cancerfall i Sverige skulle kunna förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Rökning är (förstås) den enskilt största riskfaktorn och orsakar ca 6000 nya cancerfall varje år.

## Kunskapsstyrning

Expertgrupp levnadsvanor har under 2020 blivit synonymt med lokalt programområde - levnadsvanor (LPO-L) och kan därmed integreras i kunskapsstyrningsorganisationen. I det nationella programområdet för levnadsvanor förbereds nu ett nationellt vårdprogram för levnadsvanorna tobaksbruk, matvanor, fysisk aktivitet och alkohol. Vi ser med spänning fram emot att få översätta det till västmanländska förhållanden! För att omsätta vårdprogrammet till praktik har vi förstärkt vår expertgrupp med två nya medlemmar under året som gått. Dels med Susanne Unger, verksamhetsutvecklare på Enheten för Folkhälsa, dels med Robert Broström, hälsopedagog, Hälsocenter Västmanland. Därmed är Expertgrupp levnadsvanor/ LPO-L än mer rustad för att ha både ett patient- och ett befolkningsperspektiv på arbetet med levnadsvanor.

## Rökslutarstöd

Under hösten har Folkhälsomyndighetens undersökning "Hälsa på lika villkor 2020" påvisat att andelen rökare i genomsnitt är 6% i Västmanland. Dock finns det stora skillnader inom vår region och andelen rökare varierar från 5% till 13% i länets olika kommuner. Inför 2021 kommer LPO-levnadsvanor att tillsätta en lokal arbetsgrupp-tobak som kommer att få i uppdrag att se över de rutiner och flöden som finns inom RV vad gäller rökslutarstöd, se över rutiner för "rökfri operation" och undersöka vilka behov det finns för riktade insatser till de delar av Västmanland och

de grupper i befolkningen där rökning är mer utbredd än genomsnittet. Målsättningen är given – en minskad andel rökande västmanlänningar!

## Hälsocenter

Hälsocenter Västmanland (HCV) erbjuder coachande samtal till personer som har behov av levnadsvaneförändringar. Det finns idag hälsocenter på alla lasarettssorter samt i primärvården i länets övriga kommuner. Hälso- och sjukvården kan skriva konsultationsremiss i Cosmic eller hänvisa patient till att själv ta kontakt via 1177.se eller telefon.

## Basläkemedel 2021

Läkemedelslistan lämnas orörd inför 2021 och symbolerna för Fysisk aktivitet och Rökstopp finns alltså kvar där kunskapsläget är som starkast. För de sjukdomsområden där det finns klar evidens för effekten av fysisk aktivitet och rökstopp används följande symboler i baslistan:



FaR – fysisk aktivitet på recept



Rökstopp

För mer information om det hälsoinriktade arbetet inom Region Västmanland och utskriftsvänliga broschyrer med information om hälsosamma levnadsvanor se nedan.

### Expertgrupp levnadsvanor

Lena Lönnberg, leg fysioterapeut

lena.lonnberg@regionvastmanland.se

### Länkar:

[Levnadsvanor orsak till cancer](#)

[Hälsocenter i Västmanland](#)

[Hälsoinriktat arbete](#)

# Tand

I Basläkemedel 2021 tar vi återigen med Xerodent sugtabletter under rubriken salivstimulerande. Enligt uppgifter från fabrikanten ska den finnas tillgänglig i januari 2021. Även Fludent sugtabletter finns kvar på listan, som alternativ till F-tuggummin.

I övrigt inga ändringar.

Expertgrupp Tand



# Mage-Tarm

Inga genomgripande förändringar i Basläkemedel 2021 för mage-tarm, Phosphoral vid röntgenförberedelser tas bort, då användningen är obetydlig.

## Kronisk förstoppning - vanligt och besvärande.

Förstoppning är en vanlig orsak till sänkt livskvalitet (Quality of Life - QOL). Många söker aldrig för sina besvär, men prevalensstudier har visat att ca 13-15% av befolkningen har symtom härrörande från kronisk förstoppning. Stringensen i definitionen av obstipation har kunnat förbättras något sedan studier utgått från ROME kriterierna som definierar IBS. Epidemiologiskt är problemet utbrett över hela åldersspannet och kanske mer bland yngre patienter än vad som är förväntat även om viss övervikt hos äldre patienter finns. Barn och äldre har en jämnare könsfördelning än hos vuxna kring reproduktiv ålder där kvinnor har en stor övervikt med nästan dubbelt så hög prevalens.

Att det är ett stort och vanligt problem reflekteras i att ett flertal läkemedel med olika angreppspunkt finns tillgängliga varav flera rekommenderas i Basläkemedelslistan.

Primär kronisk förstoppning brukar delas in i tre grupper. Bäckentottendysfunktion, långsam passage (slow transit-constipation) samt normal passage (normal transit-constipation) där den sistnämnda relaterar mycket med IBS-C- förstoppning.

Bäckentottendysfunktion innebär svårigheter att koordinera relaxation och kontraktion av bäckenbottenmuskulatur i samband med defekation. Detta kan vara på grund av en strukturell påverkan, t. ex. tumör, rektocoele, prolaps, rektal invagination, eller dyssynergi i muskulaturen. Sådan dyssynergi ger ofta en paradoxal analkontraktion vid krystningsförsök. Det kan vara något att beakta vid en klinisk undersökning och man kan be patienten att både knipa och krysta vid per-rektumundersökning av den förstoppade patienten.

Förstoppning med långsam tarmpassage beror på dysmotorik sekundärt till nervpåverkan i tjocktarmen, vilket ger nedsatt peristaltik. I sällsynta fall kan det ses som s.k. kronisk megakolon vid röntgenundersökningar. Diagnos

sätts med hjälp av transitröntgen, vilket innebär att patienten får svälja röntgentäta markörer med en kontrollröntgen efter fem dygn då man tittar på hur många av dessa markörer som nått rektum eller redan avgått. Ytterligare kartläggning kan innebära defekografi, som åskådliggör tarmtömningen detaljerat med kontrastförstärkt MR. Dock är undersökningen ibland begränsad av patientmedverkan då den för vissa kan vara svår att utföra och resultaten kan därför bli felaktiga.

## Livsstil, läkemedel eller annan sjukdom

Den största gruppen av primär kronisk förstoppning är förstoppning med normal passage. Här hittar man ingen bakomliggande patologi till förstoppningsproblematiken. Istället finns en stark koppling till IBS av förstoppningstyp och livsstilsfaktorer. Långvarigt stillasittande, frånvaro av regelbunden motion och dietära faktorer med främst mindre fiberintag gör att tarmfunktionen påverkas med förstoppningssymtom som följd.

Förstoppning är också ett vanligt sekundärt tillstånd till andra sjukdomar, såsom Parkinson eller hypotyroidism. Likaså är det en vanlig läkemedelsbiverkan där opioider, farmaka med antikolinerg biverkan och antihypertensiva läkemedel (främst kalciumflödeshämmare) är de vanligaste grupperna. Framförallt hos de multisjuka äldre med polyfarmaci kan det vara en god idé att titta igenom läkemedelslistan innan man sätter in läkemedel mot förstoppning. Kan lösningen ligga i att istället ändra eller ta bort något läkemedel?

## Förslag till handläggning i primärvården

Nedan presenteras förslag till utredning och handläggning av kronisk förstoppning i primärvården:

1. Utförlig anamnes och klinisk undersökning med noggrann per-rektum undersökning där knip och krystfunktioner testas.
2. Uteslutande av alarmsymtom (Viktnedgång, blod i avföring, heriditet för koloncancer) Överväg i så fall SVF-remiss för koloskopi



Framförallt hos de multisjuka äldre med polyfarmaci kan det vara en god idé att titta igenom läkemedelslistan innan man sätter in läkemedel mot förstoppning. Kan lösningen ligga i att istället ändra eller ta bort något läkemedel?



3. Försök att utesluta sekundär orsak som komorbiditet eller läkemedelsbiverkan.
4. Föreslå livsstilsförändringar som ökat fiberintag, ökat vätskeintag, ökad motion mm. Här kan även bulkmedel introduceras som sterkuligummi (Inolaxol) eller ispaghulaskal (Vi-Siblin) men kostförändringar är att föredra.
5. Vid fortsatta besvär prövas i första hand osmotiskt verkande läkemedel. I basläkemedelslistan finns här makrogoler som t.ex Moxalole, Forlax, Movicol mm samt Laktulos.
6. Tarmstimulerande läkemedel prövas i andra hand. I Basläkemedelslistan finns här natriumpikosulfat som Cilaxoral. Bisakodyl som Dulcolax eller Toilax kan prövas med försiktighet, då främst med hänseende till elektrolyttrubbningar men längre användning har påvisats tolereras utan rebound-effekter eller skador på tjocktarmslemhinnan.
7. I tredje hand föreslås prosekretoriska läkemedel, här finns inga rekommenderade läkemedel ur Basläkemedelslistan. Men linaklotid (Constella) är det läkemedel som finns registrerat i Sverige.

Vid fynd som talar för t.ex. sfinkterdysfunktion, eller prolaps kan redan den inledande kliniska undersökningen leda till att patienten kan remitteras vidare. Men många patienter kommer att behöva en upprepad kontakt för att nå en förbättrad situation. Remissmottagare vid utebliven terapieffekt och kvarstående besvär är framförallt gastroenterologmottagning och kirurgmottagning beroende på typ av problem.

Sammanfattning: Kronisk förstoppning är vanlig i många åldersgrupper, inte bara äldre. En utförlig anamnes och klinisk undersökning samt systematiskt tillvägagångssätt vid utredning och terapi kan vara mycket framgångsrikt. Många tänkbara orsaker kan vara bakomliggande. I den största gruppen med normal tarmpassage spelar livsstilsfaktorer och kost stor roll.

---

#### Expertgrupp Mage-tarm

**Linus Olander**

linus.olander@regionvastmanland.se

**Markus Gustafsson**

markus.gustafsson@regionvastmanland.se

# Osteoporos

I regionen har vi en stor överbehandling med kalciumtillskott, men fortfarande underbehandlar vi med bisfosfonater.

Läkemedelsverket har detta år tagit fram nya behandlingsrekommendationer för osteoporos. Samtidigt utkom Socialstyrelsen med nya nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar där man betonar vikten av bra frakturkedjor, för att strukturera riskstratifiera och behandla de patienter med störst risk för nya frakturer. Osteoporos står även på tur för att bli ett så kallat personcentrerat vårdförlopp. I detta tydliggörs ansvarsområdet mellan slutenvård och primärvård och med en tydlig frakturkedja kan patienter med hög risk för fler frakturer fångas in. Dessutom är Nationellt kunskapsstöd osteoporos ute på remiss och kommer snart att finnas som en bra kunskapsgrund för familjeläkare, med lokala remisstillsättningar. Vårt vårdprogram behöver uppdateras när detta sjösätts. Ansvar för behandling och uppföljning kommer även fortsättningsvis ligga hos primärvården.

## Den nya behandlingsriktlinjen sammanfattat;

- Efter en benskörhetsfraktur ska **alla postmenopausala kvinnor samt män över 50 år** utredas för osteoporos, och benspecifik läkemedelsbehandling skall alltid övervägas.
- Genomgång av riskfaktorer och icke farmakologisk behandling skall erbjudas till alla.
- Vid bakomliggande sjukdom som orsak till benskörhet ska denna i regel behandlas före ställningstagande till benspecifik behandling.

- Beslut om benspecifik behandling skall grundas på en samlad klinisk värdering, inte enbart på bentäthetsvärden.
- Särskilt stark behandlingsindikation föreligger vid fraktur i kota eller höft.
- Bisfosfonater är precis som tidigare förstahandsval när behandling sätts in. Denosumab rekommenderas vid intolerans eller kontraindikationer mot bisfosfonat, tex vid njursvikt. Teriparatid kan övervägas vid mycket svår benskörhet och kotfrakturer.
- Kalcium och vitamin D rekommenderas enbart vid brist eller otillräckligt intag som kompletterande behandling vid primär osteoporos. Kalcium och vitamin D rekommenderas inte som enda behandling vid primär osteoporos.
- Kvinnor med postmenopausal hormonbehandling har ett frakturskydd och ytterligare benspecifik behandling behövs ej.
- Kom ihåg att alla patienter med glukokortikoidbehandling motsvarande Prednisolonbehandling i dos mer än 5 mg/dag i mer än tre månader alltid skall erhålla benspecifik behandling vid förhöjd risk för fraktur.

Kommentarer till detta är främst att vi i regionen har en stor överbehandling med kalciumtillskott, men fortfarande underbehandlar med bisfosfonater. Då compliance för peroral





behandling är låg, främst hos patienter med polyfarmaci, hög ålder, kognitiv funktionsnedsättning, bör vi vara frikostiga med intravenös behandling med bisfosfonat (zoledronsyra) en gång årligen. Denna behandling ges sedan några år även i primärvård, kan ges även på SÄBO och är mycket kostnadseffektiv. Njurfunktionen skall alltid bedömas före infusion och skall ej ges om GFR <35 ml/minut, och detta gäller även för perorala bisfosfonater.

Denosumab (Prolia, antikropp som inaktiverar RANKL) är ett andrahandsval och kan även ges i primärvård, med undantag för de patienter som har sämst njurfunktion (CKD 3-4). De ska skötas på specialistklinik t ex njurmottagning eller endokrinolog/medicinmottagning.

Teriparatid (parathormonanalog) är fortsatt ett specialistpreparat. Rekommendationen nu är att det bör komma in tidigt i behandlingen till de patienter som har flera kotfrakturer, dvs svår osteoporos, gärna innan bisfosfonatbehandling för bästa effekt. Teriparatid ges som subcutan daglig injektion i två års tid. Efterföljs av anti-resorptiv behandling.

### Behandlingens längd

Ställningstagande till utsättning av Zoledronsyra efter tre doser, max 6 doser.

För peroral behandling med Alendronat/Risedronat är

behandlingstiden vanligen 5 år, och 10 års behandlingstid skall ej överskridas.

Den optimala behandlingstiden med denosumab är inte fastställd eftersom såväl långtidsbehandling som utsättning av denosumab kan vara behäftad med risker. Denosumab är därför ett andrahandsval. Behandlingstiden får utvärderas kontinuerligt och i synnerhet efter fem års behandling. Vid utsättning av denosumab återgår BMD (bone mineral density) till utgångsvärdet inom 18-24 månader. Benomsättningen ökar under denna tid och det finns fallrapporter om ökad förekomst av kotfrakturer efter utsättning. Evidens för läkemedelsbyte saknas, men vid utsättning kan man överväga byte till bisfosfonat tex zoledronsyra under minst ett år, om njurfunktionen tillåter.

---

### Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Ulrika Stenmark

ulrika.stenmark@regionvastmanland.se

### Länkar:

[Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2020](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation](#)

[Osteoporos 2020](#)



# Typ 2-diabetes

Covid-19 och nödvändiga åtgärder för att minska de medicinska konsekvenserna av viruset har påverkat situationen även för individer med diabetes. Till följd av viruspandemin har fysiska besök på diabetesmottagning i många fall ändrats till olika former av distanskontakter. Effekterna av uteblivna återbesök, framflyttade undersökningar och preventiva insatser är okända.

Hörnstenen i all prevention och behandling av typ 2-diabetes är livsstilsförändring med sikte på hälsosamma levnadsvanor. Kostförändring och fysisk aktivitet samt rökstopp vid tobaksbruk har en central roll. Behandling av högt blodtryck och lipidsänkande behandling är vanligen indicerat för att minska risken för hjärtkärlsjukdom.

## **Typ 2-diabetes och hjärtkärlsjukdom**

Ytterligare studier har tillkommit som bekräftar SGLT-2-hämmarnas och GLP-1-analogernas plats i behandlingen. Svensk förening för Diabetologi och Svenska Kardiologföreningen publicerade 2020 ett konsensusdokument kring nya diabetes-hjärtriktlinjer baserat på de senaste internationella behandlingsriktlinjerna. Personer med typ 2-diabetes och etablerad aterosklerotisk hjärtkärlsjukdom eller hjärtsvikt bör erbjudas SGLT-2-hämmare eller GLP-1-analoger med dokumenterad kardiovaskulärt skyddande effekt som tillägg till metformin. Positivt är också att ytterligare studier har visat att SGLT-2-hämmare

minskar försämring av hjärtsvikt och kardiovaskulär död för patienter med etablerad hjärtsvikt oavsett om patienten har diabetes eller ej.

**Patientutbildning i egenvård** har stor betydelse och är en förutsättning för ett bra resultat av annan behandling. Uppmuntra gärna individen med diabetes att vara aktivt involverad i vården. Ett högt HbA1c bör inte automatiskt leda till att ytterligare läkemedel läggs till innan patientens aktuella blodsockervärden har utforskats. Det kan vara en tillfällig livssituation som medfört högre HbA1c och studier har visat att egenmätning av blodsocker har god effekt på HbA1c.

## **Blodsockersänkande läkemedel**

**Metformin** utgör grundbehandling vid typ 2-diabetes och bör fortgå så länge ingen kontraindikation föreligger.

Metformin är kontraindicerat vid svår njurfunktionsnedsättning, GFR <30 ml/min. Vid måttligt nedsatt njurfunktion, GFR 30-59 ml/min bör särskild försiktighet iakttas och metformindosen anpassas och reduceras. Max 1000 mg/dag vid GFR 30-44 ml/min; max 2000 mg/dag vid GFR 45-59 ml/min och startdosen är högst halva den maximala dosen.

Laktacidosis är en allvarlig men ovanlig komplikation till metforminbehandling. I samband med plötslig försämring av njurfunktionen ansamlas metformin vilket medför ökad

risk för laktacidosis. Metformin bör därför endast användas till välinformerade patienter som muntligt och skriftligt instruerats att sätta ut metformin vid tillstånd som riskerar att hastigt försämra njurfunktionen, till exempel vid kräkningar, diarré, betydande vätskeförlust eller hög feber.

Metformin ska tillfälligt sättas ut vid svåra akuta tillstånd som kan påverka njurfunktionen eller orsaka vävnadshypoxi, till exempel dehydrering, cirkulationssvikt, sepsis, dekompenenserad hjärtsvikt.

Jodkontrastmedel och metformin: Vid planerad poliklinisk undersökning med jodhaltigt kontrastmedel ska metformin sättas ut när absolut GFR understiger 45 ml/min. Uppföljning med kontroll av kreatinin 2-4 dygn efter undersökningen måste göras innan metformin återinsätts. Akuta och ineliggande patienter samt vid angiografier/ interventioner som innebär direkt kontrastmedel-exponering av njurarna: Metformin ska sättas ut i samband med undersökningen oavsett absolut GFR. Kreatinin ska kontrolleras 2-4 dygn efter undersökningen. Lokal instruktion, se länk.

**Metformin utgör grundbehandling vid typ 2-diabetes och bör fortgå så länge inga kontraindikationer föreligger.**

### Tilläggsbehandling

Vid behov av ytterligare blodsockersänkande behandling rekommenderas tillägg av andra diabetesläkemedel. Faktorer som kan vara avgörande vid val av behandling är bland annat manifest hjärtsjukdom, hjärtsvikt, fetma, risk för hypoglykemi, njursvikt eller annan samsjuklighet.

DIAREG är ett nätverk av läkemedelskommittéernas expertgrupper för diabetes i Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Uppsala, Värmland och Örebro. DIAREG har utarbetat en gemensam rekommendation avseende glukossänkande läkemedel vid typ 2-diabetes, se separat behandlingsalgoritm.

### DPP-4-hämmare

Trajenta (linagliptin) eller Januvia (sitagliptin) som tillägg till metformin har en mindre HbA1c-sänkande effekt än andra läkemedel som tillägg men har relativt få biverkningar och ökar inte risken för hypoglykemi. Kan även användas vid nedsatt njurfunktion.

### GLP-1-analog

Förutom Victoza (liraglutid) finns Ozempic (semaglutid) och Trulicity (dulaglutid) som alternativ, de båda senare administreras en gång per vecka, subkutan injektion.

För att undvika mag-tarmbiverkningar bör dosen titreras upp långsamt.

Rybelsus (semaglutid) är den första perorala GLP-1-analogen som administreras som en tablett. Finns ännu inte på basläkemedelslistan. Effekten av Rybelsus

**Tillägg vid hjärtsjukdom: Vid etablerad aterosklerotisk kardiovaskulär sjukdom – GLP-1-analog och/eller SGLT-2-hämmare. Vid hjärtsvikt – SGLT-2-hämmare.**

(semaglutid) på HbA1c varierar mellan olika individer, framför allt på grund av varierande upptag i magtarmkanalen. Ska tas på fastande mage och minst 30 minuter innan mat och dryck. Biotillgängligheten av peroral semaglutid är endast omkring 1%. Det saknas direkt jämförande studier mellan Rybelsus och Ozempic. Hälsoekonomiskt finns en osäkerhet om effekten blir sämre i klinisk praxis än vad som visats i de indirekta jämförelserna.

Kombinera inte GLP-1-analog och DPP-4-hämmare på grund av att läkemedlen har likartad verkningsmekanism.

### SGLT-2-hämmare

Jardiance (empagliflozin) och Forxiga (dapagliflozin) sänker blodsockret genom att minska glukosåterupptaget i njuren. Genom sin verkningsmekanism kan SGLT-2-hämmare bidra till ökad törst, större urinmängder och volymförlust. Pågående diuretikabehandling kan behöva reduceras.

Behandling med SGLT-2-hämmare bör inte påbörjas hos patienter med GFR <60 ml/min. Hos patienter med sviktande njurfunktion som står på behandling med SGLT-2-hämmare bör behandlingen avbrytas när GFR är <45 ml/min.

SGLT-2-hämmare bör, liksom metformin, tillfälligt sättas ut vid akut sjukdom som medför dehydrering, vid större kirurgiska ingrepp eller akuta allvarliga medicinska tillstånd. Observera att behandling med SGLT-2-hämmare hos vissa riskpatienter kan medföra ökad risk för diabetes-ketoacidosis (DKA). Hos patienter där DKA misstänks eller är diagnostiserat ska behandlingen med SGLT-2-hämmare avbrytas omedelbart. Övriga biverkningar är framför allt urogenitala infektioner. SGLT-2-hämmare bör inte heller ges vid pågående fot- och bensår. Patienter som behandlas med SGLT-2-hämmare ska regelbundet följas upp avseende fotstatus och ges råd om förebyggande fotvård.

### Sulfonureider (SU)-preparat

Glimepirid eller Mindiab (glipizid) kan vara ett alternativ som tillägg till metformin men beakta ökad risk för hypoglykemi,

**Vid behov av mer än en tilläggsbehandling, undvik kombination av DPP-4-hämmare och GLP-1-analog på grund av att läkemedlen har likartad verkningsmekanism.**

särskilt hos äldre, magra individer samt hos personer med nedsatt njurfunktion. SU-preparat ska inte användas vid GFR <30 ml/min. SU-preparat bör inte användas i kombination med insulin på grund av ökad risk för hypoglykemi.

### Glitazoner (pioglitazon)

Ökar insulinkänsligheten och kan vid uttalad insulinresistens ge god glukossänkande effekt. Kan dock medföra ökad risk för hjärtsvikt, ödem, viktuppgång och frakturer. Pioglitazon ska inte användas vid hjärtsvikt. Beakta även övriga kontraindikationer.

### Insulin

Insulinbehandling vid typ 2-diabetes är alltid att föredra om det finns behov av snabb glukossänkning eller vid uttalad betacellssvikt, till exempel vid lång diabetesduration. Typ 2-diabetes är en progressiv sjukdom och inte så sällan behöver behandlingen kompletteras med insulin. I princip kan man också alltid använda insulin om det föreligger kontraindikation för andra diabetesläkemedel. Vid nedsatt njurfunktion måste ökad risk för hypoglykemi vid insulinbehandling beaktas – ge reducerad dos.

För behandling med insulin krävs att patienten instrueras i att testa blodsocker, injicera insulin och kan åtgärda hypoglykemi. Detta är en förutsättning för att kunna optimera behandlingen samt undvika hypo- respektive hyperglykemi.

### Snabbverkande insulin (måltidsinsulin): Använd Insulin aspart Sanofi istället för Novorapid.

Om tillägg av basinsulin är motiverat bör NPH-insulin användas i första hand. Om NPH-insulin orsakar nattliga hypoglykemier och metabolt mål inte uppnås vid dosreducering kan långverkande insulin övervägas. I första hand Abasaglar (biosimilär till Lantus). I andra hand Toujeo, en långverkande insulinanalog (insulin glargin). Observera att Toujeo (300 enheter/ml) har högre koncentration och doseringsfönstret på den förfyllda injektionspennan visar antalet enheter av Toujeo som ska injiceras, räkna inte om dosen!

Insulin degludek (Tresiba) har inte några uppenbara kliniska fördelar jämfört med andra långverkande insulinanaloger, är mindre kostnadseffektivt och bör inte användas som förstahandsval.

Vid behov av snabbverkande insulin (måltidsinsulin) rekommenderas vid nyinsättning Insulin aspart Sanofi som är en biosimilär till NovoRapid. Insulin aspart Sanofi kostar cirka 25% mindre än NovoRapid. Finns i förfylld injektionspenna (SoloStar) och i cylinderampull. Alla snabbverkande insuliner är ur effektsynpunkt att betrakta som likvärdiga. Ta vid receptförnyelse ställning till om byte till det mest kostnadseffektiva läkemedlet i gruppen är möjligt, med bibehållen patientsäkerhet.

Jämförande studier med insulin aspart (NovoRapid) visar

### Basinsulin: Använd Abasaglar eller Toujeo i stället för Lantus eller Tresiba.

något snabbare tid till maxeffekt och kortare effektduration för Fiasp (Insulin aspart med tillsats av nikotinamid). Betydelsen av detta i klinisk praxis är ännu oklar. Utifrån nuvarande evidens rekommenderas inte Fiasp till personer med typ 2-diabetes.

### Anpassning avseende blodsockersänkande behandling för de mest sjuka, sköra äldre

Symtomfrihet är viktigast. Hög grad av samsjuklighet medför ofta ökad prevalens av nedsatt njurfunktion. Mål för den blodsockersänkande behandlingen blir i de flesta fall undvikande av hypoglykemi respektive symptomgivande hyperglykemi. HbA1c-mål bör inte användas. Däremot kan mätning av HbA1c ge en vägledning om under- eller överbehandling föreligger. P-glukos bör hållas över 5 mmol/L men under 15 mmol/L. Beakta att äldre kan få symptom på hypoglykemi senare och vid lägre glukosvärden. God nutrition är viktigt. Tillfälligt högt blodsocker hos opåverkad patient bör inte behandlas med snabbverkande insulin p g a risk för hypoglykemi. Såväl metformin som SU-preparat bör undvikas. I de flesta fall, när blodsockersänkande behandling bedöms nödvändig, är insulin det mest lämpliga behandlingsalternativet. Lämpliga behandlingsval kan vara insulin med endosregim, såsom ett NPH-insulin, med beaktande av eventuell njurfunktionsnedsättning som kräver lägre insulindoser. Vid problem med hypoglykemier trots dosreduktion kan långverkande insulinanalog ges. DPP-4-hämmare kan vara ett alternativ eftersom det är enkelt att administrera och innebär låg risk för hypoglykemi i monoterapi men effekten är ibland otillräcklig.

Vid typ 1-diabetes bör man fortsätta med insulin i flerdosregim.

Läs gärna mer i "Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre", se länk.

### Expertgrupp Diabetes-Endokrinologi

Lena Ottosson Bixo

lena.bixo@regionvastmanland.se

### Länkar:

[Nationella riktlinjer för diabetesvård](#)

[Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer](#)

[Konsensusdokument diabetes-hjärtriktlinjer](#)

[Region Västmanlands Vårdprogram för vuxna med diabetes: dok.nr 7907 i ledningssystemet](#)

[Metformin och jodkontrastmedel; Läkartidningen 2018;115:E397](#)

[Ledningssystemet dok.nr. 44599](#)

[Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre](#)

## Rökstopp och levnadsvanor

Metformin					
Fetma	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Övriga Behandling individualiseras	Mest sjuka äldre	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*
<p><b>GLP-1-RA</b> Dulaglutid (Trulicity)</p> <p>Liraglutid (Victoza)</p> <p><b>Semaglutid (Ozempic)</b></p> <p>HbA1c-sänkning 10–15 mmol/mol</p> <p>Viktneutralt</p> <p>Låg hypoglykemi risk</p> <p>Gastrointestinala bieffekter</p>	<p><b>SGLT-2-hämmare</b> Dapagliflozin (Forxiga)</p> <p><b>Empagliflozin (Jardiance)</b></p> <p>HbA1c-sänkning 7–10 mmol/mol</p> <p>Viktneutralt</p> <p>Låg hypoglykemi risk</p> <p>Risk för urogenital infektion, ketoacidosis</p>	<p><b>SGLT-2-hämmare</b> Dapagliflozin (Forxiga)</p> <p><b>Empagliflozin (Jardiance)</b></p> <p>HbA1c-sänkning 7–10 mmol/mol</p> <p>Viktneutralt</p> <p>Låg hypoglykemi risk</p> <p>Risk för urogenital infektion, ketoacidosis</p>	<p><b>DPP-4-hämmare</b> Behov måttlig effekt, viktneutralt, ej hypoglykemi</p> <p><b>GLP-1-RA</b> Behov uttalad effekt, viktneutralt, ej hypoglykemi</p> <p><b>Insulin NPH</b> Behov upptreringsbar effekt</p> <p>Risk hypoglykemi, viktuppgång</p> <p><b>Meglitinid (Repaglinid)</b> Kan ges vid låg risk för hypoglykemi</p> <p>Viktuppgång</p> <p><b>SGLT-2-hämmare</b> Behov måttlig effekt, viktneutralt, ej hypoglykemi</p> <p><b>SU</b> (Glimepirid, glipizid) Kan ges vid låg risk för hypoglykemi</p> <p>Viktuppgång</p> <p><b>Tiazolidindioner</b> (Pioglitazon) Vid uttalad insulinresistens</p>	<p><b>DPP-4-hämmare</b> Linagliptin (Trajenta)</p> <p>HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol</p> <p>Viktneutralt</p> <p>Låg hypoglykemi risk</p> <p><b>Insulin human (Insuman Basal)</b></p> <p>Risk för hypoglykemi och viktuppgång</p>	<p><b>DPP-4-hämmare</b> Linagliptin (Trajenta)</p> <p>HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol</p> <p>Viktneutralt</p> <p>Låg hypoglykemi risk</p> <p><b>Meglitinid Repaglinid (Repaglinid)</b></p> <p>lakttag försiktighet, starta med låg dos (0,5 mg) till måltiderna (1-3 ggr/dag) och vid behov trappa upp dosen försiktigt.</p> <p>Risk för hypoglykemi och viktuppgång.</p> <p><b>Insulin human (Insuman Basal)</b></p> <p>Risk för hypoglykemi och viktuppgång</p>
<p><b>Insulin</b></p> <p>Basalinsulin</p> <p>Snabbverkande insulin</p> <p><b>Insuman Basal</b></p> <p><b>Insulin aspart Sanofi**</b> (biosimilar till NovoRapid)</p>					

\* Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 4:2017, tabell VII.

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

# Blod



Nytt på årets lista är att apixaban (Eliquis) läggs till som ett likvärdigt alternativ till rivaroxaban (Xarelto) vid behandling av venös tromboembolism (VTE). En annan nyhet är att järnmaltol (Feraccru) tagits med på listan för behandling av järnbrist.

## Antikoagulantibehandling vid venös tromboembolism

För behandling av VTE hos vuxna rekommenderas i första hand rivaroxaban eller apixaban. Vi har lagt till apixaban på listan då preparatet är minst beroende av njurfunktion vid eliminering, av aktuella NOAK. Apixaban har också en god säkerhetsprofil. (1)

Behandling med Warfarin ges vid antifosfolipidsyndrom och är det enda perorala antikoagulantia som kan ges vid gravt nedsatt njurfunktion (eGFR <15 ml/min).

Senaste åren har studier visat att NOAK (rivaroxaban, edoxaban och apixaban) även kan ges för behandling av cancerassocierad VTE, då de har en likvärdig effekt med lågmolekylära hepariner i att förebygga återfall i trombos. I ett par av studierna förekom en ökad blödningsrisk för tumörer som utgick från magtarmslemhinna och urogenitaltrakten, varför försiktighet bör iaktas vid dessa typer av tumörer, liksom vid förekomst av hjärntumörer (primära samt metastaser). Interaktioner mellan NOAK och cytostatika är vanligt förekommande och bör beaktas. (2-3)

## Covid-19-infektion och trombosrisk

Under året med rådande covidpandemi har det stått klart att Covid-19-infektion kan medföra en ökad risk för VTE. Därför rekommenderas alla patienter som sjukhusvårdas för Covid-19-infektion, trombosprofylax med dalteparin (Fragmin) i avsaknad av kontraindikationer. De svårast sjuka patienterna ges ökad dos trombosprofylax. Vid utskrivning rekommenderas förlängd trombosprofylax i 2-4 veckor med

apixaban eller dalteparin. Även patienter på SÄBO som har riskfaktorer för VTE, som till exempel immobilisering, rekommenderas trombosprofylax vid Covid-19-infektion. För ytterligare information om trombosprofylax och trombosbehandling vid Covid-19 var god se instruktion i ledningssystemet. (4-5)

## Järnbehandling

Vid intolerans, med framför allt gastrointestinala biverkningar, mot per orala järnpreparat kan järnmaltol (Feraccru) övervägas. Feraccru är dock dyrt och ska endast övervägas om andra per orala järnpreparat testats och ej tolererats, som ett alternativ till behandling med intravenöst järn. Feraccru kostar 710 kronor för 100 tabletter (dec 2020), att jämföra med Duroferon som kostar mellan 150 och 180 kronor för 100 st (ej inom förmånen). Preparatet kan även ges till patienter med IBD, dock ej under skov, och har en lindrigare biverkningsprofil än övriga perorala järnpreparat.

---

## Expertgrupp Blod

Josefin Hidman

josefin.hidman@regionvastmanland.se

## Referenser och länkar:

1. [Oral Apixaban for the Treatment of Acute Venous Thromboembolism, G Agnelli et al., NEJM, augusti 2013](#)
2. [Role of direct oral anticoagulants in the treatment of cancer associated venous thromboembolism: guidance from the SSC of the ISTH, JTH, 2018](#)
3. [Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer, G Agnelli et al., NEJM, april 2020](#)
4. [SSC Communication: Clinical Guidance on the Diagnosis, Prevention and Treatment of VTE in Hospitalized Patients with COVID-19, Spyropoulos et al., JTH, maj 2020](#)
5. [PM i ledningssystemet: Trombosprofylax och trombosbehandling vid Covid-19](#)

# Hjärta och Kretslopp

Det är flera företag som vill fylla på vår ”verktygslåda” med läkemedel för hjärt- och kärlsjuka. SGLT-2-hämmarna (Jardiance, Forxiga, Invokana) lämnar alltmer diabetesfållan och står istället och stampar i farstun till hjärta/kärl. De vill komma in som en naturlig del i behandlingsarsenalen vid hjärtsvikt, och vid njursvikt. Sacubitril/valsartan (Entresto) kliver också framåt ett steg, till att vilja utgöra ett självklart verktyg vid behandlingen av hjärtsvikt med sänkt ejektionsfraktion. Det nationella, ordnade införandet för Entresto har avslutats och behandlingen med Entresto kan därför ses som okontroversiell vid hjärtsvikt med sänkt ejektionsfraktion där standardbehandlingen inte gett tillräcklig effekt.

”Det bästa för de flesta” ska vara parollen när vi skapar basläkemedelslistan. Det ska finnas tillräckligt många alternativ i verktygslådan så att jag kan skraddarsy ”Optimal Medical Treatment” (OMT) för min patient. Först när detta inte fungerar, ska jag se mig om efter de nyare alternativ som dykt upp.

Men, är ännu ett ”nytt” läkemedel, verkligen lösningen när det inte fungerar? Hur är patientens förståelse för sin sjukdom? Compliance? Saltintag? Överkonsumtion av alkohol? Rökning? Otillräcklig fysisk aktivitet? Föreligger sömnapné? Det är många, icke-medikamentella steg som ska hanteras innan din patient kan anses optimalt, medicinskt behandlad! I en stor, förvisso amerikansk, studie på över 18 000 patienter, såg man att inte ens hälften av vuxna med hypertoni nådde ner under blodtrycksmålen åren 2017-2018, vilket var en försämring jämfört med tio år tidigare. Hur de exakta förhållandena är i en västmanländsk hypertoni population, vet jag inte, men det tysta ”dödshotet” i form av otillräckligt behandlad hypertoni förtjänas att tas på största allvar!

Vi ska alltså lyckas med konststycket att gå över till en alltmer digitaliserad öppenvårdsmottagning samtidigt som

patienten ska motiveras till att blir mer delaktig i sin vård. Men det kanske går? Hembloodtryck, sockerkurvor, aktivitetsmätare blir allt enklare att hantera och upplevs av många patienter som en välbehövlig, motiverande faktor till ökad medvetenhet kring den egna sjukdomen. Vi kan inte förvänta oss att det finns universallösningar som passar alla, vi får vara öppna för flera olika alternativ, men vi borde kunna nå ett bättre resultat, och ytterligare ett läkemedel i listan är sannolikt inte lösningen.

Basläkemedelslistan för hjärta och kretslopp 2021 är därför oförändrad jämfört med 2020.

---

## Expertgrupp Hjärta och Kretslopp

Ingemar Lönnberg

ingemar.lonnberg@regionvastmanland.se

### Länkar:

1. [EMPEROR-Reduced](#)
2. [DAPA-HF](#)
3. [DAPA-CKD](#)
4. [CREDENCE](#)
5. [Paradigm-HF](#)
6. [ESC/ESH Hypertension guidelines](#)
7. [Trend uppnådda blodtrycksmål 2017-2018](#)

**Nå blodtrycksmålen – och där är läkemedel inte allt!**

# Hud



In i det sista var det osäkert om årets internat med läkemedelskommittén skulle bli av eller inte. Men med corona-kurvorna i sjunkande efter sommaren fick vi ändå möjlighet att ses på plats även i år. Vädret var strålande. Kanalen i Ramnäs spegelblank förutom när läkemedelskommitténs ordförande, efter att ha kontrollerat att GPS:en fungerade ordentligt på klockan, hoppade i för att ta sig sin traditionsenliga simtur.

Läkemedelsändringar och nyheter diskuterades högt och lågt inom och mellan de olika expertgrupperna. Just hudgruppen hade inga stora ändringar att avhandla i år. Vad gäller mjukgörande krämer noterade vi att bland de krämer som har propylenglykol som vätskebindande aktiv substans, Oviderm och Propyderm, är prisläget likvärdigt, men vi väljer ändå att specificera preparatet Oviderm. Vill man ha en mindre fet lotion att smörja med är det Propyless som kan förskrivas vid behov.

Med gynggruppen diskuterade vi det nyttillkomna kombinerade p-pillret Dienorette som har som en indikation måttlig akne, men är inte aktuellt på basläkemedelslistan.

Med hög ackumulerad solexponering och ökande ålder är tilltagande förekomst av aktiniska keratoser i främst ansikte

och skalp snarast regel än undantag. Dessa rodnade, skrovliga hudlesjoner kan och bör om de är diskreta och ytliga hanteras med mjukgörande kräm och solskydd. Annars är det de imikvimodinneållande krämerna Aldara och Zyclara som är förstahandsbehandlingen. Värt att notera i dessa tider är att de kan ge influensaliknande symtom som ovanlig biverkan. En betydligt vanligare reaktion under behandlingstiden är förvärrade hudbesvär med sårigheter innan läkning sker. Under året har en ny krämbehandling mot aktiniska keratoser godkänts. Det är ett topikalt cytostatikum innehållande fluorouracil, med varunamnet Tolak. Om den kommer hamna på basläkemedelslistan framöver får framtiden utvisa.

Något annat framtiden får utvisa är hur nästa höst kommer att se ut. Förhoppningsvis kommer regionens läkemedelskommittérepresentanter också då få möjlighet att träffas på plats för fortsatta värdefulla diskussioner.

---

**Expertgrupp Hud**

**Karin Palmér**

karin.palmer@regionvastmanland.se



# Gynekologi

Årets baslista inom gynekologi är oförändrad jämfört med förra året. Vi fokuserar denna gång i vår artikel på nya preparat som tillkommit eller ökat i förskrivning sedan förra året och belyser några viktiga ämnen.

## Antikonception

I Västmanland har förskrivningen av spiraler gått upp jämfört med tidigare år vilket är helt i linje med att försöka få en ökad användning av långverkande preventivmetoder, dvs spiral eller p-stav. Långverkande metoder har visats vara det alternativ som kvinnor på gruppnivå är mest nöjda med och det minskar kraftigt risken för oönskad graviditet. Det har kommit nationella kvalitetsmål för antikonception med målet att 60 % av kvinnorna ska välja en långverkande metod vid abortsamtal och 40 % vid preventivmedelsrådgivning i öppenvård. Vi ligger fortsatt något under rikets förskrivning av långverkande metoder och fortsätter därför att poängtera vikten av detta även i år.

## Levosert

Det har kommit en ny hormonspiral som heter Levosert och kan jämföras med Mirena i gestagenhalt. Levosert har nu blivit godkänd för 6 års användningstid. Levosert ligger för närvarande på 798 kronor och Mirena kostar 994 kronor. Utseendet på införingshylsan skiljer dem åt och även diametern på insättningsröret, där Levosert har en 0,4mm större diameter. Det skrevs 2 recept på Levosert 2019, varför vi i år har valt att fokusera på information om att Levosert finns och att få en ökad erfarenhet kring denna. En annan nyhet är att man i samband med kejsarsnitt kan sätta in en spiral och då lämpar sig Levosert bättre än Mirena med tanke på införingshylsans utseende.

## Dienorette

Vi har i Västmanland sett en klart ökad förskrivning av Dienorette. Det är ett kombinerat p-piller med indikationen måttlig acne efter behandlingssvikt på topikala behandlingar

eller perorala antibiotika.

Preparatet innehåller dienogest (gestagen) och etinylestradiol (syntetiskt framställt östrogen). Det liknar östrogendominerade p-piller som innehåller drospirenon och etinylestradiol (exempelvis Yaz och dess generika). Båda alternativen har i regel god effekt på acne men det är endast Dienorette som har indikationen i FASS. Kostnaden för Dienorette är 96 kronor/3 månader och ingår i högkostnads-skyddet.

## Slinda

Det har kommit ett nytt medeldoserat gestagenpiller, Slinda. Det innehåller 4 mg drospirenon, har en antiandrogen effekt och ges i en 24/4-regim. Man har valt 24/4-regim för få ett mer förutsägbart blödningsmönster med bortfallsblödning under tablettuppehållet och mindre oregelbundna blödningar. Vid jämförelser med Desogestrel sågs färre dagar med blödning/spotting samt även färre patienter med långvarig blödning. Slinda ingår inte i högkostnadsskyddet och ligger nu på ca 300 kr/3 månader att jämföra med Desogestrel som kostar ca 90 kronor/3 månader. Slinda kan ses som ett alternativ till kvinnor som ej kan använda östrogen och får besvärliga biverkningar av desogestrel (ex humör, blödning).

## Klimakteriebesvär

Under föregående år har det till och från varit en restsituation kring östrogenplåstret Estradot och även de andra transdermala östrogenalternativen. För närvarande ser situationen bättre ut varför vi inte gör någon förändring på listan.



Långverkande preventivmetod ofta ett bra val.



## Dysmenorré

En stor andel kvinnor besväras av dysmenorré, dvs smärtsam menstruation, och omkring 10 % av kvinnor i fertil ålder besväras av endometriosis som kan vara orsak till uttalad dysmenorré. Basbehandling av dysmenorré är full dos paracetamol kombinerat med NSAID där ofta naproxen rekommenderas som förstaval. Hormonell behandling bör övervägas tidigt i förloppet med målsättningen blödningsfrihet eller åtminstone kraftigt minskad blödning. Första handsvalet är kombinerade p-piller i långcykelbehandling, det vill säga att man hoppar över placebotabletterna och kontinuerligt tar de hormoninnehållande tabletterna. Även hormonspiral och desogestrel minskar effektivt blödnings-

mängd och smärta. Kopparspiral skall undvikas då det tenderar att öka smärtan. Ovanstående basbehandling kan initieras av primärvården och utvärderas efter ca 3 månader och patienten behöver inte genomgå en ultraljudsundersökning innan. Om smärtan inte viker trots kombination av hormonell och smärtstillande behandling så får man remittera patienten till gynekolog för vidare utredning.

---

### Expertgrupp gynekologi

**Emma Hultqvist och Helena Engström**

[emma.hultqvist@regionvastmanland.se](mailto:emma.hultqvist@regionvastmanland.se)

[helena.engstrom@regionvastmanland.se](mailto:helena.engstrom@regionvastmanland.se)





# Urologi

## Stensmärter

Diklofenak har associerats med större risk för allvarliga hjärt-kärlhändelser samt ekotoxicitet än andra COX-hämmare. Läkemedel med den substansen, i tablett- och kapselform, blev därför receptbelagda från och med 1 juni 2020. Av dessa anledningar rekommenderas att förskrivning av diklofenak begränsas i möjligaste mån.

Dock väljer vi att rekommendera smärtlindring med diklofenak 75 mg intramuskulärt vid behandling av stensmärter (kan upprepas vid otillräcklig effekt till max dos 150 mg). Diklofenak stolpiller kan förskrivas på recept om risk för återkommande smärter. Vår bedömning är att det handlar om ett fåtal patienter, som får god lindring.

Ketorolak är ett alternativ. Till patienter med nedsatt hjärt-, lever- eller njurfunktion kan morfin övervägas. Vid egenvård rekommenderas paracetamol, naproxen eller ibuprofen.

## Avflödeshinder vid prostataförstoring

Vid lindriga besvär och okomplicerade tillstånd rekommenderas alltid exspektans.

När behandling är aktuell bör en alfa-1-receptorblockerare provas först. Alfa-1-receptorblockerare (t.ex. alfuzosin) underlättar urinavflödet genom att relaxera muskulatur i blåshals och prostata med snabbt insättande effekt. Full effekt uppnås inom ca fyra veckor, varpå en utvärdering bör genomföras. Beakta risk för ortostatisk hypotoni och fall.

Vid otillräcklig effekt och prostataförstoring rekommenderas 5-alfa-reduktashämmare (finasterid) som minskar körtelns storlek och sänker PSA. Behandlingseffekten kan utvärderas först efter ca 6 månader. Biverkningarna är relativt få: impotens (7–10 %), minskad libido (5 %), ejakulationsstörning (1 %) och gynekomasti (1 %).

Eftersom effekten av 5-alfa-reduktashämmare inträder långsamt kan man med fördel kombinera finasterid med alfuzosin under de första sex månaderna. Efter 6–12 månader kan ofta alfa-1-receptorblockeraren sättas ut.

Vid utebliven förbättring eller tilltagande symtom bör kirurgi övervägas.

## Nokturi - Natlig polyuri

Ett mycket vanligt symtom som rapporteras vid utredning av miktionsbesvär är nokturi. Termen nokturi syftar på sömnstörande nattliga miktionsstillfällen. Symtomet är ospecifikt och kan bl.a. bero på godartad prostataförstoring, överaktiv blåsa, hjärtsvikt och nattlig polyuri.

Nattlig polyuri är ofta en missad diagnos och definieras med nattlig urinproduktion som överstiger 30% av den totala dygnsurinvolymen. Det viktigaste utredningsverktyget av nokturi är miktionslistan, där tidpunkt och volym dokumenteras vid varje blåstömning i två dygn.

Nattlig polyuri, om bekräftad, kan behandlas med desmopressin, en ADH-analog som ökar återupptaget av vatten i proximala tubuli. Vätskeintag är viktigt att iaktta i samband med denna behandling.

Ökad känslighet både vid insättande och vid dosökning har visats bland kvinnor och äldre personer. Natrium bör kontrolleras inför och 3 dagar efter insatt behandling/dosökning hos patienter > 65 år (risk för hyponatremi). Könsanpassad dosering av desmopressin är möjlig med val av lämpligt preparat.

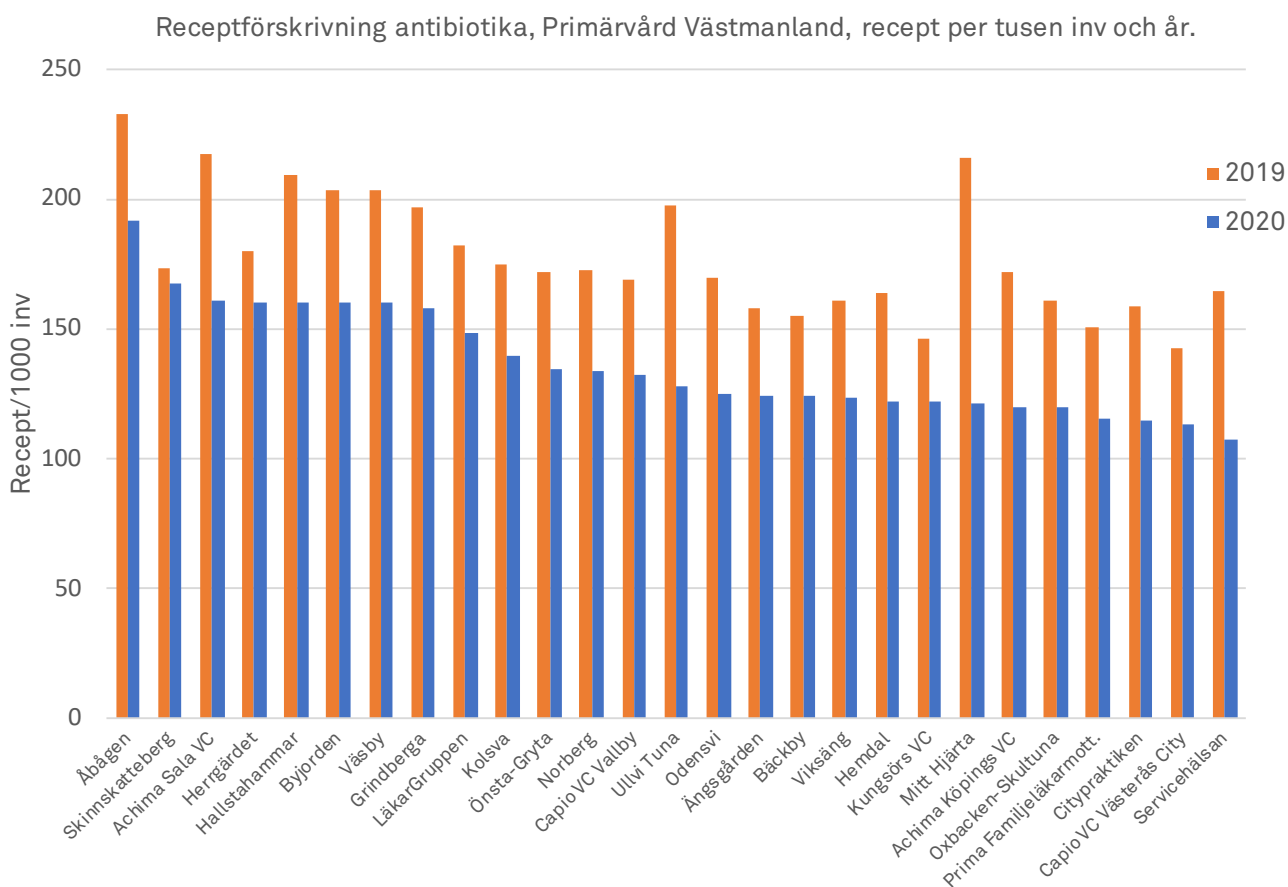
---

## Expertgrupp Urologi

### Vasileios Souvleros

vasileios.souvleros@regionvastmanland.se

# Infektion – Strama



Inga förändringar bland rekommenderade antibiotika till Basläkemedel 2021. Men vi har fått en förhandsvarning om att kapsel Ery-Max kommer att avregistreras under året. De beräknas försvinna under hösten 2021. Den flytande beredningen kommer fortfarande att vara tillgänglig.

En rekommendation om alternativ där erytromycin är rekommenderat kommer att tas fram nationellt av Strama i samarbete med Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket. När det är klart kompletteras den digitala basläkemedelslistan med aktuella rekommendationer.

Som en följd av de restriktioner som införts med anledning av pandemin, har vi också sett en minskad spridning av

andra infektioner, vilket bedöms vara ett av skälen till en kraftigt minskad antibiotikaförskrivning. Det nationella målet på maximalt 250 recept per 1000 invånare och år, sågs länge som ouppnåeligt. Slutresultatet 2020 hamnar faktiskt lägre än så, på 241 recept per 1000 invånare och år.

Utmaningen för kommande år blir att behålla antibiotikaförskrivningen på samma låga nivå.

Expertgrupp Infektion/Strama

Carina Westberg

carina.westberg@regionvastmanland.se



Utmaningen för kommande år blir att behålla antibiotikaförskrivningen på samma låga nivå.

# Smärta och inflammation

## NSAID

NSAID-rekommendationer i baslistan 2021 skiljer sig inte på något sätt från 2020 då det inte händer så mycket inom det området. En kort påminnelse om att all smärtbehandling bör vara individanpassad, starta med lägsta effektiva dos under en begränsad period och utgå från tänkbara smärtmekanismer. SBU's genomgångar och stora metaanalyser bekräftar den klena effekten hos många smärthämmande mediciner vid långvarig smärta, vid de vanligaste smärttillstånden, särskilt hos den äldre patientgruppen. Därför är det viktigt att tänka till en extra gång på vilket preparat

som förskrivs för att biverkningarna inte ska överstiga nyttan med behandlingen. Samtidigt är det av stor vikt att behandla akut smärta snabbt och adekvat för att förhindra utveckling av långvarig svårbehandlad smärta.

## NSAID till gravida

Värt att påminna om aktuella rekommendationer gällande användning av NSAID under graviditet och amning när sådan behandling är nödvändig, särskilt till patienter med inflammatoriska ledsjukdomar. Kontinuerlig behandling med icke-selektiva NSAID under graviditet bör om möjligt undvikas men



kan vid behov, och med lägsta möjliga dygnsdos, ges fram till trimester 3 (det vill säga t.o.m graviditetsvecka 28). Välj preparat med kort halveringstid såsom ibuprofen i icke depå-beredning. Kontinuerlig behandling bör ske i samråd med obstetiker så att fosterövervakning planeras för kontroll av eventuell oligo- hydramnios och för tidig slutning av ductus arteriosus. NSAID kan påverka implantation. Vid upprepade missfall och infertilitet seponera därför NSAID. Data för selektiva COX-2 hämmare under graviditet är otillräckliga varför behandling bör undvikas.

### Naproxen förstahandsval

Naproxen är fortfarande förstahandsvalet inom COX1-gruppen. Detta tack vare en neutral kardiovaskulär biverkningsprofil och att den är mer miljövänlig än diklofenak. Diklofenak-föreskrivningen bör upphöra av patientsäkerhets- och miljökäl. COX2-hämmaren etoricoxib (Arcoxia) är att föredra för patientgruppen med nociceptiv inflammatorisk smärta och tidigare ulcusanamnes eller vid magtarmsbesvär och samtidigt behov av långvarig användning i kombination med kortison och ASA-preparat. Var god se Fass.se gällande dosering av etoricoxib vid artros, artrit och gikt. Effekten av topikala NSAID-beredningar (geler) är liten men ger få biverkningar och nästan all substans spolats ut med duschvattnet. Särskilt skadligt för naturen är diklofenak (Voltaren-gel) och vi bör av flera skäl i alla sammanhang avråda våra patienter från att använda sådan gel. För den som av någon anledning ändå vill använda NSAID-gel istället för tablett finns det ibuprofen gel (Ipren gel) som är ett mer miljövänligt alternativ.

### Gikt

Vid akut giktbehandling rekommenderas NSAID, kolkicin eller prednisolon. Valet avgörs av eventuell komorbiditet eller kontraindikationer. Tyvärr har vi under hösten 2020 och vintern 2021 fått en restsituation för Colrefuz 500 mikrogram (Kolkicin). Dispens är beviljad för försäljning av utländsk förpackning avsedd för den danska marknaden. Dispensen gäller längst till och med 2021-03-31. Patentet på Colrefuz har gått ut och därför finns generiska alternativ som i skrivande stund inte marknadsförs i Sverige. Kolkicin APL kapsel 0,25 mg finns i Cosmic under icke godkänt läkemedel, kan förskrivas istället för Colrefuz (2 kapslar 0,25 mg motsvarar 1 tablett 500 mikrogram). Om behovet inte kan tillgodosas av läkemedel godkända i Sverige finns möjlighet

att ansöka om licens för läkemedel godkänt i annat land.

Vid profylaktisk giktbehandling rekommenderas allopurinol i första hand. Dostitrering och optimering av allopurinoldosen för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L är tyvärr fortfarande en utmaning särskilt hos patienter med nedsatt njurfunktion. Ofta krävs högre doser (300–600 mg/dag) för att uppnå behandlingsmål av s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt <300 µmol/L. Starta alltid med allopurinol 100 mg x 1 och höj dosen successivt var 3:e-4:e vecka med 100 mg. Ge aldrig mer än 300 mg vid samma dostillfälle. Högre doser fördelas till 300 mg x 2 eller som max x 3. Tveka inte att starta allopurinol även vid nedsatt njurfunktion, börja dock med allopurinol ½ tablett (50 mg/d) vid eGFR <30 ml/min eller ½ tablett varannan dag vid eGFR <20 ml/min. Efter ca 6–8 veckor kan dosen stegvis höjas tills behandlingsmålet uppnås. Överväg insättning av uratsänkande behandling redan vid första attacken under skydd av kolkicin och/eller prednisolon (profylax upp till 6 mån) hos högriskpatienter som med stor sannolikhet kommer att få fler giktanfall. Högriskpatient är den som får första giktattacken vid ålder <40 år, uratnivå >480 µmol/L, förekomst av tofi, skelettpåverkan/leddestruktion på röntgen, multipelt ledengagemang, uratnjursten, komorbiditet som njursvikt, hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtsvikt. Vid intolerans eller kontraindikation för allopurinol finns febuxostat (Adenuric). Båda är xantinoxidashämmare. Adenuric är subventionerad som andrahandsval vid profylaktisk giktbehandling. Till skillnad från allopurinol är behovet av dostitrering obefintligt med Adenuric. Effektiv start och underhållsdos är 80 mg x 1. Nya studier visar ingen ökad dödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid användning av febuxostat. Dosjustering kan övervägas vid eventuella biverkningar eller om behandlingsmålet uppnås redan på 40 mg febuxostat, dvs ½ tablett x 1 (godkänd dos i USA i form av Uloric är 40 mg eller som max 80 mg). Om målnivån för s-urat inte uppnås på xantinoxidashämmare (allopurinol eller febuxostat) i monoterapi trots dosoptimering eller högsta tolererade dos, bör kombinationsbehandling med probenecid prövas om eGFR >30 ml/min.

---

### Expertgrupp smärta och inflammation

Milad Rizk

milad.rizk@regionvastmanland.se



**Grunden för lyckad giktbehandling är sänkningen av s-urat, på alla möjliga sätt, för att uppnå behandlingsmål s-urat <360 µmol/L eller vid tofös gikt <300 µmol/L.**

## Användning av opioider

Det görs framsteg inom området smärta och långvarig smärta men det är inte inom utvecklingen av läkemedel som framstegen görs utan inom området hur vi bör använda dem. Det förtjänar att upprepas.

Bifogar nedan utdrag av det Statement som IASP (International Association for the Study of Pain) tagit fram och som vilar på evidens och beprövad erfarenhet från världen över.

Opioider ska användas när det behövs för akut bruk men kontinuerlig långvarig behandling av långvarig smärta är ingen god idé, så kan budskapet sammanfattas.

*-IASP strongly advocates for access to opioids for the humane treatment of severe short-lived pain, using reasonable precautions to avoid misuse, diversion, and other adverse outcomes. At the same time, IASP recommends caution when prescribing opioids for chronic pain. There may be a role for medium-term, low-dose opioid therapy in carefully selected patients with chronic pain who can be managed in a monitored setting. However, with continuous longer-term use, tolerance, dependence, and other neuroadaptations compromise both efficacy and safety. Chronic pain treatment strategies that focus on improving the quality of life, especially those integrating behavioral and physical treatments, are preferred. IASP also strongly advocates for continued research to identify ways to minimize opioid risk and find effective alternatives to opioids for the treatment of various pain problems.*

Vi är alltså på rätt väg i Regionen där instruktioner nu finns som kan vägleda till bättre handhavande av dessa läkemedel och framförallt så arbetar vi med implementering av kunskapen. Västmanlands modell har nu inspirerat flera regioner att göra liknande åtgärder. I region Kalmar har vi under året haft tre seminarier med 150 deltagare per gång, innan Corona fysiska möten, och sedan digitalt.

Närmast planerar vi att lansera mallar för korttidsanvändning av morfin i låg dos. Ett annat förslag är att giltighetstiden för opioidrecept, men även recept på andra beroendeframkallande läkemedel, begränsas.

Vi har länge rekommenderat morfin som första opioidval, liksom övriga läkemedelskommittéer i Sverige, men den rekommendationen har dessvärre mycket bristande följsamhet. Att använda morfin gör det tydligare att det är morfin som skrivs ut, det är möjligt att ge lägre doser och man slipper räkna morfinkvivalenta doser, inte minst vid nedtrappning och utsättning. Det har inte alltid varit tydligt att oxikodon 10 mg motsvarar 20 mg morfin vilket ofta ger höga startdoser. Tyvärr dominerar oxikodonpreparaten i praktiken men ambitionen är att ändra på det. Käppar i hjulet för strategin har framförallt varit leveranssvårigheterna av depotpreparat av morfin, men sannolikt även marknadsföring. Vi hoppas leveransfrågor ska kunna lösas under nästa år och vi för dialog med läkemedelsbolag i frågan liksom att få morfin i lägre dos och i små förpackningar.

Tillsammans behöver vi alltså ta ytterligare steg mot en förnuftigare användning av dessa läkemedel, helt i linje med internationella rekommendationer. Det hänger i slutänden på förskrivande läkare hur framgångsrika dessa steg blir.

---

Expertgrupp Smärta och inflammation

Mats Rothman

mats.rothman@regionvastmanland.se

Länkar:

[IASP Statement on Opioids](#)

**Opioider ska användas när det behövs för akut bruk men kontinuerlig långvarig behandling av långvarig smärta är ingen god idé.**

# Neurologi

## Migrän

Vi har infört ändringar i basläkemedelslistan för 2021 för att utöka möjligheterna till förebyggande behandling mot migrän inom primärvården. Metoprolol och topiramat finns kvar, men vi lägger till amitriptylin och kandesartan som andrahandsalternativ jämte topiramat. Amitriptylin är ett etablerat preparat inom smärtbehandling och det har väldokumenterade effekter både vid kronisk migrän och kronisk spänningshuvudvärk. Vanligt förekommande doser inom specialistvården är 10–40 mg till natten. Sedvanlig start med låg dos och långsam upptrappning, till exempel 10 mg / varannan vecka.

Kandesartan har inte indikation förebyggande behandling vid migrän i FASS-texten men det finns små studier som visar signifikant positiva effekter jämfört med placebo. Det är ett preparat som är välkänt inom primärvården för hypertoni-behandling. Det tolereras väl av de flesta patienterna. Den nya basläkemedelslistan överensstämmer nu bättre med Svenska huvudvärkssällskapets riktlinjer för behandling av migrän.

## Epilepsi

Ur läkemedelssynpunkt inga nyheter under året. Vi har ett antal epilepsiläkemedel att tillgå som specialistpreparat. Lamotrigin och levetiracetam står kvar i basläkemedelslistan. De är välkända läkemedel med förhållandevis begränsade biverkningar och lite interaktioner med andra läkemedel. Det är preparat som används frekvent inom specialistvården och de är välkända preparat även inom primärvården.

## Parkinson

Inga ändringar vad gäller basläkemedelslistan för 2021. Inom specialistvården jobbar vi aktivt med att identifiera patienter som kan vara hjälpta av mer avancerad behandling, som pumpbehandling och Deep Brain Simulation (DBS).

## Sekundärprofylax vid ischemisk stroke

Nytt för 2021 är att vi återinför acetylsalicylsyra på listan jämte clopidogrel. Acetylsalicylsyra har fortfarande en plats i terapiarsenalen och bör därför finnas med i listan.

”Vid stroke utökas trombektomi-fönstret till 24 timmar och tillfällig dubbel trombocythämning för behandling av icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA införs.”

## Nyheter inom strokevården

Sveriges regioner i samverkan publicerade 15e maj dokumentet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA, vilket är ett av de nya vårdförloppen framtagna enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner för att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården.

Det har inneburit ett stort arbete för landets stroke-enheter att gå genom måldokumentet och säkerställa att man redan följer målen eller har planer för hur man ska uppnå målen. Strokegruppen Västmanland har aktivt jobbat med att ta fram instruktioner för alla nyheter nu under sommaren och hösten 2020.

Två nyheter är särskilt värda att belysa:

Utökandet av trombektomifönstret till 24 timmar samt införandet av tillfällig dubbel trombocythämning för behandling av icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA.

Intravenös trombolyt är som bekant välanvänt vid akut reperfusionbehandling av ischemisk stroke inom 4.5 timmar men på senare år har även mekanisk trombektomi med 'stent retriever' kommit att bli alltmer använt. Trombektomi kan användas med eller utan föregående trombolyt beroende på insjuknandetiden, och trombolyt kan ges under ambulanstransport som så kallad "ship and drip".

För att hitta patienter aktuella för trombektomi med en centralt belägen ocklusion i ett stort blodkärl som arteria cerebri media utför vi därför utöver en DT hjärna också en DT angiografi av artärerna från hjärtat och till toppen av skallen på alla strockelarm. Nativ DT + DT-angiografi vid strockelarm är standard i hela landet.

Tidigare var trombektomi möjlig upp till 6 timmar efter insjuknandet, men undantag gjordes för vissa tromber i bakre cirkulationen där intervention kunde göras senare. I och med resultatet från studierna DAWN och DEFUSE3 som båda publicerades våren 2018 har indikationen för trombektomi kunnat utökas till hela 24 timmar efter insjuknandet.

Tidigare pratades det mycket om att "tid är hjärna" vilket fortfarande är viktigt att tänka på, där tid till intervention är direkt avgörande för hur mycket hjärnvävnad som kan räddas. Nu pratas det också mycket om att "hjärna är tid" där det syftas på de individuella förutsättningar varje patient har att klara en total ocklusion av ett blodkärl, genom att hjärnvävnaden får syre och näring, delvis, kortvarigt, genom kollateralcirkulationen.

Vad man insett är att även om upp emot 24 timmar har gått sedan insjuknandet, och delar av hjärnan har infarcerat,





så kan det fortfarande finnas ett stort område kvar att rädda. Men även de områdena kommer att infarcera på sikt om inte tromben avlägsnas.

Man vill trombektomera patienter med 'mismatch' mellan symtom och radiologi, alltså patienter med påtagliga symtom men ännu inte stor infarcerad vävnad. För att skilja ut dessa patienter kommer det nu rekommenderas att samtliga sjukhus som handlägger strokepatienter ska komplettera DT-hjärna och DT-angiografi med en speciell röntgen kallad DT-perfusion. Denna ska utföras hos patienter som insjuknat inom 6 - 24 timmar och som bedöms vara aktuella för behandling. Med hjälp av en kombination av olika bilder som blodflöde och blodvolym kan en bild tas fram av hur stor del av hjärnan som redan är infarcerad respektive hur stor del som ännu lever, men som kommer att gå under om inte tromben avlägsnas. Detta kommer innebära en stor omställning i det akuta omhändertagandet. Tidsramen för strokelarm kommer utökas från 12 till 24 timmar vilket innebär nya rutiner för ambulanssjukvården. Representanter för akutmottagningen, ambulansen och röntgen har därför medverkat under höstens strokemöten. DT-perfusion har fått högsta prioritet i Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter resultaten från studierna CHANCE och POINT kommer det även från i år att införas rekommendation avseende dubbel trombocythämning vid icke-kardioembolisk minor stroke eller högrisk-TIA. Detta har fått prioritet 3 på Socialstyrelsens rekommendationer. Som minor stroke avses patienter med NIHSS-poäng under eller lika med 3 och som högrisk-TIA avses patienter med ABCD2-score över eller lika med 4.

### **ABCD2-score:**

Ålder (**A**ge) >60 år 1 poäng.

**B**lodtryck >140/90 ger 1 poäng.

Klinisk presentation (**C**linical presentation) med ensidig svaghet ger 2 poäng och talsvårigheter utan svaghet ger 1 poäng.

**D**uration >60 minuter ger 2 poäng, 10 - 59 minuter 1 poäng och <10 minuter 0 poäng. **D**iabetes i sjukhistorien ger 1 poäng.

Dessa patienter kommer att behandlas med kombinationen acetylsalicylsyra 75 mg + clopidogrel 75 mg 1 tablett dagligen vardera i 3 veckor för att sedan föras över till singelbehandling med enbart en trombocythämmare.

Vissa patienter kommer att ha förlängd eller till och med livslång dubbel trombocythämning och det gäller då framför allt de med mycket avancerad precerebral eller intracerebral storkärlssjukdom.

På Stroke- och neurologisektionen ska vi se till att remisserna till primärvården innehåller tydliga behandlingsplaner för dessa patienter.

---

### **Expertgrupp Neurologi**

**Per-David Alm**

per.david.alm@regionvastmanland.se

**Hannes Frejd**

Hannes.frejd@regionvastmanland.se

### **Länkar:**

[Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA](#)



# Psykiatri



Det som är nytt i årets Basläkemedellista för psykiatri är att zopiklon tas bort. Anledningen till beslutet är ökad evidens att hypnotika inklusive zopiklon bör användas med försiktighet och inte som förstahandsbehandling för sömnstörningar.

Sömnen är en viktig och nödvändig grundläggande funktion. Under sömnen utsöndras hormoner och vi bearbetar minnen och intryck så att hjärnan och kroppen återhämtar sig för att fungera optimalt under den vakna tiden. Sömnstörningar är vanligt förekommande i befolkningen. Sömnbesvär ökar med åldern och är vanligare hos kvinnor.

## Sömnstörningar

Sömnstörningar är ett övergripande begrepp som innefattar fyra huvudgrupper: insomni, dygnsrytmrubbning, hypersomni, parasomni.

Sömnstörningar kan också delas i primära och sekundära.

Insomni är ett tillstånd där individen upplever otillräcklig otillfredsställande sömnmängd, vilket medför en nedsättning av individens välbefinnande och funktionsförmåga.

Behandling av insomni bör ge förutom en förlängd nattsömn också bättre funktion och mindre upplevda besvär under dagen.

Enligt definitionen av insomni/sömlöshet i DSM-5 krävs det att personen uttrycker stark otillfredsställelse med sömnens längd eller kvalitet, vilket visar sig på ett eller flera av följande sätt.

1. Svårt att somna.
2. Svårt att förbli sovande: täta uppvaknande eller svårt att somna om efter att ha vaknat upp
3. Vaknar tidigt på morgonen och kan inte somna om.

Sömnsvårigheterna inträffar minst 3 nätter i veckan och föreligger i minst tre månader.

## Diagnos

För att diagnosticera insomni måste man först utesluta andra vanliga orsaker till sömnbesvär som andra sömn- och vakenhetsstörningar, fysiologiska effekter av någon substans (illegala droger, läkemedel) psykiatriska samt medicinska tillstånd som kan påverka sömnen.

Vanliga orsaker till sömnbrist kan också vara psykologiska störningar som stress inför besvärliga livsomständigheter, dålig sömnhygien, (24-timmars samhälle, olämplig sovmiljö).

Första steget när man träffar patienter med sömnproblem är en grundlig anamnes och vid behov vidare utredning. Att låta patienter registrera sömndagbok under en till två veckor kan vara ett bra hjälpmedel.

En inte så ovanlig grupp är patienter med framskjuten sömnfas. Dessa patienter kan ha stora problem med insomningen men när väl sömnen initieras kan de sova sammanhängande 7-8 timmar. Vid dygnsrytmrubbningar skall hypnotika inte användas.

## Behandling Läkemedel

Man ser idag att insomni behandlas i stor omfattning med läkemedel. Kortvarig behandling är det som rekommenderas, men receptförskrivningsstudier visar att många, särskilt de gamla får behandling under lång tid.

Det preparat som länge har rekommenderats som ett förstahandsalternativ har varit zopiklon. Enligt SBU finns det



begränsat vetenskapligt underlag för att det ökar den totala sömntiden, minskar antalet uppvaknanden under natten och leder till ökad sömnkvalitet, jämfört mot placebo vid behandling av insomni i upp till fyra veckor.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av zopiklon vid behandling som pågår mer än fyra veckor. Det är också otillräckligt för att bedöma effekter av hypnotika på dagtidfunktion, hälsa och livskvalitet.

Komplikationer och biverkningar så som trötthet, yrsel, och minnesstörning förekommer vid behandling med hypnotika. Paradoxa effekter till exempel sömngångarbeteende kan också förekomma

### Behandling KBT

Till skillnad från zopiklon minskar KBT insomningstiden, vakentiden under natten och graden av sömnbesvär (måttligt vetenskapligt underlag) samt leder till ökad sömnkvalitet jämfört med passiv kontroll på väntelista, både på kort och längre sikt (begränsat vetenskapligt underlag)

Insomni är oftast av mer kronisk karaktär. Sömn-läkemedel är en kortsiktig lösning och användning under längre tid kan leda till svårare problem och tolerans för preparaten.

Många av våra vardagliga beteenden är invanda och inlärdade mönster. Detta gäller också i högsta grad för sömn och insomningsrutiner. Sömn-läkemedelsanvändandet kan mot denna bakgrund komma att betingas till sömn-förmågan, varvid patienten får ett psykologiskt beroende till sömnmedel. Om preparatet dessutom har beroende-

egenskaper av fysiologisk natur, kommer det att manifesteras rebound eller abstinens vid plötsligt utsättande. Detta är oftast svårt att särskilja från den initiala sömnstörningen. Båda dessa faktorer bidrar till att sömnmedelsbehandlingen kan vara svår att avsluta.

När bakomliggande faktorer är utredda och åtgärdade bör man alltid välja sömnhygieniska insatser och KBT för sömnstörning före läkemedel.

KBT är en multikomponent behandling och det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att sömnrestriktion och stimulus-kontroll som är basen i insomni-KBT är effektiva både tillsammans och var för sig. Dessa metoder syftar till att tvinga kroppen in i en fungerande sömnrytm och att återta sängen som en plats för sömn

---

### Expertgrupp Psykiatri

Adina Velica

adina.velica@regionvastmanland.se

### Länkar:

[Läkemedelsboken Sömnstörningar Jerker Hetta ; Åke Schwan Levnadsvanor -Sömn- Nationellt klinisk kunskapsöversikt SBU Behandling av sömnbesvär hos vuxna](#)

[Janusinfo](#)

[Sov Gott – en lite bok för sömlösa och andra som vill sova bättre](#)

# Andningsorganen

Den medicinska kunskapens vind blåser än hit, än dit – är det fantastiskt eller oroväckande....?

Vad gäller baslistan planeras inga förändringar, men vi vill informera om de nya vindar som blåser inom astma/ KOL-området.

## Astma

Vad gäller astma så kommer troligen MART-behandlingen att rekommenderas i Sverige framöver.

MART - Maintenance And Relief Therapy, dvs kombinationspreparat med inhalationssteroid (ICS) och en långverkande betaagonist (LABA) med snabb effekt tas vid behov. Genom detta får patienten i sig kortison då sjukdomen är dåligt kontrollerad. Formoterol är i nuläget den enda snabbt insättande betaagonisten med långvarig effekt, som finns i kombination med ICS.

Biologisk behandling finns vid svår refraktär eosinofil astma. Det är viktigt att identifiera dessa patienter för att minska symptom och/eller minska kortisonbehandling.

## KOL

För patienter med symptom, oftast dyspné, startar behandlingen med långverkande antikolinergika (LAMA) eller LABA. Om patienten blir bättre på den behandlingen kan man prova kombinationen LAMA+LABA, det kan ge ytterligare förbättring. Patienten kan ha nytta av en snabbare övergång till dubbelbehandling.

## ICS och KOL.

Man lyfter mer och mer betydelsen av att inte bara neutrofiler, utan även eosinofiler bidrar till inflammationen vid KOL. ICS ges för att förebygga exacerbationer. Hos KOL-patienter med eosinofiler över  $0.3 \times 10^9$  eller dubbeldiagnos KOL och astma är ICS alltid indicerat. Oavsett eosinofilnivå testas trippelbehandling (ICS+LAMA+LABA) hos patienter med exacerbationer (dock tveksam effekt om  $<0,1 \times 10^9$  enligt studier).

För kännedom så har som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för KOL tagits fram. Vårdförloppet inleds vid misstanke om KOL och avslutas när en skriftlig behandlingsplan upprättats tillsammans med patienten och ett första uppföljningsbesök har genomförts.

Och sist men inte minst glöm inte att spray med spacer ger samma effekt som nebulisator. Individuell bedömning krävs ändå.


Det viktigaste vid behandling av astma eller KOL är att patienten kan hantera sin inhalator på rätt sätt!

---

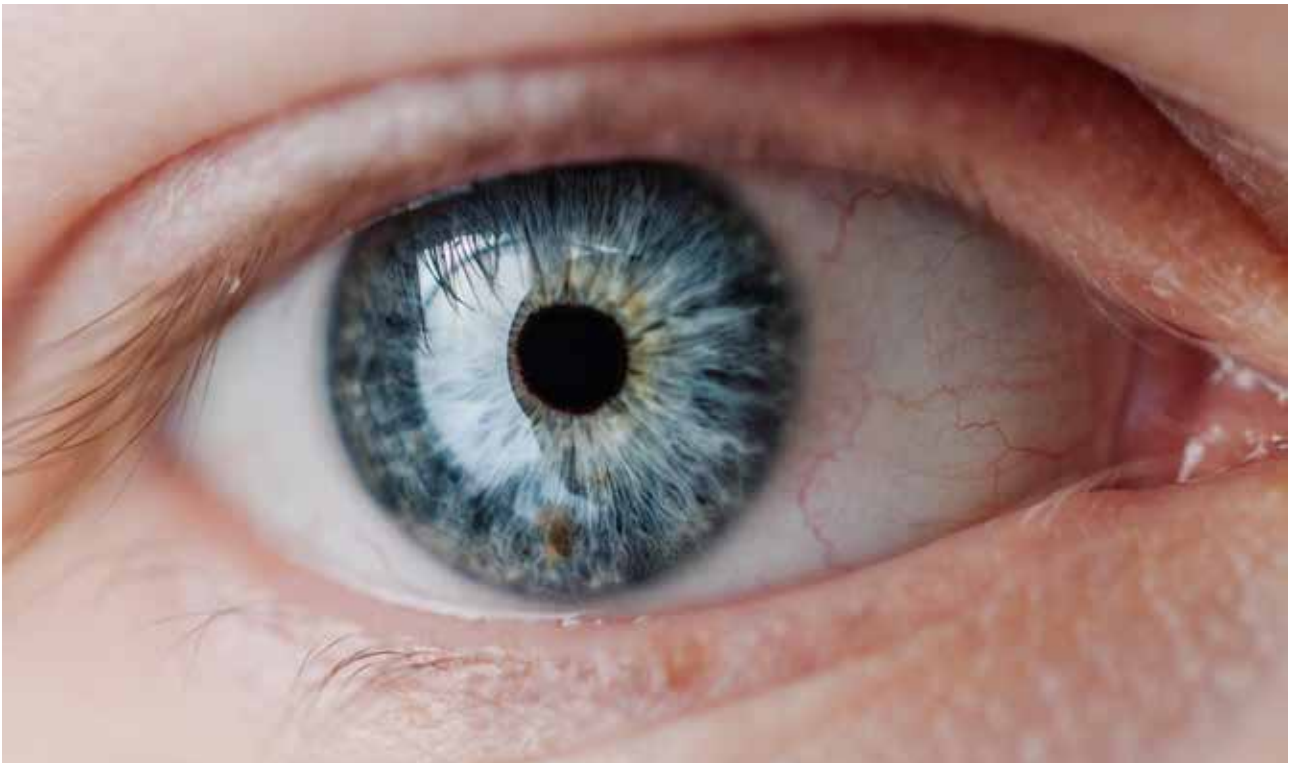
## Expertgrupp Andningsorganen

Länkar:

[Vårdförloppet KOL](#)



Det viktigaste vid behandling av astma eller KOL är att patienten kan hantera sin inhalator på rätt sätt!



# Ögon

Årets nyhet på ögonfronten är Lecrolyn Sine som nu kommit i flaska utan konserveringsmedel. Den ses som ett billigare alternativ än Lecrolyn endospipetter.

Som alla preparat med natriumkromoglikat har den en relativt långsamt insättande effekt, som kommer först efter 1-2 veckors behandling. Verkningsmekanismen är att förhindra degranulering av mastcellen. Lecrolyn har en fördel över Lomudal då den har en liten mängd tårsubstitut som hjälpämne.

Rena antihistaminpreparat såsom Livostin har snabbare effekt men ses som mindre skonsamma vid långtidsbehandling och innehåller konserveringsmedel. Dessa preparat står kvar som förstahandsbehandling och ges med fördel vid kortare, milda-måttliga besvär.

Opatanol som är kombinerad antihistamin och mastcellsstabiliserare har inte visat sig överlägsen i studier men uppfattas i klinisk vardag som bättre än ovanstående preparat. Zaditen tillhör samma klass och finns till skillnad mot Opatanol även att tillgå receptfritt, dock är priset betydligt högre.

Såväl för allergiögon droppar som tårsubstitut bör man bedöma huruvida patienten är berättigad till recept med förmån eller ej. Samtliga tårsubstitut och allergiögon droppar på listan finns att köpa receptfritt frånsett Opatanol. Många moderna tårsubstitut är inte registrerade läkemedel och kan därför inte förskrivas på recept, men har en mer avancerad sammansättning jämfört med de få som är registrerade läkemedel. Till syvende och sist är det dock

oftare en fråga om dosering än preparatval där droppning 6-8 gånger per dag kan krävas.

Värt att påminna om är att Fucithalmic med sin snäva terapeutiska bredd och potentiella resistensproblematik utgick från listan föregående år till fördel för kloramfenikol. Kloramfenikol får förskrivas av sjuksköterska med förskrivningsrätt.

**Tårsubstitut - oftare en fråga om dosering än preparatval där droppning 6-8 gånger per dag kan krävas.**

På forskningsfronten sker mycket inom ögonområdet nu och mest uppmärksamhet har läkemedlet Luxturna fått som behandlar en ovanlig ärftlig näthinnesjukdom med genterapi genom att återställa en bristande enzymfunktion. NT-rådet avråder från användning av läkemedlet och i USA ligger prisnivån uppskattningsvis kring 4 miljoner kronor för behandling av ett öga.

---

## Expertgrupp ögon

Philip Wolf

philip.wolf@regionvastmanland.se

# Recept eller egenvård



En nyhet på Basläkemedel 2021 är texten som finns på baksidan om egenvårdsbehandling.

## Hänvisa till egenvårdsbehandling vid:

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

## Kortvariga besvär

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

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

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

## Långvariga besvär

Torr hud och torra ögon är vanligt förekommande, speciellt under vintertid och med ökande ålder. Men det är inte indikation för receptförskrivning. På apoteken finns en lång rad mjukgörande krämer och lotioner som apotekspersonalen kan informera om. För torra ögon har även många optiker ett stort utbud. Se även ögonklinikens skrivning i Lednings-systemet angående tårsubstutut och receptförskrivning, där anges även vid vilka indikationer receptförskrivning kan vara indicerat, till exempel facialis pares, Sjögrens eller annan autoimmun sjukdom.



### Kostnader

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

För lindriga sjukdomar där råd kan fås på apotek och läkemedlen inköpas för egna pengar, ska inte kostnaderna belasta samhället genom receptförskrivning, oavsett om patienten/kunden har frikort eller inte.

Regionens kostnad för tårsubstitut förskrivet på recept uppgår till ca 2 miljoner kronor per år, ungefär hälften är förskrivet på ögonkliniken, resterande i första hand inom primärvården. Mjukgörande läkemedel förskrivs för drygt 5 miljoner kronor per år, varav nästan 4 miljoner förskrivs inom primärvården. Hur stor andel som förskrivs enligt de begränsningar som finns i förmånssystemet går inte att säga.

Det kan också vara ekonomiskt fördelaktigt för patienten att köpa läkemedlet utan recept, åtminstone för de som inte har frikort för vård och/eller läkemedel. Till exempel kan du få 30 tabletter desloratadin för 21 kronor utan recept (70 öre/tab). En 30-förpackning förskrivet på recept kostar 56:- - periodens vara dec 2020 - (1,85/tab), en 100-förpackning 71,50 (71 öre/tab).

---

**Carina Westberg**  
informationsapotekare  
carina.westberg@regionvastmanland.se

#### Länkar:

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

# Hänt sen sist

## Läkemedelsverket

### Theralen tabletter avregistrerade

1 januari avregistrerades Theralen tabletter. Theralen orala droppar kommer troligen inte att tillhandahållas men för dropparna finns generiskt alimemazin att tillgå.

### Coronavacciner kan få undantag för produktinformation

För att underlätta tillverkning och distribution av coronavacciner inom EU finns det möjlighet för tillverkare att ansöka om vissa undantag från kraven på bipacksedel och märkning. Undantag kan till exempel innebära att ett vaccin inte levereras med en svensk bipacksedel på papper.

### Rapportera misstänkta biverkningar – coronavacciner

Nu är det särskilt viktigt att rapportera biverkningar som kan vara kopplade till de nya vaccinerna mot SARS-CoV-2. Läkemedelsverket uppdaterar kontinuerligt inkomna rapporter och på en hemsida uppdateras information om dessa varje vecka.

## TLV

### TLV vill komma längre med kombinationsbehandlingar på cancerområdet

En del av lösningen för att fler patienter ska få tillgång till kombinationsbehandlingar kan vara att skapa en nationell plattform, där regioner och företag kan komma överens om olika förhandlingslösningar i samband med att två eller flera läkemedel kombineras med varandra.

### Prissänkingsbeslut för vissa lagerberedningar ska tillämpas från den 11 januari 2021

Priset för tablett Melatonin AGB, samtliga styrkor, sänktes den 11 januari 2021 från 755 kr till 134 kr (100 tabl).

## Läkemedelskommittén

### Theralen – alternativ

För tabletterna på 5 mg finns inget motsvarande generiskt alternativ, endast icke delbara kapslar på 20 mg. Från APL går det att beställa kapslar med alimemazin på 5 mg, men detta är i nuläget ren extempore, dvs finns inte som vara i Cosmic. 100 kapslar kostar över 1400 kr.

## Vår klippa lämnar oss

Ett stort avbräck för läkemedelskommittén och inte minst bulletinen är det att Carina nu går i pension. En välförtjänt sådan – Carina har under väldigt många år varit ryggraden i kommittén och år efter år sett till att baslista, bulletin, och besök hos familjeläkare blivit av. Statistik har plockats fram i tid och otid, till och med region Stockholm som annars har stora resurser har haft god hjälp av henne i vår samverkan om läkemedelsprognoser. Dessutom är hon en mycket trygg och uppskattad kollega!

Vi tackar dig Carina för allt du utträttat och betytt och önskar Dig en härlig tid som pensionär! Det blir nog en ny databas med golfgrunder och ridturer.

