

Rapport om läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

NR 211 • FEBRUARI 2018



Text: Maria Palmetun Ekbäck och Birgitta Lernhage, Läkemedelscentrum

Långvarig smärta

REFERAT FRÅN LÄKEMEDELSINFORMATION PÅ VÅRA VILLKOR (LIVV) 2018-02-07

Huvudbudskap från LIVV-dagen

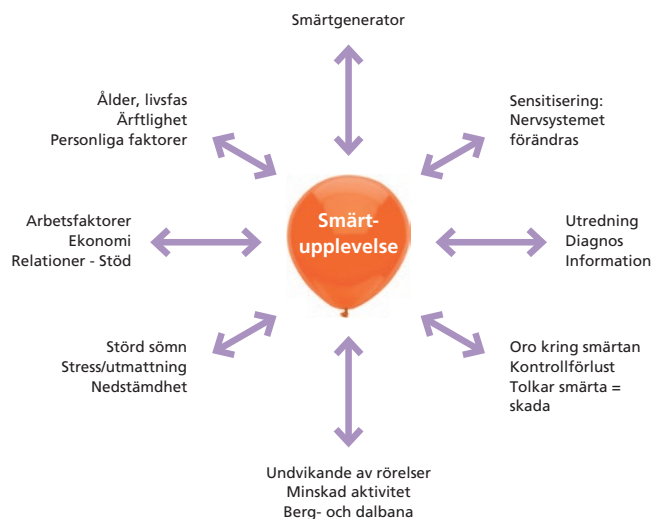
- **Vid all långvarig smärta (> 3 månader) sker en central sensitisering.**
Sjukdomar där central sensitisering spelar roll för smärtutvecklingen är t ex reumatoid artrit, artros, postoperativ smärta, smärta efter stroke, migrän, neuropatisk smärta och IBS. Fibromyalgi är en form av central sensitisering.
- **Behandling av långvarig smärta kräver läkarkontinuitet.**
- **I första hand ska insatser av icke farmakologisk karaktär, såsom fysisk aktivitet, multimodal rehabilitering och KBT-inriktad terapi användas.**
- **Att informera patienten om det långvariga smärttillståndet och de bakomliggande patofysiologiska mekanismerna (broschyr finns, se sid 3) har i sig smärtlindrande effekter.**
- **Farmakologisk behandling ska endast komplettera annan behandling.**
- **Opioidbehandling har i de flesta fall ingen plats vid långvarig smärta och rekommenderas ej.**
Långvarig opioidbehandling leder hos många patienter till ökad smärta, risk för beroende och påtagligt försämrad livskvalitet.

Långvarig smärta

Ca 20 % av befolkningen har långvarig smärta.

Långvarig smärta är komplex, och har flera samverkande bakomliggande faktorer. Den fysiologiska "igångsättningsmekanismen" är inte längre generator till smärta.

Psykosociala faktorer kan genom en stressreaktion inducera neuroendokrina förändringar som på sikt medför en ändrad smärttolerans. Detta kan innebära att en bristande smärthämning av ett i sig lågt afferent impulsflöde leder till smärta. Hög grad av sårbarhet, låg hanteringsförmåga, katastroftänkande har samband med ökad förekomst av långvarig smärta. Ekonomi, socialt stöd, arbetssituation och kulturella förhållanden spelar en viktig roll för upplevelsen av smärttillståndet. Tidigare traumatiska upplevelser, såsom misshandel och sexuella övergrepp, har också visat sig vara av betydelse vid långvarig smärta.



forts sid 2 »

Kartlägg smärta tidigt

Varifrån kommer smärtan och vilken typ av smärta har patienten? Finns malignitetsmisstanke? Det är viktigt att ha ett biopsykosocialt perspektiv och kartlägga riskfaktorer som sömnbrist, depression, rörelserädsla och katastroftankar.

Vid akut smärta har VAS-skalan en given plats. Vid långvarig smärta är smärtupplevelsen multifaktoriell och VAS-skalan fångar inte komplexiteten.

Multimodal smärtehabilitering

Då farmakologisk behandling i princip aldrig "botar" en långvarig smärta bör alltid beteendepåverkande behandlingsstrategier övervägas. För att detta ska vara möjligt krävs en noggrann utredning/bedömning av smärttillståndet. Fokus är att höja funktionsnivån, vilket indirekt leder till minskad smärtupplevelse. Långtidsuppföljning är nödvändig, annars kan uppnådda beteendeförändringar sällan bibehållas.

Smärta och opioidbehandling

Starka opioider har en viktig plats i behandlingen av SVÅR SMÄRTA, men inte utan problem... Opioider har god effekt vid akut smärtbehandling. Evidensen för smärtlindring på lång sikt av starka opioider är svag och de ger då vare sig bättre funktion eller livskvalitet. Nackdelar med opioidbehandling är biverkningar, sviktande effekt, hormonrubbingar, ökad smärtkänslighet, risk för tolerans/beroende samt läckage av legalt förskrivna opioider till missbrukskretsar.

Alla opioider är beroendeframkallande. Beroendeutvecklingen går dock betydligt långsammare med en svag opioid (kodein, tramadol).

Bland de starka opioiderna har oxikodon, fentanyl och ketobemidon utmärkt sig genom att ge en snabb beroendeutveckling.

Om man ska behandla med en stark opioid är Morfin förstahandsval.

Icke opioidkänslig smärta

Icke opioidkänslig smärta är muskelanspänning (t ex spänningshuvudvärk), central neuropatisk smärta, plexusskador eller idiopatisk smärta/sensitisering.



Opioidendokrinopati, hyperalgesi och tolerans/beroende är andra orsaker till sviktande opioideffekt.

Opioidbiverkningar

Opioidspecifika biverkningar är illamående, trötthet, klåda, förstoppning och muntorrhet. För de två sistnämnda utvecklas inte tolerans över tid.

Opioidendokrinopati med grava hormonella störningar på könshormoner (svettning, sexuell dysfunktion, menstruationsrubbing, bröstförstoring, energibrist, kraftlöshet) kan uppträda. Även påverkan på binjurebark-, tyreoida- och tillväxthormon kan förekomma. Förändrad funktion i HPA-axeln (Hypothalamic Pituitary Axis) kan leda till sömnsvårigheter och stress.

Opioidberoende är en "hjärnsjukdom"

Vid opioidberoende ses funktions- och strukturförändringar i frontalloben, vilket leder till försämrat omdöme. Mot denna bakgrund kan patientens medbestämmanderätt vid val av behandling inte tillämpas, vilket är ett etiskt dilemma.

Riskpatienter för att utveckla ett beroende är bl a patienter med psykiatrisk samsjuklighet, särskilt vid ångesttillstånd.

Varningssignaler för problematiskt bruk av opioider är dosökning, upprepade akutbesök, flera förskrivare, borttappade recept/tabletter, att patienten kräver injektionsbehandling, uppger multipel "läkemedelsallergi" och har stor farmakologisk kunskap.

Ansvarsfull förskrivning av potentiellt beroendeframkallande läkemedel

Innan behandling med opioider inleds ska risken för beroendeutveckling och problematiskt bruk värderas och en vårdplan upprättas. Upprätta ett avtal med patienten, se nedan. Den förskrivare som påbörjar opioidbehandling är skyldig att följa upp medicineringen tills den formellt överlämnas och accepteras av annan förskrivare.

Avtal vid förskrivning av beroendeframkallande läkemedel

Läkarens ansvar:

- Att göra en riskvärdering för beroendeutveckling görs med hjälp av anamnes samt all tillgänglig journalinformation samt begära tillgång till läkemedelsförteckningen över uthämtade läkemedel
- Informera patienten om risk för toleransökning och beroende
- Journalföra en behandlingsplan med uppföljning
- Erbjuder nedtrappning om beroende förekommer
- Avbryta behandling om missbruk, hot eller våld förekommer

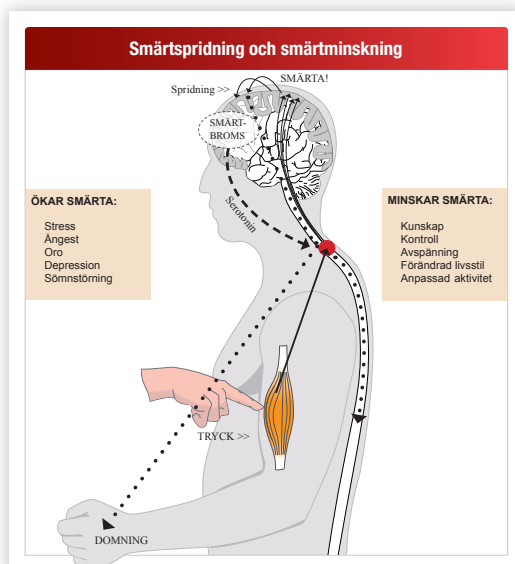
Patientens ansvar:

- Att inte höja dosen utan kontakt med din läkare
- Att ge din läkare tillgång till läkemedelsförteckningen över uthämtade läkemedel
- Att lämna blodprover och övervakat urinprov om din läkare begär det

Vid problematiskt bruk rekommenderas:

- Läkarebesök med drog-, alkoholscreening
- Patienten fyller i 1–2 veckors läkemedelsdagbok
- Sök efter samsjuklighet, hjälpmedel: skattningsformulär AUDIT, DUDIT, PHQ-9/MARDS/M.I.N.I

Medverkande på LIVV-dagen var Anette Holmfred, Patrick Ugge, Annica Rhodin, Heiko Botman, Björn Strandell, Awat Jalal, Anders Lundin och moderator Maria Palmetun Ekbäck. Föreläsarnas powerpointbilder finns utlagda på Läkemedelskommitténs hemsida: www.regionorebrolan.se/lakemedel



Patientbroschyren "Långvarig smärta" kan man se och även skriva ut från Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel/under/Broschyre/kort/lathundar/Patientinformation

Broschyren kan även beställas från Läkemedelskommittén, lakemedelskommitten@regionorebrolan.se

Text: Louise Olsson, CAMTÖ Region Örebro län

Nya möjligheter till granskning av evidens i Uppsala-Örebroregionen

Samverkansnämnden har beslutat om en gemensam HTA-funktion i Uppsala-Örebroregionen baserat på ett HTA-råd och HTA-enheten CAMTÖ. Därmed finns möjlighet att få hjälp att granska evidensen för sjukvårdens metoder inom sjukvårdsregionen.

Det är självklart att sjukvården ska stå på vetenskaplig grund, säger vi. Men handen på hjärtat, hur går det till vid införandet av nya metoder för diagnostik och behandling, ny utrustning och nya arbetssätt? Och hur är det med allt det gamla som hängt med av bara farten?

Kunskapsläget utvecklas och det marknadsförs oupphörligen nya produkter. Det strikta regelverket vid införandet av nya läkemedel är ett viktigt framsteg. Men allt annat inom sjukvården då?

HTA (health technology assessment) innebär en kartläggning av det vetenskapliga underlaget för de metoder som används inom hälso- och sjukvården. Det handlar om nytta och risk för patienter men också om etik och hälsoekonomi.

CAMTÖ – Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro – startades 1999 för att främja en evidensbaserad vård.

Från 2016 har samverkansnämnden beslutat om samverkan kring HTA-frågor i Uppsala-Örebroregionen. Man beslutade att CAMTÖ ska vara en sjukvårdsregional resurs och man inrättade ett sjukvårdsregionalt HTA-råd. Representant från Region Örebro län är Håkan Geijer.



Regionala läkemedelsrådet och HTA-rådet har etablerat kontakt för att identifiera frågor av gemensamt intresse. HTA-rådet kommer att medverka vid Läkemedelsforum 2019 och kort därefter inbjuder CAMTÖ till 20-årsjubileum.

Har du förslag på metoder som behöver utvärderas? Läs mer på www.regionorebrolan.se/camto. Välkommen att höra av dig!

Medlemmar i det sjukvårdsregionala HTA-rådet:

Ordförande Louise Olsson, docent i kirurgi och chef för CAMTÖ Region Örebro län
Kärlkirurg och Med dr Sverker Svensjö Landstinget Dalarna, Urolog,
Med dr och verksamhetschef i kirurgi och urologi Johan Hansson Region Gävleborg, Hälsoekonom och läkare Kjell-Ola Engman Landstinget Sörmland, Kardiolog och professor Johan Sundström Region Uppsala, Sjukgymnast och Med dr Maria Klässbo Landstinget i Värmland, Ulrika Elfsgren, bibliotekschef Landstinget i Värmland, Sjuksköterska och Med dr Anna Letterstål Region Västmanland samt Radiolog och docent Håkan Geijer Region Örebro län

Nya behandlingsalternativ vid prostatacancer

Bakgrund

Prostatacancer är den i särklass vanligaste cancerformen hos män och årligen diagnostiseras i Sverige drygt 10 000 nya fall. I takt med ökad PSA-testning (PSA = prostata specifikt antigen) har andelen tidiga lokaliserade prostatatumörer successivt ökat och utgör i dagsläget omkring hälften av alla nydiagnostiserade fall och samtidigt har vi sett en kraftig minskning av antalet fall med metastaserad sjukdom.

Behandling

Standardbehandling av lokaliserad prostatacancer är radikal prostatektomi eller strålning. Vid lågrisktumör är förstahandsvalet aktiv monitorering, vilket innebär att man initialt avvaktar med behandling och erbjuder behandling först då tumören under uppföljningstiden visar tecken till progress. Vid lokalt avancerad tumör erbjuds i allmänhet hormonbehandling i kombination med strålning.

I de fall där tumören redan vid diagnos är metastaserad finns ännu så länge ingen botande behandling. Ända sedan 40-talet och fram till våra dagar har hormonbehandling (kirurgisk eller medicinsk kastrering) varit det enda alternativet för dessa patienter. Hormonbehandlingen har en mycket bra symtomlindrande effekt och en majoritet av patienterna svarar på denna typ av behandling. Tyvärr är behandlingseffekten övergående och förr eller senare progredierar tumören, med eller utan metastasering, och blir resistent mot behandlingen, ett tillstånd som benämns kastrationsresistens (CRPC/MCRPC). Detta kan ha flera orsaker som reaktivering av androgen signalering bland annat genom kvarvarande androgenproduktion i binjurarna, uppreglering av intratumoral testosteronproduktion, modifiering av biologiska karakteristika hos androgenreceptorn eller andra steroidrelaterade parallella signalvägar.

Flera nya behandlingsalternativ har medfört förbättrad överlevnad

Glädjande nog har en dramatisk förändring skett under de senaste åren, parallellt med den snabba utvecklingen inom det molekylärbiologiska området. Flera nya behandlingsalternativ som visats ge förbättrad överlevnad har introducerats och man kan utan överdrift påstå att vi upplevt ett paradigmskifte vad gäller behandling av prostatacancer. Tidigare har cytostatika haft en mycket liten roll när det gäller behandling av prostatacancer.

Docetaxel (Taxotere)

2004 introducerades docetaxel (Taxotere) som andra linjens behandling vid CRPC/MCRPC och ger en medianöverlevnadsvinst på cirka 3-5 månader, dock till priset av en hel del biverkningar. Detta gör att många patienter, ofta äldre med komorbiditet, inte kan bli aktuella för denna typ behandling.

Abirateronacetat (Zytiga)

Några år senare, 2012, registrerades abirateronacetat (Zytiga) för behandling av MCRPC efter svikt på Taxotere. Zytiga hämmar enzymet CYP-17, ett enzym som deltar i androgensyntes i prostatavävnad, testikel och binjure. Den androgena signaleringsvägen är aktiv även i detta skede av sjukdomsutvecklingen och genom att hämma den intratumoral testosteronproduktionen kan man hos en stor andel av patienterna få ett bra behandlingssvar med en medianöverlevnadsförbättring på ca 4 månader. Dock finns en stor variation, där en del patienter (uppskattningsvis ca 20 %) inte svarar alls, medan andra kan få en remission på upp till 1-2 år.

Enzalutamid (Xtandi)

Året därpå, 2013 registrerades ytterligare ett preparat, enzalutamid (Xtandi) på samma indikation. Xtandi är ett antiandrogen som inte bara hämmar androgenets bindning till androgenreceptorn utan även androgen-androgenreceptorkomplexets translokering till cellkärnan och dess bindning till DNA.

Zytiga och Xtandi anses effektmässigt vara likvärdiga och båda godkändes för behandling av metastaserad prostatacancer som sviktat på Taxoterebehandling. Numera är båda preparaten även godkända för behandling av män med metastaserad kastrationsresistent prostatacancer som är asymtomatisk eller har milda symtom efter svikt på kastrationsbehandling innan cytostatikabehandling.

Ett problem vid införandet av båda preparaten har varit kostnadsaspekten, då preparaten är mycket dyra med en månadskostnad på cirka 26 tkr och det var först efter lång tid och segdragna förhandlingar som preparaten 2015 införlivades i läkemedelsförmånen. Förutom kostnadsaspekten återstår många frågor att besvara vad gäller det optimala användandet av dessa preparat. Frågor som bland annat handlar om när i sjukdomsförloppet behandlingen skall sättas in, prognostiska biomarkörer som talar om vilka som svarar på och har nytta av behandlingen, i vilken ordning preparaten skall ges och i vilka kombinationer preparaten skall ges.

Nya studieresultat

Helt nyligen publicerades resultaten från två stora randomiserade studier (Latitude och Stampede), som inkluderade patienter med nydiagnostiserad hormonnäva metastaserad prostatacancer. Idag är standardbehandlingen av dessa patienter hormonbehandling kombinerad med cytostatika (Taxotere).

I de två studierna jämfördes enbart hormonbehandling (3 månader med GnRH depotinjektion) mot hormonbehandling plus Zytiga/prednison. Efter i median 30 månaders uppföljning (Latitude studien) var risken för att patienten avlidit 38 % lägre bland dem som lottats till Zytiga, jämfört med i kontrollgruppen. Tillägget av Zytiga sköt också upp tiden till att sjukdomen försämrats, från median 15 månader till 33 månader. Uppföljningstiden är dock ännu för kort för att man skall kunna uttala sig om i vilken utsträckning överlevnaden påverkas.

I stort sett samstämmiga resultat uppnåddes i Stampedestudien. Resultaten talar således för att man kan ge Zytiga i stället för cytostatika, åtminstone till äldre och patienter med komorbiditet som inte bedöms tåla cytostatika, då biverkningarna är betydligt lindrigare. Jämförande studier mellan cytostatika och Zytiga i detta avseende finns ännu inte.

De här mycket positiva resultaten kommer naturligtvis att påverka klinisk praxis och innebär också att vårdriktlinjerna behöver ses över. Ett hinder för ett brett införande är givetvis åter kostnadsaspekten, då detta innebär att ett betydligt större antal patienter än idag kan bli aktuella för denna behandling som dessutom kommer att pågå under längre tid.

Flera nya läkemedel inom de närmaste åren

För närvarande pågår utvärdering av ett antal nya läkemedel (t ex PARP-hämmare) för behandling av CRPC/MCRPC och sannolikt kommer vi att se flera nya läkemedel inom de närmaste åren.

Läkemedelsforum

– Sveriges största möte i sitt slag!



För tionde gången har Mellansvenskt läkemedelsforum genomförts, denna gång i Uppsala. 740 deltagare kom till Uppsala Konsert & Kongress. Forum arrangeras av Läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebroregionen och är helt oavhängigt läkemedelsindustrin. Boka in 6–7 februari 2019 – då går Mellansvenskt läkemedelsforum av stapeln i Västerås. Innehåll väljs för att passa både primärvårds- och sjukhusläkare samt är även lämpligt för läkare under utbildning. Under ett par dagar gavs möjlighet att uppdatera sig inom flera terapiområden med stor bredd. Nedan presenteras några korta "highlights" från föredragen.

Att dosera läkemedel vid njursvikt

- I de allra flesta kliniska situationer räcker det att skatta patientens GFR (eGFR), vilket ger en noggrannhet på $\pm 30\%$.
- Oftast kan ordinarie laddningsdos ges utan hänsyn till eGFR.
- Dosanpassning vid nedsatt njurfunktion kan ske genom att minska dosen och/eller öka doseringsintervallet. Vid antibiotikabehandling är det ofta lämpligt att öka doseringsintervallet för att få tillräckligt hög toppkoncentration. För läkemedel med smal terapeutisk bredd t ex antiepileptika och antiarytmika måste dosen minskas.
- Antibiotika som är potentiellt toxiska är t ex aminoglykosider, vankomycin och trimetoprim-sulfa. För trimetoprim-sulfa görs serumkoncentrationsbestämningar vid grav njursvikt. De övriga monitoreras även vid normal njurfunktion med serumkoncentrationsbestämningar.
- Hjärt-kärlläkemedel som kräver dosanpassning är t ex ACE-hämmare, Candesartan, Atenolol och Sotalol. Vid användning av ACE-hämmare eller ARB ska kontroll av krea och p-kalium göras 1–2 veckor efter behandlingsstart. En kreastegring på 25 % kan accepteras.
- Kontrollera alltid i FASS vid dosering av läkemedel till patienter med njursvikt.

Mellansvenskt läkemedelsforum



Irritable bowel syndrome

- Grunden i behandlingen är att ge patienten en tydlig diagnos! Respektfullt patientbemötande och god patient-läkarrelation medför mindre vårdkonsumtion.
- Utred ej för mycket. Hb, CRP och transglutaminasantikroppar räcker för patienter som ej har "larmsymtom".
- Farmakologisk behandling väljs efter patientens symtomprofil. Vid IBS med diarré är loperamid förstahandsval. Vid IBS med förstoppning är bulkmedel t ex Inolaxol förstahandsval. Vid IBS med smärtproblematik kan amitriptylin i låg dos provas. Vid kramper kan ett antikolinergikum (Egasil) provas.

Hud-/mjukdelsinfektioner

- Resistensen hos de gramnegativa bakterierna är nu större än resistensen hos de grampositiva bakterierna.
- Undvik onödig antibiotikabehandling vid bensår. Att hitta bakomliggande orsak är viktigare för att få såret att läka.
- Vid bensår är första steget att skilja på arteriella och venösa sår. Börja med att ta ett ankeltryck (ABI). Arteriella sår har ett sänkt ankeltryck ($0 < \text{ABI} < 0,8$) eller kraftigt förhöjt ($\text{ABI} > 1,4$).
- Venösa bensår behandlas i första hand med kompression. Vid arteriella sår krävs kärlkirurgisk intervention. Revidera aldrig arteriella sår. En omläggning av såväl arteriella som venösa bensår som man kan inleda med i primärvården är: Betnovat med chinoförm kräm runt såret, Pron-tosan gel eller Nu-gel i såret och Mepilex vanlig kompress på såret.
- Ovanliga agens vid sårinfektioner är *Mycobacterium marinum*, *Francisella tularensis* och *Leishmania*.

Mycobacterium marinum kan ge en långsamt progredierande hudinfektion (oftast på händerna). Typiskt ses violetta noduli eller papler, samt lätt rodnad över infektionsområdet. Odling görs på hudbiopsi.

Det finns flera former av *tularemia* och den ulceroglandulära formen dominerar i Sverige. En papel som sedan ulcererar uppstår på stället för myggbett. Däremot saknas vanligtvis rodnad runt såret. Regionala lymfkörtlar förstöras. Vid försenad eller utebliven antibiotikabehandling förstöras körtlarna ytterligare (kan bli hönsäggsstora) samt smälter och rupturerar med rikligt varflöde.

Vid kutan *leishmaniasis* är inkubationstiden efter bett av sandmyggor allt ifrån några veckor till månader. Såret är ofta smärtfritt och kan ha en vallartad kant, men stora kliniska variationer förekommer (nodulärt, hyperkeratiskt eller vårtliknande). Såren är lokaliserade till den delen av huden som exponeras nattetid. Hos personer med sår som inte vill läka och på sedvanlig behandling – tänk på att fråga om utlandsvistelse.

Den vardagliga reumatologin

- Positiv ANA i låga titrar är vanlig även hos friska individer och frekvensen ökar med stigande ålder.
- Anti-CCP har högre sensitivitet och specificitet än reumatoid faktor (RF) för diagnosen reumatoid artrit (RA).
- Vid RA tar det 5–8 månader från debuten innan förändringar syns på röntgen.
- Vid polymyalgia reumatika kan 75 % av patienterna trappa ner och avsluta steroidbehandling inom 2 år.

Utmattningssyndrom

- Stress är ändamålsenligt, kan stimulera till stordåd och kan vara livräddande. Men stress kan leda till medicinska problem om situationen överstiger våra resurser och det inte ges tillfälle till återhämtning.

- KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale) kan användas för att skilja utmattningssyndrom från normal trötthet. Skalan behandlar följande teman: koncentrationsförmåga, minne, fysisk uttrötthet, uthållighet, återhämtningsförmåga, sömn, överkänslighet för sinnesintryck, upplevelse av krav, irritation och ilska. KEDS-poäng är relaterat till sjukskrivningsbehov.
- Det är viktigt med prevention för rehabiliteringstiden är mycket lång och 25 % återfaller i utmattningssyndrom. Att tillgodose basala existensiella behov såsom meningsfullhet, autonomi, social betydelse och värdighet är viktiga hörnstenar.

PTSD

- Vid PTSD ska följande symtomgrupper föreligga: återupplevande, rädsla, negativ känslomässig påverkan och undvikande.
- Traumafokuserad KBT har bäst evidens. För ögonrörelseterapi (EMDR) finns viss evidens. Läkemedel utgör inget förstahandsval, men har effekt vid psykiatrisk samsjuklighet.

D-vitamin

- Observationella studier hos vuxna har pekat på ett samband mellan låga vitamin D-nivåer och en ökad risk för cancer, kardiovaskulär sjukdom, diabetes, neurodegenerativa sjukdomar och mortalitet. **Randomiserade kontrollerade studier (RCT) har dock inte bekräftat något samband mellan D-vitaminintägg och minskad sjukdomsförekomst av ovanstående tillstånd.**
- I en RCT-studie publicerad i Pain 2014 såg man minskad muskuloskeletal smärta vid D-vitaminbehandling, men effekten var lika stor i placeboarmen.

Födoämnes- och läkemedelsallergi hos barn och vuxna

- Vanliga myter om allergi: Amning har inte visats minska risken för utveckling av allergisk sjukdom eller sensibilisering. Inte heller finns det belägg för att den blivande eller den ammande mamman ska undvika något livsmedel för att minska risken för allergisjukdom hos barnet. Man minskar inte risken för allergier hos barnet genom att skjuta upp introductionen av fast föda.
- Luftburen exposition av jordnötter kan ge symtom från exempelvis luftvägarna, men ger inte upphov till anafylaxi hos en jordnöttsallergiker.
- Korsreaktion mellan jordnöts- samt hasselnöts- och björkpollenallergi förekommer. Vid positivt svar på RAST mot jordnöt eller hasselnöt får man även på en del laboratorier svar på om man har den variant som kan ge anafylaxi.
- < 2 % får anafylaxi någon gång under livet, men ca 5 % är i riskzonen. Risken att dö av anafylaxi är mindre än risken att träffas av blixten.
- Betalaktamantibiotika är vanligaste orsaken till läkemedelsreaktion hos barn. Peroral provokation med penicillin kan användas i de flesta fall för att utesluta allvarlig allergi mot penicillin. Vid utslag utan klåda, magbesvär med illamående – diarré krävs ingen utredning och penicillin kan åter ges vid behov.

Föreläsarnas powerpointbilder finns utlagda på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel/under/Lakemedelsrekommendationer/Mellansvenskt_lakemedelsforum



BIVERKAN?
INDIKATION?
NJURFUNKTION?

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre



GULDPILLRET

*Belönad med Dagens Medicins
utmärkelse Guldpillret 2014*

REGIONALA LÄKEMEDELSRÅDET I UPPSALA -
ÖREBRO OCH LÄKEMEDELSKOMMITTÉN
REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

En ny reviderad upplaga av behandlingsrekommendationerna har nu kommit. Den finns i form av en tryckt lathund i praktiskt fickformat som kan beställas från Läkemedelskommittén,

lakemedelskommitten@regionorebrolan.se

Lathunden finns även på Läkemedelskommitténs hemsida,

[www.regionorebrolan.se/lakemedel/under
Läkemedelsrekommendationer/Äldre och läkemedel](http://www.regionorebrolan.se/lakemedel/under/Lakemedelsrekommendationer/Äldre_och_lakemedel)

Patientinformation

Information om omeprazol och andra protonpumpshämmare

Att sluta med behandlingen



Region Örebro län

Information om omeprazol och andra protonpumps- hämmare – att sluta med behandlingen

Läkemedelskommittén har tagit fram en patientbroschyr med information om att avsluta behandling med protonpumpshämmare. Broschyren innehåller bl a ett nedtrappningsschema samt beskriver risken för reboundeffekt om man tvärt avslutar en behandling som pågått mer än 1–2 månader.

Broschyren kan man se och även skriva ut från Läkemedelskommitténs hemsida, [www.regionorebrolan.se/lakemedel/under
Broschyror/kort/lathundar/Patientinformation](http://www.regionorebrolan.se/lakemedel/under/Broschyror/kort/lathundar/Patientinformation)

Broschyren kan också beställas från Läkemedelskommittén,
lakemedelskommitten@regionorebrolan.se



Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema: **Guldorn från den nya boken Rekommenderade läkemedel 2018-2019**

Tid: **Onsdag 16 maj 2018 kl 13-17**
i Wilandersalen, M-huset USÖ

Program: Inledning - Den nya boken Rekommenderade läkemedel
Refeeding syndrom
Glaukom och kliniska tips vid behandling av ögonåkommor
Hosta och kärlek går inte att dölja
GOLD 2017 och nyheter vid behandling av KOL
Klimakteriebesvär – värdet av att behandla
Njurfunktion och läkemedelsbehandling – absolut och relativ eGFR
Palliativ vård samt ordination i sen palliativ fas
Omeprazol – risk-nytta
Läkemedelsförskrivning i Örebro län

Detaljerat program kommer att skickas ut med nästa nummer av Rapport om läkemedel.

Välkommen!

Läkemedelskommittén

INNEHÅLL

Långvarig smärta.	1–3
Referat från Läkemedelsinformation på våra villkor (LIVV) 2018-02-07.	
Nya möjligheter till granskning av evidens i Uppsala-Örebroregionen	3
Nya behandlingsalternativ vid prostatacancer	4
Läkemedelsforum – Sveriges största möte i sitt slag!	5–6
Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre	7
Information om omeprazol och andra protonpumpshämmare	7
– att sluta med behandlingen	
Guldorn från den nya boken Rekommenderade läkemedel 2018–2019.	8
Läkemedelsinformation på våra villkor 2018-05-16.	

Redaktionsråd:

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Överläkare Mårten Prag
Informationsläkare Michael Holmér
Informationsläkare Ulf Rothelius
Apotekare Birgitta Lernhage

Redaktör:

Apotekare Birgitta Lernhage
E-post:
birgitta.lernhage@regionorebrolan.se
Ansvarig utgivare:
Överläkare Maria Palmetun Ekbäck

Adress:

Läkemedelskommittén
Läkemedelscentrum
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro
Tel. 019-602 23 10

Läkemedelskommitténs hemsida:
www.regionorebrolan.se/lakemedel

Tryck och distribution:

Trio Tryck
Layout:
Factum



Region Örebro län