

Rapport om

Läkemedel

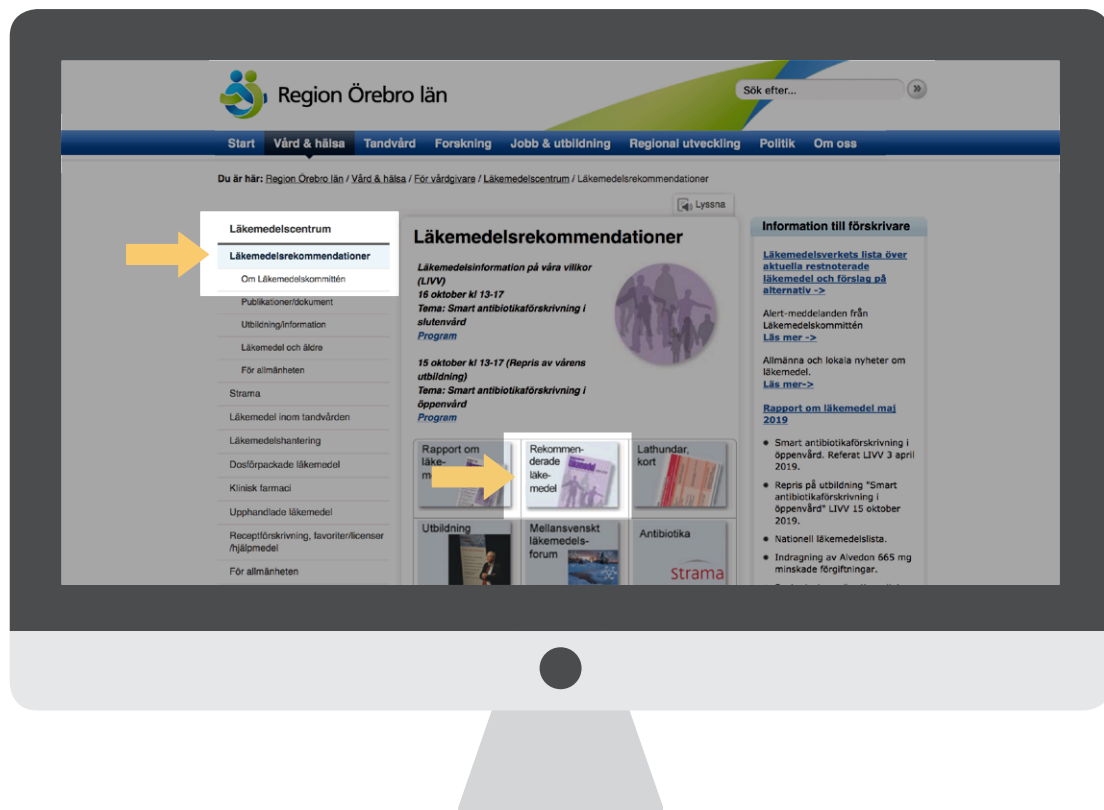
LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 221 september 2019



Rekommenderade läkemedel

Nu finns de första reviderade kapitlen tillgängliga digitalt. I detta nummer lyfts några av förändringarna. I mars 2020 ges hela Rekommenderade läkemedel 2020–2021 ut i tryckt form.



Rekommenderade läkemedel

– Hälften av terapikapitlen är reviderade

Hälften av Läkemedelskommitténs expertgrupper har under våren reviderat sina kapitel och Läkemedelskommittén har den 9 september fastställt och godkänt dessa. Nedanstående nya rekommendationer finns på Läkemedelskommitténs webbsida: regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer* > *Rekommenderade läkemedel*.

De reviderade kapitlen är:

- Njurfunktion och dosering av läkemedel
- Långt QT-syndrom (LQTS) och läkemedel
- Trafik, riskfyllt arbete och läkemedel
- Antikoagulantia och Medel vid anemier
- Blodsstitutut och infusionsvätskor m.m.
- Hjärta och kretslopp
Hjärtsvikt, Arytmi, Angina pectoris, Hypertoni, Medel som påverkar serumlipidnivåerna, Benartärsjukdom
- Analgetika, Antiinflammatoriska och anti-reumatiska medel, Giktmedel
- Migrän, Antiepileptika, Medel vid parkinsonism, Medel vid tremor
- Medel vid restless legs syndrome (RLS)
- Psykiatri
Neuroleptika, Sömnmedel, Depression, Stämningsstabiliserande medel, Ängest-syndrom, Nedtrappning av bensodiazepiner, Användning av psykofarmaka hos barn och ungdomar under 18 år, ADHD hos vuxna
- Medel vid demenssjukdomar, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Konfusion hos äldre
- Medel vid beroendetilstånd
Alkoholberoende, Nikotinberoende
- Läkemedel till barn
- Läkemedel till äldre
- Palliativ vård och vård i livets slut
- Biologiska läkemedel – TNF-alfahämmare och rituximab
- Evidensbaserad medicin (EBM) för läkemedelsförskrivare

I detta nummer av Rapport om läkemedel presenteras ett axplock från ovanstående kapitel.

Under hösten kommer övriga expertgrupper att revidera sina kapitel. I mitten av mars 2020 kommer samtliga rekommendationer att ges ut som en tryckt bok.

*Maria Palmetun Ekbäck
Ordförande i Läkemedelskommittén,
Region Örebro län*

Antitrombotisk behandling efter hjärtinfarkt i stabilt skede mer än 12 månader efter hjärtinfarkt

I tillägg till ASA kan ytterligare antitrombotisk behandling > 1 år efter hjärtinfarkt vara indicerad för patienter med hög risk för kardiovaskulära händelser och låg blödningsrisk. Beslut om insättning bör fattas av specialist inom kardiologi eller internmedicin efter noggrann sammanvägning av kardiovaskulär risk och blödningsrisk.

För närvarande finns två antitrombotiska läkemedel (rivaroxaban (Xarelto) och tikagrelor (Brilique) godkända på denna indikation.

Patienter med förhöjd blödningsrisk skall ej behandlas med förlängd antitrombotisk behandling. Till förhöjd blödningsrisk räknas patienter med genomgången hjärnblödning, patienter med oral antikoagulantia-behandling eller genomgången gastrointestinal blödning senaste 6 månaderna.

Rivaroxaban i kardiovaskulär dos (2,5 mg × 2) i kombination med ASA kan övervägas hos hjärtinfarktpatienter med fortsatt förhöjd kardiovaskulär risk efter det att dubbel trombocythämning har satts ut (vanligen > 1 år). Den sammanvägda effekten av rivaroxaban i kardiovaskulär dos + ASA på stroke, hjärtinfarkt och död är tydlig framför allt hos patienter med samtidig hjärtsvikt, njursvikt och/eller aterosklerotisk sjukdom i flera kärlbäddar. Den specifika effekten på reinfarkt och stenttrombos är mindre tydlig.

Förlängd behandling med dubbel trombocythämning (ASA + Tikagrelor 60 mg × 2) kan övervägas hos patienter med mycket hög risk för återkommande koronara ischemiska händelser (recidiverande hjärtinfarkt, genomgången stenttrombos, multipla kvarvarande riskfaktorer trots intervention). Behandlingen bör inte sättas in senare än 2 år efter hjärtinfarkt och är sällan indicerad > 3 år efter hjärtinfarkt. ■

Behandlingarna kan inte kombineras. Vad bör man då välja för den enskilde högriskpatienten?

Talar för att välja Rivaroxaban:

- > 1 år sedan insättning av DAPT (Dual Antiplatelet Therapy)
- Tidigare ischemisk stroke (> 1 månad sedan)
- Hjärtsvikt
- Njursvikt
- Aterosklerotisk sjukdom i flera kärlbäddar

Talar för att välja Tikagrelor:

- Genomgången stenttrombos
- Recidiverande koronara händelser

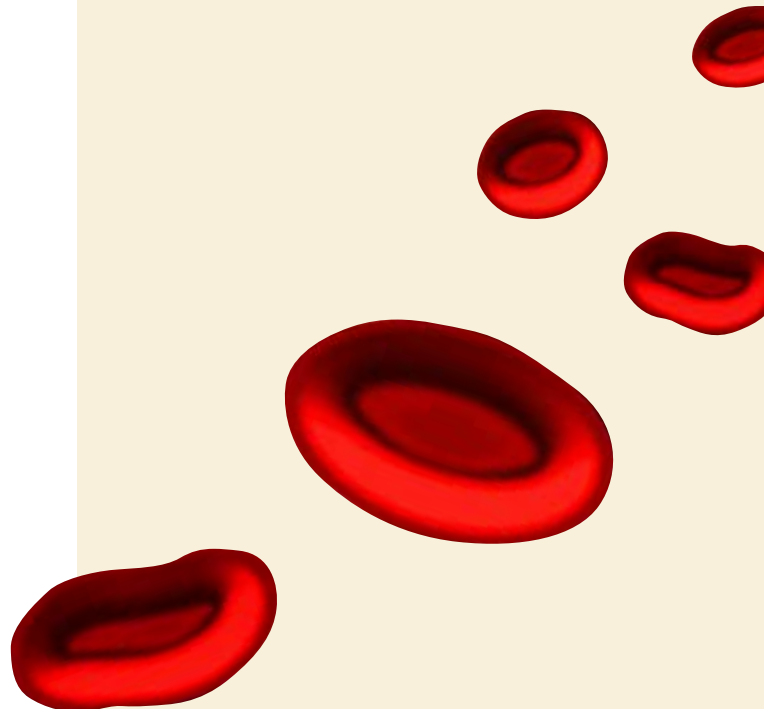
BEHANDLING AV VTE VID CANCER

Patienter med cancersjukdom har ökad risk att drabbas av VTE. Traditionellt har dessa patienter behandlats med lågmolekylärt heparin (LMH) framför warfarin på grund av bättre effekt. Nyligen har dock både Lixiana och Xarelto i studier visat sig ha lika god effekt som LMH för denna patientgrupp. Tendens har dock funnits till ökad mängd blödningar, framför allt gastrointestinala. Hos patienter som inte uppfattas ha hög blödningsrisk kan edoxaban (*Lixiana*) eller rivaroxaban (*Xarelto*) förenkla behandlingen. Doseringen är samma som för övrig VTE, om Lixiana väljs måste dock LMH ges de första fem dyggen innan man skiftar till NOAK.

Till patienter med hög blödningsrisk eller GI-tumörer rekommenderas dock även fortsättningsvis LMH. ■

BEHANDLING AV VTE VID KOAGULATIONS RUBBNINGAR

DVT eller lungemboli vid trombofili – dvs koagulationsrubbning med ökad trombosbenägenhet – behandlas på samma sätt som andra venösa tromboser. Det enda undantaget är vid konstaterat antifosfolipidsyndrom (APS). NOAK rekommenderas inte till patienter med APS, särskilt inte högriskpatienter (de som har testats positivt för samtliga tre antifosfolipid-antikroppar – lupus antikoagulans, antikardiolipin-antikroppar och anti-beta2-glykoprotein-1-antikroppar). I första hand rekommenderas därför behandling med Waran till dessa patienter. ■



Nya riktlinjer vid hypertoni

Den diagnostiska gränsen för hypertoni är fortfarande 140/90 mmHg. I de nya riktlinjerna från European Society of Cardiology (ESC)/European Society of Hypertension (ESH) rekommenderas definition av målblodtryck hos den enskilda individen och behandlingsmålen har förändrats enligt nedan.

- Vid högt normalt blodtryck (130–139/85–89 mmHg) bör farmakologisk behandling övervägas vid förekomst av kardiovaskulär sjukdom.
- Hos individer < 65 år rekommenderas systoliskt målblodtryck 120–129 mmHg.
- Hos individer > 65 år rekommenderas systoliskt målblodtryck 130–139 mmHg, förutsatt att behandlingen tolereras väl.
- Hos samtliga rekommenderas ett diastoliskt målblodtryck på 70–80 mmHg, förutsatt att behandlingen tolereras väl.
- Blodtrycksmål vid diabetes mellitus respektive kronisk njursjukdom har diskuterats mycket. Enligt senare riktlinjer bör det första målet vid diabetes mellitus vara att sänka blodtrycket under 140/80 mmHg, och därefter sikta på ett systoliskt blodtryck på 130 mmHg. Förutsatt att behandlingen tolereras väl bör man sedan försöka att få ned det systoliska blodtrycket under 130 mmHg, dock aldrig lägre än 120 mmHg.

- Vid kronisk njursjukdom bör det första målet vara att sänka blodtrycket under 140/90 mmHg, med mål att på sikt sänka blodtrycket till 130/80 mmHg.

Behandlingsindikationen skall baseras på en samlad riskfaktorbedömning (riskvärdering enligt modifierat European Society of Cardiology (ESC)/European Society of Hypertension (ESH). Se figur nedan.

Överväg sekundär hypertoni, vars orsak kan behandlas. Det kan misstänkas vid terapiresistens, hastig debut, avsaknad av hereditet, vid hypokalemi, sömnapné syndrom samt vid känd annan arterosklerotisk manifestation. Särskild observans krävs hos yngre patienter.

För de mest sjuka äldre med omfattande sjukvårds- och omvårdnadsbehov samt med en förväntad kort överlevnad kan ett högre målvärde för blodtryck accepteras. Mät blodtrycket även i stående. För ytterligare information se ”Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre”.

De flesta hypertoniker kan behöva kombinationsbehandling för att nå målblodtrycket. Enligt de senaste riktlinjerna från ESC/ESH förordas behandling med två läkemedel från start, och då gärna i form av fast kombination. ■

Initiering av blodtrycksbehandling enligt modifierade europeiska riktlinjer (ESC/ESH*) 2018

Högt normalt BT BT 130–139/85–89 mmHg	→ Livsstilsförändring →	Överväg läkemedelsbehandling hos patienter med känd kardiovaskulär sjukdom och mycket hög risk.
Grad 1 Hypertoni BT 140–159/90–99 mmHg	→ Livsstilsförändring →	Omedelbar läkemedelsbehandling till patienter med hög eller mycket hög risk med samtidig kardiovaskulär sjukdom, njursvikt eller hypertoniorsakad organskada. → Läkemedelsbehandling till patienter med måttlig risk utan kardiovaskulär sjukdom, njursvikt eller hypertoniorsakad organskada som efter 3–6 månaders livsstilsförändringar inte normaliserat sitt blodtryck.
Grad 2 Hypertoni BT 160–179/100–109 mmHg	→ Livsstilsförändring →	Omedelbar insättning av behandling till alla patienter. → Normaliserat blodtryck efter 3 månader.
Grad 3 Hypertoni BT ≥ 180/110 mmHg	→ Livsstilsförändring →	Omedelbar insättning av behandling till alla patienter. → Normaliserat blodtryck efter 3 månader.

Lathunden är publicerad på Läkemedelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel. Den återfinns under *Läkemedelsrekommendationer > Lathundar, kort*.

Ref: 2018: ESC and ESH Guidelines, Journal of Hypertension 2018;36:1953-2041.
* European Society of Cardiology (ESC)/European Society of Hypertension (ESH).

Hyperlipidemi

Atorvastatin, Rosuvastatin och Simvastatin är förstahandsval vid farmakologisk behandling av hyperkolesterolemi. Det är såväl väldokumenterat som kostnadseffektivt. Statiner är alltid förstahandsmedel för lipidsänkning. De allra flesta individer tolererar statinbehandling. Vid milda biverkningar bör man i första hand reducera dosen statin och därefter långsamt titrera till högsta tolererbara dos eller byta till annan statin. Observera att Simvastatin 80 mg är förenat med stor risk för rabdomyolys och bör inte användas.

Till patienter med **mycket hög risk** för hjärt-kärlsjukdom och vid akuta koronara syndrom bör behandlingen vara intensiv med höga doser av potenta statiner, i första hand Atorvastatin 80 mg. Behandlingsmål för dessa patienter är 1,8 mmol/l alternativt 50 % reduktion av LDL. Hos äldre (> 75–80 år) kan lägre ingångsdos vara aktuell.

Individer med **hög risk** bör behandlas med statin i standarddos, t ex Atorvastatin 40–80 mg, Rosuvastatin 20–40 mg eller Simvastatin 20–40 mg. Behandlingsmål för dessa patienter är LDL \leq 2,5 mmol/l.

Viss förhöjning av leverenzymmer kan ses vid statinbehandling, men det är ovanligt med kraftig leverpåverkan som kräver utsättning av läkemedlet. Leverprover tas vid misstanke om leverpåverkan.

Ezetimib kan övervägas som tillägg om behandlingsmålet ej kan nås med enbart någon av statinerna i högsta tolerabla dos.

Kombinationspreparat innehållande ezetimib och atorvastatin (Atozet 10/80 mg) eller ezetimib och simvastatin (Inegy 10/20 mg alternativt 10/40 mg) kan övervägas.

Dessa kombinationspreparat är dock betydligt dyrare än att förskriva substanserna som separata tabletter.

PCSK-9 hämmare som evolokumab (Repatha) och alirokumab (Praluent) har subventionerad indikation som tilläggsbehandling för vissa patienter som trots maximal tolererbar dos statin och ezetimib har kvarstående förhöjt LDL-kolesterol. Enligt NT-rådets yttrande till landstingen 2018-12-20 bör behandling med PCSK-9 hämmare initieras av specialist inom kardiologi, endokrinologi eller internmedicin.

Evolokumab och alirokumab har subvention för patienter med diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom med kvarstående LDL-kolesterol på \geq 2,5 mmol/l (evolokumab) eller \geq 3,0 mmol/l (alirokumab).

Alirokumab har subvention för patienter med diagnostiserad aterosklerotisk hjärt- och kärlsjukdom med tillkommande kardiovaskulära riskfaktorer i form av diabetes, tidigare hjärtinfarkt eller ateroskleros i flera kärlområden, med kvarstående LDL-kolesterol på \geq 2,5 mmol/l.

Evolokumab har subvention för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi.

Evolokumab och alirokumab har subvention för patienter med heterozygot familjär hyperkolesterolemi med kvarstående LDL-kolesterol på \geq 3,0 mmol/l (evolokumab) eller \geq 5,0 mmol/l (alirokumab).

Fibrater som gemfibrozil (Gemfibrozil, Lopid) och fenofibrat (Lipanthyl) kan ibland användas för sekundärprevention. Kombinationsbehandling med fibrat och statin kan i enskilda fall vara motiverad, men är samtidigt

förknippad med en tydligt ökad risk för allvarlig muskeltoxicitet och bör därför endast ske med stor försiktighet och med fortlöpande klinisk uppföljning.

Kombinationen Gemfibrozil och Simvastatin är kontraindicerad. Fenofibrat anses ha något lägre risk för muskelrelaterade biverkningar. Fibrater är indicerade vid mycket höga triglyceridnivåer (> 10 mmol/l) för att minska risken för pankreatit orsakad av hypertriglyceridemi. ■

När ska man misstänka Familjär Hyperkolesterolemi (FH)?

A. Individen har...

Totalkolesterol \geq 8 mmol/l eller LDL \geq 6 mmol/l (vuxen) *eller*
Totalkolesterol \geq 6 mmol/l eller LDL \geq 4 mmol/l (barn < 18 år)

B. En förstagrads släkting har minst 1 av följande kriterier...

- Totalkolesterol \geq 8 mmol/l (vuxen) *eller*
Totalkolesterol \geq 6 mmol/l (barn < 18 år)
 - Prematur* kranskärlsjukdom
 - Prematur* plötslig hjärtdöd
 - Senxantom
- * Prematur innebär ålder < 55 år hos män och < 60 år hos kvinnor.

Skicka remiss för ställningstagande till FH-utredning om:

- A och B är uppfyllda
- A kraftigt uppfyllt och B nästan uppfyllt
- A är nästan uppfyllt och B kraftigt uppfyllt

Pris per tablett september 2019

Atorvastatin	Rosuvastatin	Simvastatin	Ezetimib	Atozet el Enkelpreparat*	Inegy (generika) el Enkelpreparat*
80 mg 0,70 kr	40 mg 2,21 kr	40 mg 0,82 kr	10 mg 0,87 kr	Atozet 80 mg + ezetimib 10 mg 11,39 kr	Simvastatin 40 mg + ezetimib 10 mg 10,77 kr
40 mg 0,64 kr	20 mg 1,38 kr	20 mg 0,71 kr		Enkelpreparat 1,57 kr	Enkelpreparat 1,69 kr
20 mg 0,52 kr	10 mg 0,60 kr	10 mg 0,58 kr			
10 mg 0,55 kr	5 mg 0,95 kr				Simvastatin 20 mg + ezetimib 10 mg 10,77 kr
					Enkelpreparat 1,58 kr

* Enkelpreparat är respektive substans förskrivna som separata tabletter.



Utvärtes NSAID har blygsam effekt och nästan all substans spolats ut med duschvattnet

Användandet av antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (NSAIDs) för utvärtes bruk har ökat markant i Sverige. Reklam för utvärtes geler förekommer frekvent i många olika media. TV-reklam får stor genomslagskraft. På senare tid har dock dessa preparat allt mer börjat ifrågasättas, både med avseende på effekt, men även mot bakgrund av de negativa miljöeffekter som tillskrivs NSAID-preparaten.

De i Sverige godkända preparaten innehåller någon av de verk samma substanserna diklofenak (Voltaren gel, Eeze kutan spray, Diklofenak gel), ibuprofen (Ipren gel, Ibumetin gel) eller ketoprofen (Orudis gel, Siduro gel), den sistnämnda är dock endast tillgänglig på recept.

En systematisk genomgång som studerat effekten hos olika topikala beredningar av NSAID-preparat har konstaterat att beredningarna förvisso har viss effekt i en klinisk studiemiljö. För att uppnå denna effekt krävs dock tillräcklig mängd gel och rätt appliceringsteknik.

Negativa miljöeffekter

Samtliga NSAID-preparat innebär en risk ur miljösynpunkt, då de i olika grad har kunnat påvisas i utgående avloppsvatten från svenska reningsverk. Majoriteten av reningsverken har idag en mycket låg kapacitet att avskilja diklofenak som i princip passerar reningsstegen i oförändrad mängd. I delar av Sverige återfinns diklofenak i ytvatten i halter som överskrider det gränsvärde som Havs- och vattenmyndigheten har tagit fram inom arbetet för särskilt förorenande ämnen. Utöver detta visar tillgänglig forskning att diklofenak kan ge upphov till negativa effekter hos vattenlevande organismer vid betydligt lägre halter jämfört med övriga NSAID-substanser. Sammantaget pekas därför diklofenak ut som den substans som medför klart störst miljörisk.

Den farmakologiska effekten av dessa geler är blygsam. Användandet av gelerna bidrar dessutom till en ökad belastning av NSAID-substanser i akvatiska system. Den substans som i nuläget anses orsaka mest negativ miljöpåverkan är diklofenak, eftersom den är toxisk för vattenlevande organismer även i små mängder, svårnedbrytbar och inte avskiljs i reningsverk med nuvarande teknik. **Om patienten uttrycker en klar önskan om att använda en gel så rekommenderas ur miljösynpunkt en gel innehållande ibuprofen.** Ibuprofen kan i motsats till diklofenak avskiljas i reningsverken i betydligt större utsträckning. ■

Långvarig smärta

- Vid all långvarig smärta (> 3 månader) sker en sensitisering. Sjukdomar där 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 sensitisering. Långvarig smärta kan leda till nociplastisk smärta.

Nociplastisk smärta uppstår till följd av förändrad nociception orsakad av störd smärtmodulering, och kan inte helt relateras till vävnadsskada eller skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet.
- Behandling av långvarig smärta kräver läkarkontinuitet och först och främst insatser av icke farmakologisk karaktär, såsom fysisk aktivitet, multimodal rehabilitering och KBT-inriktad terapi.
- Att informera patienten om det långvariga smärttillståndet och de bakomliggande patofysiologiska mekanismerna (broschyr finns)* 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. Opioidbehandling leder hos många patienter till påtaglig försämrad livskvalitet med på sikt ökad smärta och risk för beroende.

Konverteringstabell för opioider

Tramadol		Morfin eller Ketobemidon		Oxikodon		Buprenorfin	Fentanyl
Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Dygnsdos mikrog/tim	Dygnsdos mikrog/tim
po	po	sc/iv	po	sc/iv	transdermalt		transdermalt
50	10	3,5-5	5	3,5	5		
100	20	7-10	10	7	10		
150	30	10-15	15	10	15		12
200	40	15-20	20	15	20		12
300	60	20-30	30	20	30		12
400	80	30-40	40	30	40		25
	100	35-50	50	35	50		25
	120	45-60	60	45	60		37
	160	60-80	80	60	80		50
	220	80-110	110	80	110		75
	320	120-160	160	120	160		100

Tänk på:
 • En vanlig vid behovsdos är 1/6 av dygnsdosen.
 • Varje patient skall dosstrimeras individuellt.
 • Försiktig konvertering vid högre doser.
 • Vid opioidrotation bör dosen av den nya opioiden reduceras med 25-50 % av ekvivalensdos.

Läkemedelskommittén
 2019-09-04

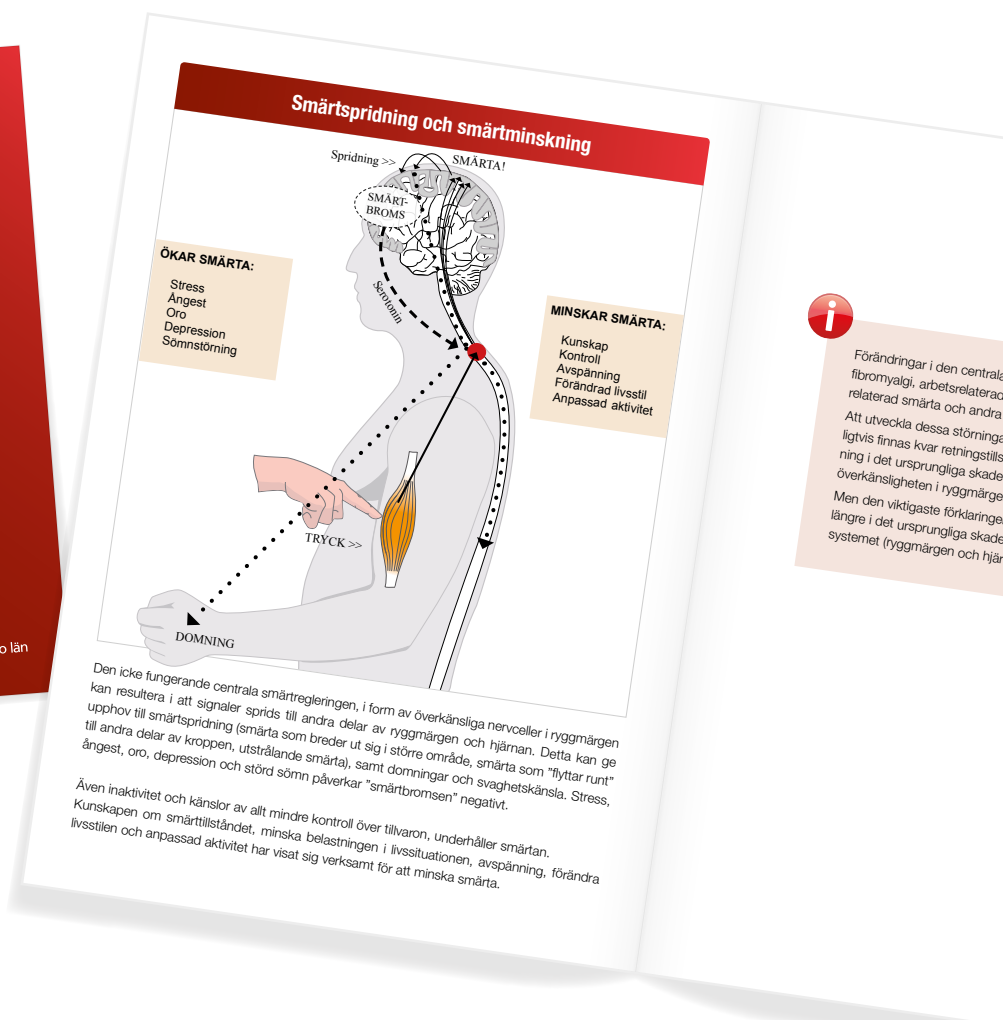
Region Örebro län

Uppdaterad konverteringstabell för opioider

Konverteringstabellen finns på Läkemedelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Lathundar, kort*. Den kommer även att finnas som bilaga i den nya upplagan av boken.



*Broschüren "Information om långvarig smärta" kan skrivas ut från regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Publikationer/dokument > Patientinformation*. Den kan även beställas från Läkemedelskommittén, lakemedelskommitten@regionorebrolan.se



Konfusion hos äldre

Konfusion är ett akut (under period av timmar till dagar) insättande psykiskt syndrom karakteriserat av intellektuell och psykomotorisk störning samt störd sömn-vakenhetscykel.

Observera att konfusion nästan alltid utgör symtom på en bakomliggande sjukdom, 90 % har somatisk orsak. Patienter med Alzheimers sjukdom reagerar ofta med konfusion vid somatisk sjukdom.

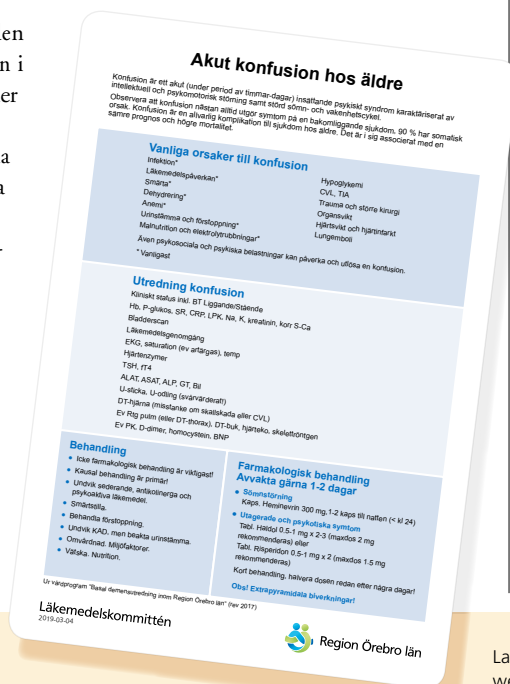
Konfusion är en allvarlig komplikation till sjukdom hos äldre

Konfusion är i sig associerat med en sämre prognos. Vid konfusion drabbas patienten av en global nedsättning av högre funktioner, vilket innebär bland annat störningar i medvetandegrad, uppmärksamhet, kognition och perception.

Konfusion kan ses som en organdysfunktion av hjärnan till följd av ökad somatisk påfrestning eller sjukdom. Äldre patienter har i regel sämre förutsättningar att balansera sjukdom och somatisk belastning, varför de är mer känsliga.

Konfusion är ett mycket vanligt tillstånd. Mer än 30 % av alla äldre sjukhusvårdade patienter drabbas, men det finns troligen också ett mörkertal som varken diagnostiseras eller behandlas.

Den exakta mekanismen för hur en konfusion uppstår är okänd. Troligen är den glutamaterga och kolinerga transmissionen i hjärnan påverkad vid konfusion vilket leder till en försämring av patientens förmåga att kognitivt bearbeta intryck, upprätthålla fokus och uppmärksamhet, samt att skapa nya minnen. Följden av detta blir en av olika grad desorienterad patient som uppträder alltifrån lite oroligt och ångestfyllt till aggressivt och utagerande. Symtomen fluktuerar och dygnsrytmen är nästan alltid påverkad. ■



Fortfarande har vi en stor underbehandling med demensläkemedel i Örebro län

Uppskattningsvis bör minst 80 % av patienter med diagnos Alzheimer demens eller Mixed demens få läkemedelsbehandling med acetylcholinesterashämmare och/eller NMDA-receptorblockerare.

Region Örebro län utmärker sig negativt genom att vara mest restriktiv i landet att behandla med acetylcholinesterashämmare (AChEI) och sätta från slutet att behandla med NMDA-receptorblockerare (SoS 2016 statistikdatabas för läkemedel). ■

Positiva effekter av demensläkemedel

- Förbättrar kognitiva och beteendepsykiatriska symtom samt har effekt funktionellt och kognitivt globalt.
- Bra effekt även för patient med hög ålder och lång sjukdomsduration (SATS-studien).
- Tidig behandling kan minska frekvens och svårighetsgrad av BPSD (G. Small 2011).

Försök komma upp till maximal dosering för bästa effekt (SATS-studien). För donepezil startar man med 5 mg och om patienten tolererar läkemedlet ökas dosen till 10 mg efter en månad. ■

Akut konfusion hos äldre

Vanliga orsaker till konfusion

- Infektion
- Läkemedelspåverkan
- Smärta/skada
- Dehydrering
- Malnutrition och elektrolytrubbningar
- Anemi
- Urinstämning och förstoppning

Basal utredning av konfusion

- Kliniskt status inklusive BT Liggande/Stående
- Lab: Hb, P-glukos, SR, CRP, LPK, Na, K, kreatinin (eGFR), korr S-Ca
- Bladderscan
- Läkemedelsgenomgång

Kausal behandling är primär!

- Icke farmakologisk behandling är viktigast!
- Undvik sederande, antikolinerga och psykoaktiva läkemedel
- Smärtstilla
- Behandla förstoppning
- Undvik KAD, men beakta urinstämning
- Omvårdnad, Miljöfaktorer
- Vätska, Nutrition

Farmakologisk behandling vid konfusion, avvakta gärna 1-2 dagar

- Sömnstörning
Kaps Heminevrin 300 mg, 1-2 kaps till natten (< kl 24)

- Oro
Tabl Oxascand 5-10 mg x 1-3 vid behov
- Utagerade och psykotiska symtom
Tabl Haldol 0,5-1 mg x 2-3 (maxdos 2 mg rekommenderas) eller
Tabl Risperidon 0,5-1 mg x 2 (maxdos 1,5 mg rekommenderas)

Kort behandling, halvera dosen redan efter några dagar!

OBS! Extrapyramidala biverkningar!

Lathunden "Akut konfusion hos äldre" finns på Läkemedelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Lathundar, kort*.

Läkemedel till äldre

Kapitlet Läkemedel till äldre har utökats med fler avsnitt kring geriatrisk farmakologi och olika aspekter på det biologiska åldrandet som kräver ett individualiserat förhållningssätt vid ställningstagande till medicinering. Därutöver finns fler avsnitt kring behandling av vanliga diagnoser hos äldre, t ex depression, hypertoni, ortostatism och obstipation.

Uppdaterade Äldre kort Äldre och läkemedel – ett stöd att minska ogynnsamma effekter av läkemedel hos äldre

Bakgrunden till Region Örebro Läns äldre kort är Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre” som publicerades första gången 2010 och reviderades 2017. Internationellt mest välkänt är de riktlinjer, Beers kriterier, som American Geriatric Society utger sedan 1991. Här listas potentiellt olämplig medicinering till äldre som bör undvikas. Vid revidering 2015 omfattar listan även läkemedel som ska undvikas eller dosjusteras utifrån njurfunktion och kliniskt betydelsefulla läkemedelsinteraktioner.

ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL – ett stöd att minska ogynnsamma effekter av läkemedel hos äldre
Preparat som bör förskrivas restriktivt
 Ovariga läkemedel har länge utmärkts för äldre och äldre personer. Företag och myndigheter har varit med och utvecklat den här förteckningen för att underlätta för läkare och apotekare att förstå vilka läkemedel som bör förskrivas restriktivt till äldre. Detta är ett viktigt steg för att minska risken för ogynnsamma effekter av läkemedel hos äldre.

Läkemedelsgrupp	Exempel på generika	Konstanter
Antikolinerga	Clonidin, Tolterodin, Propiveriden	Risk för aggraverad kognitiv funktionsnedsättning och fallrisker
Sedativa med analgetiska effekter	Zolpidem (Standox), Lorazepam (Loraxin), Propofol, Propofol (Propofol)	Risk för aggraverad kognitiv funktionsnedsättning och fallrisker
Utsläppta antipsykotika	Haloperidol (Halogal), Levomepromin (Levomil)	Risk för kognitiv funktionsnedsättning och fallrisker
Styrkliga antidepressiva (TCA)	Amitriptylin (Amiprin), Nortriptylin (Nortiprin)	TCA-liga ämnen kan fungera
Analgetika inklusive låga doser av opioider	Hydrokodon (Hidron), Oxycodon (Oxycontin), Tramadol (Ultram)	Alkohol, Längtan och Trötthet kan öka risken för fall och kognitiv funktionsnedsättning
Opioider (utan COX-2-hämmare)	Morfain (Morfain), Oxycodon (Oxycontin), Tramadol (Ultram)	Risk för yrsel, kognitiv funktionsnedsättning och fallrisker
Sömmedel	Zolpidem (Standox), Zolpidem (Standox)	Risk för yrsel, kognitiv funktionsnedsättning och fallrisker

Den "röda sidan" på det röd-gula kortet visar **preparat som bör förskrivas restriktivt till äldre**. Sidan har omstrukturerats genom att utgå från indikationsområde för läkemedel med antikolinerg effekt och för läkemedel vid smärta/sömnsvårigheter. Syftet är att öka den kliniska användbarheten.

Tricykliskt antidepressiva medel har en doskorrelerad antikolinerg effekt, men de kan fungera i låga doser, exempelvis amitriptylin upp till 30 mg vid neuropatisk smärta.

Tänk värt och tänk efter!
 Världens ledande läkemedelsmyndigheter har rekommenderat att äldre personer ska undvika vissa läkemedel eller dosjusteras vid användning av dessa. Detta gäller även läkemedel som inte är på den röda sidan.

Läkemedelsgrupp	Konstanter
Neuroleptika	Risk för kognitiv funktionsnedsättning, fallrisker, kognitiv funktionsnedsättning, kognitiv funktionsnedsättning, kognitiv funktionsnedsättning
Digoxin	Risk för kognitiv funktionsnedsättning, fallrisker, kognitiv funktionsnedsättning, kognitiv funktionsnedsättning
Lupulindtabletter	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
SSRI	Förstärkt risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Tricykliska antidepressiva (TCA)	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
ACE-hämmare, AAS, Strykinoliner, Epinephrinterapi	Behandlingsplaner vid fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Epinephrinterapi	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Alfa-1-receptorblockerare	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Opioider	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering

På den "gula sidan" – **tänkvärt och tänk efter** på det röd-gula kortet har opioider tagits med. Indikationen för neuroleptika har precisats till psykotiska symtom av valör/svår aggressivitet.

Digoxin kan ha sin plats även hos äldre vid förmaksflimmer och hjärtsvikt. Behandling med PPI och SSRI bör omvärderas på grund av negativa effekter vid långtidsanvändning. Vid utsättning är det viktigt att båda dessa läkemedelsgrupper trappas ut. Metformin kan användas i reducerad dos vid eGFR 30–60 ml/min.

FÖRSLAG TILL BEHANDLING VID VANLIGA SYMTOM HOS ÄLDRE

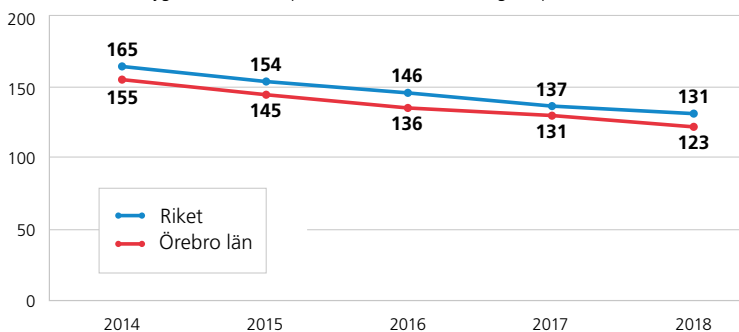
Behandling	Konstanter
Allt tänka på vid läkemedelsbehandling hos äldre	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Pain	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Sömn	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Depression	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering
Anxiolitika	Risk för fall och yrsel. Risk för otillräcklig dosering

Det "gröna" kortet ger **förslag på behandling vid vanliga symtom hos äldre**. Till äldre med sömnsårigheter och samtidiga depressiva symtom kan Mirtazapin till natten övervägas gärna med startdos 7,5 mg. Vid svårare psykotiska symtom (exempelvis hotfulla synhallucinationer) och aggressivitet kan Risperidon upp till 1,5 mg/dygn prövas.

Läkemedel som bör förskrivas restriktivt till äldre har i Örebro län minskat med ca 20 % under de senaste 5 åren

Läkemedel uthämtade på apotek

Definierade dygnsdoser (DDD) per 1000 invånare och dag, till personer 75 år och äldre.



Var finns Äldre korten att få tag på?

Till samtliga läkare bifogas Äldre korten med detta nummer av Rapport om läkemedel. Kortet kan beställas från lakemedelskommitten@regionorebrolan.se. De finns även på Läke-medelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Lathundar, kort*

ADHD hos vuxna

ADHD är en utvecklings sjukdom, som debuterar under barndomen. Den medför betydande funktionsnedsättning och kännetecknas av bristande uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet. Sjukdomen kan antingen förekomma med huvudsakligen hyperaktivitet eller bristande uppmärksamhet eller med dessa båda i kombination.

Behandlingen av ADHD består av multimodala insatser där farmakologisk behandling är en viktig komponent. Samsjukligheten med andra psykiatriska diagnoser inklusive substansbrukssyndrom är mycket hög och detta kan komplicera behandlingen. Utredningen av ADHD görs av ett neuropsykiatriskt team och diagnos krävs för farmakologisk behandling.

Inför inledning av farmakologisk behandling

ADHD-behandling bör ske inom specialistpsykiatri och farmakologisk behandling ska föregås av:

- Noggrann information till patienten om behandlingsmål och eventuella biverkningar.
- Skattning av symtomprofil och svårighetsgrad med lämpligt instrument.
- Kartläggning av psykiatrisk komorbiditet (beakta särskilt förekomst av psykos, mani, depression, suicidalitet). Psykos och bipolär sjukdom bör vara optimalt behandlade innan ADHD-behandling påbörjas.
- Kartläggning av drog- och alkoholmissbruk.
- Kardiovaskulär sjuklighet, hereditet för plötslig död eller kammararytmi.
- Puls- och blodtrycksmätning och vid behov EKG.
- Ätstörning eller anorexi, aktuell vikt.
- Tics eller andra ofrivilliga rörelser.
- Samtidig behandling med andra läkemedel.
- Information om olika läkemedelsalternativ.

ADHD-läkemedel

Läkemedelsbehandling bör erbjudas alla med behov av symtomlindring och funktionsförbättring där kontraindikationer saknas. ADHD-läkemedel kan vara kortverkande, medellångverkande eller långverkande. Långverkande läkemedel är förstahandsalternativ.

Följande preparat visar bra effekt:

- Metylfenidat (Methylphenidate/Concerta, Equasym, Medikinet, Ritalin)
- Lisdexamfetamin (Elvanse)
- Atomoxetin (Strattera)
- Guanfacin (Intuniv)

Vid behandling av okomplicerad ADHD är metylfenidat förstahandsmedel. Vanligt förekommande biverkningar är huvudvärk, insomningssvårigheter och aptitförlust. Lisdexamfetamin är också effektivt och kan vara ett bra alternativ till metylfenidat och har samma biverkningsprofil som metylfenidat. Atomoxetin kan vara indicerat även för barn med ADHD som har komorbiditet med svåra tics, ångest eller depression och vid missbruk/risk för missbruk hos patienten eller i familjen/närmiljön. Atomoxetins vanligaste biverkningar är minskad aptit och buksmärtor. Guanfacin (Intuniv) är en alfa 2a-receptoragonist som kan användas till ADHD-patienter med komplicerad problematik.

Metylfenidat (Methylphenidate, Concerta, Equasym, Medikinet, Ritalin) är förstahandsval vid behandling av okomplicerad ADHD. Det kan förskrivas av läkare med specialistkompetens i psykiatri, rättspsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Metylfenidat finns som kortverkande, medellångverkande eller långverkande i depåform.

Lisdexamfetamin (Elvanse) är en prodrug som är inaktiv tills aminosyran lysin spjälkas i blodbanan, något som minimerar risken för missbruk. Lisdexamfetamin är långverkande och effekten kan kvarstå i upp till 12–14 timmar.

Atomoxetin (Strattera) är ett tredjehandsalternativ som kan användas om metylfenidat eller lisdexamfetamin inte ger tillräcklig effekt eller tolereras eller om de av någon annan anledning bedöms vara olämpliga. Atomoxetin är inte narkotikaklassat och kan förskrivas av alla läkare.

Rutiner kring uppföljning av läkemedelsbehandling

- Återkommande kontroller med skattning av symtom och biverkningar, följsamhet till behandling, drogfrihet, mätning av puls och blodtryck bör ingå i en strukturerad uppföljning.
- Kontinuerlig utvärdering av behovet av fortsatt medicinering.
- Kontroll av drogfrihet.

Vid samtidig ADHD och missbruk eller beroendesyndrom bör behandling av båda tillstånden ske inom beroendevården. Det finns kliniska erfarenheter på att absorption av amfetaminderivat kan öka efter gastric bypass operation. ■

Läkemedel till barn

Rekommendationerna för läkemedelsbehandling av barn har tagits fram inom ramen för ett samarbete mellan de sju regionerna i Uppsala-Örebroregionen. Rekommendationerna har nu uppdaterats och utökats med ytterligare indikationer och doseringstabeller. I Infektions-

avsnittet finns tabeller med dosering som nu anges i mg/kg och behandlingstid. Dessutom anges rekommenderad maximal dygnsdos. Nya indikationer är Vitamin D-brist, Riklig menstruation samt Influensa. Kapitlet inleds med en egen innehållsförteckning.

Behandling av vitamin D-brist

Hos det friska barnet med normal tillväxt rekommenderar Barnläkarföreningens delförening för endokrinologi och diabetes ingen rutinmässig kontroll av vitamin D-nivåer. Vid misstanke om vitamin D-brist rekommenderas provtagning: 25(OH)-vitamin D, PTH, Ca, albumin, fosfat, ALP och eventuellt röntgen av handled.

Rekommenderade definitioner av D-vitaminstatus*	
D-vitaminstatus	Serum-25(OH)-vitamin D (nmol/L)
Vitamin D-sufficiens	> 50
Vitamin D-insufficiens	30–50
Vitamin D-brist	< 30

* Enligt European Society for Paediatric Endocrinology (2016).

Vitamin D-insufficiens behöver inte behandlas om kalkintaget är adekvat, men Barnläkarföreningen rekommenderar behandling även vid vitamin D-insufficiens eftersom kalkintaget ofta är lågt hos denna patientgrupp.

Vid behandling ges kolekalciferol orala droppar (samma produkter som för profylax), i nedanstående doser (doserat med doseringsspruta som kopplas till flaskan). Innehållet av kolekalciferol i de orala dropparna är ca 2500 IE/ml. Vid samtidig hypokalcemi ges tilläggsbehandling med kalcium 40–80 mg/kg/dag peroralt fördelat på 3 doser (max 1500 mg/dag).

Kolekalciferol	orala droppar, oljebaserad lösning, 80 IE/droppe	Generika, t ex D-vitamin Olja ACO
	orala droppar, vattenbaserad lösning, 80 IE/droppe	D-vitamin Vatten ACO

Serum-25(OH)-vitamin D (nmol/L)	Barn 0–12 månader	Barn > 1 år*
< 30	0,75 ml/dag i 3 månader	2 ml/dag i 3 månader
30–50	0,5 ml/dag i 3 månader	1 ml/dag i 3 månader

* Till äldre barn och ungdomar är ett alternativ Divisun 2000 IE/tablett. Vid S-25(OH)-vitamin D < 30 nmol/l ges 2 tablett × 1 i 3 månader. Vid S-25(OH)-vitamin D 30–50 nmol/l ges 1 tablett × 1 i 3 månader.

Det finns även högdoserade D-vitaminsdroppar, Detremin 20 000 IE/ml (800 IE/droppe) till ungefär samma kostnad som Divisun. Dessa bör användas restriktivt på grund av risk för förväxling med lågdoserade D-vitaminsdroppar vilket kan leda till överdosering.

Som underhållsbehandling efter korrigerat S-25(OH)-vitamin D ges kolekalciferol 400 IE/dag. Detta kan ges som orala droppar på samma sätt som vid profylax. Till äldre barn och ungdomar är ett alternativ Benferol 400 IE/dag, 1 kapsel dagligen. Vid samtidigt lågt kalkintag ges i stället 1 tablett dagligen av Calcichew-D3 eller Kalcipos-D (kolekalciferol 400 IE + kalcium 500 mg per tablett). Kontrollera S-25(OH)-vitamin D efter 3 månader och 1 år. Om nivån inte har normaliserats efter 3 månader måste diagnosen omprövas, malabsorption uteslutas och följsamhet säkerställas. ■

ATOPISKT EKSEM

Lokalbehandling med calcineurinhämmare (Elidel, Protopic) har lagts till som rekommendation vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck då grupp I-steroid har otillräcklig effekt. Kan användas till barn över 2 år. Ska ej appliceras på infekterad hud. ■

BEHANDLING AV IMPETIGO

Hygienråd: Tvål och vatten, eventuell komplettering med *Klorhexidin lösning*. Använd engångshandduk. Plocka gärna krustor. Var noga med handhygien (använd handsprit frikostigt). Naglar bör klippas korta och impetigoförändringarna täckas med luftigt förband, för att minska risken att barnet kliar på förändringarna.

Komplettering med lokalbehandling i andra hand: Om hygienråden inte gett effekt behandla lokalt med fusidinsyra (Fucidin salva/kräm 2 %) 2–3 gånger per dag i 7 dagar.

Peroral behandling med antibiotika ges **endast** vid utbredd och/eller progredierande impetigo, samt impetigo som inte svarat på hygienåtgärder och lokalbehandling med fusidinsyra. I dessa fall ges flukloxacillin 25 mg/kg × 3 i 7 dagar. Ett alternativ för barn som inte kan ta tablett och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras är cefadroxil 15 mg/kg × 2 i 7 dagar. Cefadroxil medför dock sannolikt en högre risk för selektion av resistent bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier. Vid penicillinallergi ges klindamycin 5 mg/kg × 3 i 7 dagar. Peroral behandling kombineras alltid med lokal sårvård, tvål och vatten. Rekommendationerna baseras på Läkemedelsverkets och STRAMAs rekommendationer. ■

Akut- och buffertläkemedelsförråd

För patienter i särskilda boenden och inom hemsjukvården kan läkemedel tas ur akut- och buffertläkemedelsförråden. Sjuksköterska/distriktssköterska i kommunen har alltid tillgång till akut- och buffertläkemedelsförråd. För alla uttag av läkemedel från akut- och buffertläkemedelsförråd ska det finnas en ordination som dokumenteras i läkemedelslistan och i patientens journal.

En förteckning över läkemedel i akut- och buffertläkemedelsförråd finns att tillgå på Läkemedelscentrums webbsida, regionorebrolan.se/lakemedelshanteringkommun.

Akut- och buffertläkemedelsförråden är ett komplement till dosordinerade läkemedel och läkemedel förskrivna på recept, vid upp till fyra veckors behandling.

För patienter i palliativ vård i livets slutskede används läkemedel ur akut- och buffertläkemedelsförrådet.

För akuta ordinationer, nyinsättningar och dosökningar tas läkemedel från förrådet under en testperiod och/eller fram till utvärdering. Om fortsatt ordination ska recept utfärdas. Bedöms medicineringen som stabil och patienten har dosdispenserade läkemedel, överförs ordinationen till dosrecept via Pascal ordinationsverktyg.

Vid antibiotikabehandling tas hela kuren ur förrådet och ges enligt läkarordination.

Förråden innehåller även spolvätskor för KAD, sterilt vatten för att kuffa KAD.

Sjuksköterska med behörighet att beställa läkemedel kan till förrådet även rekvidrera heparin, leuprorelin och zoledronsyra.

Läkemedel som får ges enligt generella direktiv av ansvarig sjuksköterska inom Kommunal Hälso- och sjukvård får också tas ur förrådet.

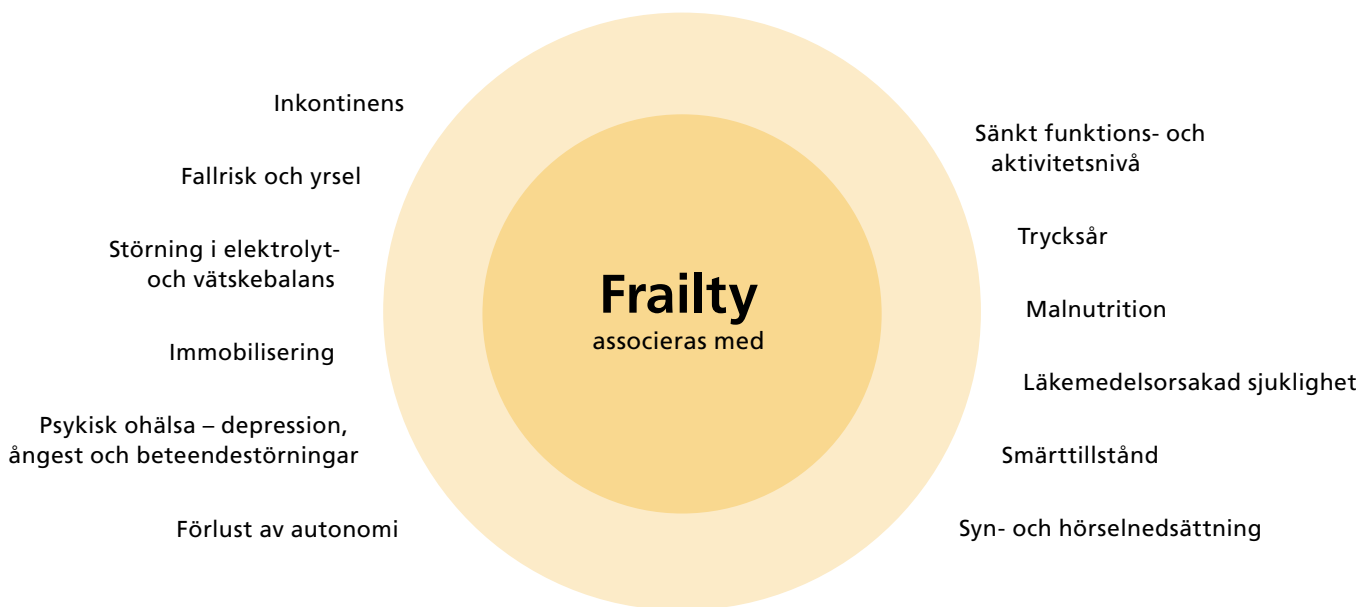
Utdelning gäller enbart enstaka doser vid behov. Sjuksköterskan/distriktssköterskan dokumenterar bedömning och åtgärd i kommunens hälso- och sjukvårdsjournal enligt lokal rutin samt återkopplar till ansvarig läkare.

Ordination: Läkaren dokumenterar ordinationen i läkemedelslistan med hjälp av central receptfavorit för akut- och buffertläkemedelsförråd.

1. Sök på \$buf
2. Välj läkemedel i listan
3. Fyll i behandlingstid, dosering, ordinationsorsak och plan för uppföljning

Om läkare i brådskande fall ordinerar ett läkemedel för akut insättning som inte ingår i akut- och buffertläkemedelssortimentet kan dessa läkemedel beställas från sjukhusapoteket enligt särskild rutin, se blankett "Akut läkemedelsrekvisition – Kommun" på Läkemedelscentrums webbsida, regionorebrolan.se/lakemedelshanteringkommun. ■





Somatisk samsjuklighet

– vid intellektuell funktionsnedsättning, demens, psykisk sjukdom och beroendesjukdom

Referat från Läkemedelsinformation på våra villkor (LIVV) 2019-05-28
Text: Michael Holmér och Jens Lindqvist, Läkemedelscentrum

Somatisk samsjuklighet vid intellektuell funktionsnedsättning

Under 1900-talet vårdades patienter med psykisk utvecklingsstörning (ICD-10) förutom i föräldrahemmet på barnhem, vårdhem eller specialsjukhus. Här fanns stor tillgång till egna läkare. När landstingen tog över institutionerna inrättades omsorgsöverläkartjänster (psykiatriker, neurologer, barnläkare) med ansvar för all somatisk och psykiatrisk vård. Dessa hade särskilda vårdhemsläkare till sin hjälp. Dessutom fanns i Sverige ett stort antal omsorgssjuksköterskor. Dessa yrkesgrupper samlade med åren på sig en hög kompetens beträffande patientgruppen. I samband med "Nya omsorgslagens" införande 1985 försvann dessa professioner formellt. Nedläggningen av omsorgsläkarsystemet var ett politiskt beslut, och patientgruppen skulle omhändertas som övriga medborgare enligt HSL. 1994 ersattes omsorgslagen med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). LSS är en "pluslag" när individens behov ej tillgodoses genom andra lagar. Primärvården har ansvar för första linjens sjukvård. Detta innebär att även denna grupp av patienter i första hand vänder sig till primärvården med sina hälso- och sjukvårdsproblem.

Nuvarande diagnosbenämning är enligt ICD-10 "psykisk utvecklingsstörning" (parallell diagnos enligt DSM-5 "intellektuell funktionsnedsättning"). Diagnosen baseras på både mätning av intelligenskvot (< 70) samt problem med att klara vardagen, t ex sköta sin hälsa, klara sin ekonomi och planera vardagen. Enbart låg intelligenskvot räcker ej för diagnos. Störningen ska vara medfödd eller uppkomma före 18 års ålder.

Föreläsaren beskrev ett antal fall där beteendestörning hos personer med intellektuell funktionsnedsättning visade sig bero på somatisk bakomliggande orsak. Diagnostiseringen är ofta svår på grund av kommunikationsproblem. En noggrann klinisk undersökning, frikostighet med laboratorieprover och röntgenundersökningar, för att ej missa bakomliggande somatisk orsak till beteendestörningen är därför viktigt. Beteendeavvikelse är ofta ett sätt för personen att kommunicera att allt inte står rätt till. Ju sämre kommunikationsförmåga desto större risk för beteendestörning. Det finns en risk för att psykofarmaka insätts mot beteendestörningen, och att den faktiska bakomliggande orsaken missas.

Ett kompendium som sammanställts av föreläsaren, med syftet att vara ett stöd för

läkare och sjuksköterskor i primärvården som möter en person med psykisk utvecklingsstörning finns för nedladdning och utskrift på webbsidan regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Utbildning > Läkemedelsinformation på våra villkor > Presentationer från olika utbildningar.*

Somatisk samsjuklighet vid demens

Patienter med demenssjukdom är mer somatiskt sjuka jämfört med andra i samma ålder och har svårare att tolka och förmedla olika typer av symtom.

30–60 % av patienter på demensboende bedöms uppleva smärta på daglig basis, men har svårt att verbalisera sina besvär varför smärtan i stället kan uttryckas i form av beteendestörning exempelvis irritabilitet eller aggression.

Patienter med Alzheimer demens behandlas oftare omotiverat med psykoaktiva läkemedel.

Den somatiska komorbiditeten hos dementa är associerad med ökad kognitiv dysfunktion, nedsatt autonomi och förekomst av BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).

Kommunikation med dementa patienter bör vara konkret, enkel och personlig. Frågor bör utformas med hänsyn tagen till patientens kognitiva dysfunktion.

Åldrandet i sig, tillsammans med multisjuklighet, medför en skörhet (eng. Frailty), vilket är ett tillstånd med lägre fysiologisk reservkapacitet. Frailty associeras med ett flertal symtom och diagnoser (se figur ovan) och dessa patienter har ofta ett omfattande behov av vård och omsorg. Sköra äldre får oftare

komplikationer till vård och behandling. Polyfarmaci är vanligt med tillhörande risk för biverkningar och interaktioner. Hälften av sköra äldre som avlider på sjukhus gör det beroende på pneumoni. Kardiovaskulär sjukdom är också vanligt där 40 % av sköra äldre har tecken på akut myokardischemi.

Demenssjukdom innebär att skörheten förstärks. De vanligaste sjukdomsgrupperna som drabbar patienter med demens är kardiovaskulära, urogenitala, muskuloskeletala och neurologiska sjukdomar. Studier talar för att den somatiska sjukdomsburden hos patienter med demenssjukdom påverkar hjärnans åldrande och påskyndar demensutvecklingen.

Graden av demens avgör ofta typ av sjukdomspanorama, där patienter med svår demens oftare drabbas av infektioner (pneumoni, urinvägsinfektioner), malnutrition, trycksår och höftfrakturer.

Smärttillstånd hos patienter med demenssjukdom

I en norsk observationsstudie från 2007 framkommer att patienter på vårdboende blev otillräckligt smärtstillade i hälften av fallen trots samstämmighet mellan kognitivt intakta patienter och sjuksköterskorna kring förekomst av smärta på daglig basis. I samma studie uppvisade patienter med demenssjukdom stora svårigheter att uttrycka smärta, men där även sjuksköterskorna hade svårt att tolka smärta hos dementa, varför dessa patienter blev än mer underbehandlade.

Graden av kognitiv förmåga påverkade tolkningen av smärta och behandlingen av densamma.

I en norsk klusterrandomiserad interventionsstudie undersöktes sambanden mellan smärta, psykotiska symtom och agitation hos dementa patienter. Även i denna studie blev det tydligt att graden av kognitiv förmåga påverkade tolkningen av smärta och behandlingen. I interventionsgruppen (vilka erhöll adekvat smärtstillning i 8 veckor) sågs nästan halverad NPI-poäng (Neuro Psychiatric Inventory), halverad förekomst av agitation/aggression och irritabilitet. Graden av konfusion minskade, även i gruppen som fick opioider (Dolcontin eller Norspanplåster).

Underbehandlar primärvårdsläkare dementa med samtidig hypertoni, typ 2-diabetes eller hyperlipidemi?

I en tysk studie från 2010 försöker denna fråga besvaras. Som hypotes angavs att patienter med demens löper större risk att underbehandlas än patienter utan demens, men studien kan inte påvisa någon skillnad varken vid val av behandling eller behandlingsresultat.

En studie som utgår från Svenska Demensregistret (SveDem) visar att patienter med typ 2-diabetes samt med nydiagnostiserad Alzheimer demens, i lägre utsträckning får demensläkemedel.

Intressanta data från

Svenska Demensregistret:

- 70 % av personer med nydiagnostiserad demenssjukdom står på läkemedel mot olika kardiovaskulära sjukdomar.
- Personer med demens har sämre tandhälsa och gör färre besök hos tandläkare.
- Äldre ensamboende kvinnor utreds med färre undersökningar och behandlas mindre ofta för Alzheimer demens, men behandlas i större utsträckning med läkemedel mot sömnsvårigheter och psykiska problem.
- Hos patienter med förmaksflimmer och demens erhåller 40 % behandling. 2015 fick 60 % AK/NOAK av alla patienter med förmaksflimmer.
- Kvinnor, hög ålder, lågt MMSE är associerat med lägre användning av AK-/NOAK-behandling.
- Behandling med kolinesterashämmare minskar risken för kardiovaskulär händelse (akut hjärtinfarkt och stroke).

Samsjuklighet mellan psykiatrisk och somatisk sjukdom

Patienter med allvarlig psykisk sjukdom har en betydande översjuklighet och överdödlighet i somatiska sjukdomar.

Risken för fetma, diabetes och hjärt-kärlsjukdom är minst dubbelt så hög som hos personer utan psykosjukdom. De främsta orsakerna till den ökade dödligheten är hjärt-kärlsjukdom och minskad canceröverlevnad. Medellivslängden bland psykosjuka är 12–15 år kortare än i övriga befolkningen.

De antipsykotiska läkemedel som används kan ha en ogynnsam metabol påverkan. Det finns stöd för att livsstilsfaktorer som påverkar hälsan negativt förekommer i högre utsträckning hos patienter med psykisk sjukdom.

Människor med psykosjukdom får i lägre utsträckning än befolkningen i övrigt del av akuta och sekundärpreventiva åtgärder vid hjärt-kärlsjukdom och diabetes.

Sannolikt bidrar såväl underdiagnostik som underbehandling till den ökade morbiditeten och mortaliteten. Patienter med psykisk sjukdom söker dessutom somatisk sjukvård i ett senare skede av sjukdomsförloppet.

Den psykiska ohälsan har ökat

I slutet av 2017 kom en rapport från Socialstyrelsen som visade ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, främst kvinnor. Perioden för mätningen var 2006–2016. Psykisk ohälsa bland unga vuxna, 18–24 år, hade ökat med sjuttio procent på bara tio år. Hos ungdomar i åldern 10–17 år var ökningen över 100 procent. Detta innebär att omkring 190 000 barn och unga lider av någon form av psykisk ohälsa och att det har skett en kraftig ökning på kort tid. Man ser att det framför allt är depressioner och ångestsyndrom som bidrar till statistiken. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har också ökat liksom sjukfall kopplat till diagnosgruppen ”psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar”.

Folkhälsomyndigheten har avgett en rapport om varför psykisk ohälsa ökade bland barn och unga mellan åren 1985–2014. Några troliga anledningar till detta som man lyfter fram är en sämre fungerande skola med sjunkande skolprestationer och ökande skolstress, en mer orolig arbetsmarknad med högre krav på utbildning och kompetens, samt ökade inkomstskillnader i samhället, som bland annat kan öka förekomsten av psykosomatiska symtom hos exempelvis skolelever.

Allvarlig psykisk sjukdom

2–3 % av befolkningen i Sverige lider av allvarlig psykisk sjukdom som ofta debuterar tidigt, men kan ha en lång prodromal period. Ofta är sjukdomen långvarig med betydande och progredierande funktionsnedsättning. Såväl bipolär sjukdom som schizofreni har en betydande ärftlig komponent (70 %).

Fetma

Fetma är en komplex sjukdom som kan härledas till huvudorsakerna livsstilsrelaterade, genetiskt betingade och kopplade till biverkningar av läkemedel.

Viktökningen vid antipsykotisk behandling kommer tidigt och en snabb viktökning predikerar slutlig vikteffekt. Högst viktökande effekt har klozapin, olanzapin och quetiapin.

Ett flertal somatiska tillstånd förvärras avsevärt av fetma framför allt kopplade till det metabola syndromet, vars negativa kardio-

Smärta hos patienter med demens – slutsatser

- Dementa löper en ökad risk för obehandlad smärta.
- Smärta är en triggerfaktor för BPSD.
- Adekvat smärtbehandling minskar BPSD-symtom främst konfusion, och agitation (kluster).
- Ingen förhöjd konfusionsrisk eller ökad förekomst av hallucinationer under pågående opioidbehandling.

vaskulära effekter förstärks av att 90 % av personer med schizofreni är storrökare. Enligt Meyer (2005) är prevalensen metabolt syndrom 36 % hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. Typ 2-diabetes har hög prevalens särskilt bland personer i övre medelåldern, där prevalensen är 5,8 % för populationen i sin helhet, medan prevalensen är ca 5 gånger större (25 %) hos personer med schizofreni. Riskökningen beror inte enbart på fetma och metabolt syndrom, utan en ökad risk att utveckla typ 2-diabetes ses oavsett viktökning vid antipsykotisk behandling, främst med olanzapin.

Hur kan man undvika somatisk komorbiditet vid svår psykossjukdom?

Riktlinjer för att upptäcka metabol påverkan finns och samverkan med somatiska specialister bör ske.

Inför behandlingsstart genomförs somatisk undersökning, anamnes med särskilt beaktande av riskfaktorer och levnadsvanor, samt information om riskerna med viktuppgång. Efter att behandlingen inletts monitoreras patienterna de första månaderna med kontroll av vikt, metabola prover och uppföljning av levnadsvanor. Om stabil situation föreligger genomförs sedan årliga kontroller av vikt, midjemått, blodtryck och metabola prover samt uppföljning av levnadsvanor. Dessa patienter kontrolleras och följs upp av psykiatrin, men ibland behöver somatisk vårdkontakt tas.

Somatisk samsjuklighet vid beroendesjukdom

Akut alkoholabstinens utgör ett potentiellt livshotande tillstånd, som kan leda till kramp-anfall och utveckling av delirium tremens. Symtom vid alkoholabstinens utgörs av svettningar, tremor, takykardi, högt blodtryck, oro/ångest, illamående, lätt temperaturstegring, sömnproblem och hallucinationer. I vissa fall ses utveckling av delirium tremens (oftast efter 2–3 dygn) med utveckling av förvirring och desorientering, taktila hallucinationer samt vegetativa symtom. ■

Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema Smart antibiotikaförskrivning i öppenvård.

Tid Tisdag 15 oktober 2019 kl. 13–17 i Wilandersalen, M-huset USÖ

Program

Presentation av STRAMA-appen och Ny Regnbågsbroschyr

Vanligaste odlingsfynden i primärvården

Svårigheter vid behandling av urinvägsinfektioner – ABU, ESBL m.m.

Kan vi lita på behandlingsriktlinjerna eller ökar risken för komplikationer?

Penicillinallergi?

Clostridium difficile – ett primärvårdsproblem?

Antibiotika – farmakokinetik/farmakodynamik för "dummies"

Fallgropar och praktiska råd – patientfall

Programmet kan skrivas ut från Läkemedelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel

Det finns även möjlighet att delta via Region Örebro läns videokonferenssystem. Tekniker kommer att finnas på plats för denna sändning till föreläsningssalarna på Karl-skoga lasarett respektive på Lindesbergs lasarett.

Du kan anmäla dig via e-post

Mejla ann-britt.lundback@regionorebrolan.se. Anmälan senast 8 oktober. Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!
Läkemedelskommittén och Strama

Läkemedelsinformation på våra villkor – LIVV

Tema Smart antibiotikaförskrivning i slutenvård

Tid Onsdag 16 oktober 2019 kl. 13–17 i Wilandersalen, M-huset USÖ

Målgrupp Alla inom slutenvård som förskriver eller administrerar antibiotika

Program

Antibiotika och antibiotikaresistens – vems intresse och ansvar?

Aktuellt om antibiotikaresistens. Nya SRI-systemet.

Farmakodynamik/kinetik – behöver man förstå detta?

Hur ordinerar och administrerar vi antibiotika klokt i en tid av ökad resistens?

Asymtomatisk bakteriuri (ABU)

Infektionsverktyget – hur använder vi det? Vad kan vi lära oss?

Antibiotikasmarta sjuksköterskor – Antibiotikabehandling är ett teamarbete!

Penicillinallergi – hur hanterar vi det?

Hur svårt kan det vara? Patientfall – mentometer

Programmet kan skrivas ut från Läkemedelskommitténs webbsida regionorebrolan.se/lakemedel

Det finns även möjlighet att delta via Region Örebro läns videokonferenssystem. Tekniker kommer att finnas på plats för denna sändning till Katastrofrummet på Karlskoga lasarett och Konferensrum 5 på Lindesbergs lasarett.

Du kan anmäla dig via e-post

Mejla ann-britt.lundback@regionorebrolan.se. Anmälan senast 8 oktober. Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!

Läkemedelskommittén och Strama

Innehåll

SIDA 22

Rekommenderade läkemedel – Hälften av terapikapitlen är reviderade.

SIDA 23

Antitrombotisk behandling efter hjärtinfarkt i stabilt skede mer än 12 månader efter hjärtinfarkt.
Behandling av VTE vid cancer.
Behandling av VTE vid koagulationsrubbingar.

SIDA 24

Nya riktlinjer vid hypertoni.

SIDA 25

Hyperlipidemi.

SIDA 26

Utvärtes NSAID har blygsam effekt och nästan all substans spolats ut med duschvattnet.

SIDA 27

Långvarig smärta.
Uppdaterad konverteringstabell för opioider.

SIDA 28

Konfusion hos äldre.
Fortfarande har vi en stor underbehandling med demensläkemedel i Örebro län.
Positiva effekter av demensläkemedel.

SIDA 29

Läkemedel till äldre
Äldre och läkemedel – ett stöd att minska ogynnsamma effekter av läkemedel hos äldre.

SIDA 30

ADHD hos vuxna.

SIDA 31

Läkemedel till barn.
Behandling av vitamin D-brist.
Atopiskt eksem.
Behandling av impetigo.

SIDA 32

Akut- och buffertläkemedelsförråd.

SIDA 33–35

Referat från LIVV-dag. Somatisk samsjuklighet – vid intellektuell funktionsnedsättning, demens, psykisk sjukdom och beroendesjukdom.

SIDA 35

Smart antibiotikaförskrivning i öppenvård.
LIVV-dag 2019-10-15. Repris av vårens utbildning.

SIDA 36

Smart antibiotikaförskrivning i slutenvård.
LIVV-dag 2019-10-16.

Redaktionsråd

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Informationsläkare Michael Holmér
Informationsläkare Jens Lindqvist
Apotekare Birgitta Lernhage

Redaktör: Apotekare Birgitta Lernhage,
birgitta.lernhage@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck

Adress

Läkemedelskommittén
Läkemedelscentrum
Universitetssjukhuset
701 85 Örebro

Telefon

019-602 23 10

Webb

www.regionorebrolan.se/lakemedel

