

Rapport om

Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN I REGION ÖREBRO LÄN

Nr 224 mars 2020



Vår läkemedels- kommitté firar 50 år och ger ut 25:e upplagan av Rekommenderade läkemedel

Boken Rekommenderade läkemedel kommer nu ut i sin 25:e upplaga och vänder sig som tidigare till en bred målgrupp. Den innehåller läkemedelsrekommendationer för de vanligaste sjukdomarna (dvs "läkemedel som förskrivs av många till många").





Urvalskriterier för rekommenderade preparat

Urvalskriterier för rekommenderade preparat är **medicinsk och farmaceutisk ändamålsenlighet samt säkerhet**. Om dessa parametrar är jämförbara rekommenderas det preparat som är mest fördelaktigt ur **kostnads- och miljöhänsyn**.

Hur är rekommendationerna uppställda?

- Preparat som rekommenderas i första hand skrivs på färgade plattor och i texten med **färgad stil**.
- Preparat som rekommenderas i särskilda situationer eller som ett andrahandsval omnämns i texten med *kursiv stil*.
- Övriga preparat som bara omnämns eller beskrivs står i vanlig stil. Dessa är inte rekommenderade av kommittén.
- Rekommendationerna är insatta i ett kort textsammanhang, där motivet för preparatvalet framgår.
- Detta tror vi är värdefullt för att man ska kunna använda rekommendationerna i daglig praxis.
- Läkemedel som bör förskrivas restriktivt till äldre har en "varnings-symbol" bredvid preparatnamnet.
- I slutet av boken finns ett register som innehåller alla läkemedel som nämns i boken. Av registret framgår det om preparatet är rekommenderat eller ej.
- Kapitel "Läkemedel till barn" har ursprungligen tagits fram i samarbete mellan de sju regionerna i Uppsala-Örebroregionen. Kapitel inleds med en egen innehållsförteckning. Preparaten/substanserna som rekommenderas i barnkapitlet ingår inte i registret i slutet av boken.



Nytt kapitel

Hälsoekonomi är ett nytt kapitel i boken. Det innehåller bl a centrala begrepp inom hälsoekonomi, beskrivning av olika analysmetoder för beräkning av ett läkemedels kostnadseffektivitet samt modeller för hälsoekonomisk utvärdering.

Bilagor

Nya samt uppdaterade lathundar finns längst bak i boken Rekommenderade läkemedel. De kan skrivas ut från vår hemsida www.regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Lathundar, Kort*.

Lathundarna är:

- Rekommendation för egenmätning av blodsocker.
- Initiering av blodtrycksbehandling enligt modifierade europeiska riktlinjer (ESC/ESH) 2018.
- Riskvärdering för kardiovaskulär sjukdom – SCORE 2015.
- Sårbehandlingskort – rekommenderade såromläggningsmaterial (finns att beställa som tryckt lathund).
- Handläggning på sjukhus av vuxna patienter med samhällsförvärd pneumoni.
- Akut konfusion hos äldre.
- Checklista för identifiering av symtom som kan vara uttryck för läkemedelsbiverkning hos äldre.
- Äldre och läkemedel (finns att beställa som tryckt lathund).
- Förslag till behandling vid vanliga symtom hos äldre (finns att beställa som tryckt lathund).
- Konverteringstabell för opioider.
- Nedtrappning av bensodiazepiner.
- Åtgärder vid anafylaxi.



Bok, digital version på hemsida och via klinisk portal

Rekommenderade läkemedel finns som tryckt bok som uppdateras vartannat år. Boken finns även i digital form där alla uppdateringar mellan utgivningarna av boken finns.

Boken kan nås via vår hemsida www.regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer* samt i **klinisk portal** under *webblänkar*.

Expertgrupper

Totalt har vi 32 expertgrupper i Läkemedelskommittén med ca 120 personer som är delaktiga i arbetet. Återigen har alla i expertgrupperna gjort ett enastående arbete med revideringsförslag och motiv för rekommendationerna. Förslagen har diskuterats i Läkemedelskommitténs informationsutskott och har sedan slutgiltigt fastställts och godkänts av Läkemedelskommittén.

Utbildning – Läkemedelsinformation på våra villkor

Eftermiddagen den 28 maj kommer "Guld-korn" från de nya reviderade rekommendationerna att presenteras. Med detta nummer av Rapport om läkemedel bifogas en inbjudan.

Vi i Läkemedelskommittén hoppas att du ska ha stor nytta av boken. I detta nummer av Rapport om läkemedel presenteras ett axplock från boken.

Maria Palmetun Ekbäck
Ordförande

Akne

Akne är vanligast i tonåren och var tredje tonåring har behandlingskrävande besvär.

Patogenes

Orsaken till akne är multifaktoriell. Under puberteten ökar androgennivåerna hos såväl pojkar som flickor, vilket leder till en ökad aktivitet i talgkörtlarna. Dessa producerar då mer sebum. Hyperkeratinisering leder till en tilltäppning av talgkörtelns utförsång. En ökad mängd av *Propionibacterium acne* som ingår i hudens normalflora ses. *P. acne* tillväxer i komedonen och bidrar till den inflammatoriska processen.

Vid behandling av akne strävar man efter att påverka så många av dessa fyra patogentiska mekanismer som möjligt.

Genetiska faktorer spelar en viktig roll i uppkomsten av framför allt svår akne. Svårighetsgraden av akne korrelerar med ökad talgproduktion. Orsaken anses vara att talgkörteln har en ökad känslighet för androgener.

Hos kvinnor med polycystiska ovarier (PCO) kan akne förekomma efter puberteten på grund av hormonavvikelser.

Försämrande faktorer

Läkemedel – t ex litium, gestagener med hög androgen profil. *Kosmetika som är fet och komedogen*.

Behandling

Kombinationsbehandling som motverkar flera faktorer i patogenesen är mer effektiv än monoterapi. Isotretinoin som endast kan förskrivas av hudläkare är den enda behandling med effekt mot samtliga faktorer.

Basbehandling är preparat innehållande bensoylperoxid (Basiron AC) och/eller adapalen (Differin) med komedolytisk och antiinflammatorisk effekt. Vid uttalade lokala biverkningar kan azelainsyra prövas (kräm Skinoren eller gel Finacea).

Om effekten ej är tillräcklig med utvärtes monoterapi kan något av *kombinationspreparaten* bensoylperoxid och adapalen (Epiduo), bensoylperoxid och klindamycin (Duac) eller klindamycin och tretinoin (Acnatac) prövas. Kombinationspreparaten förefaller effektiva enligt studier och klinisk erfarenhet. Sannolikt underlättas även följsamhet till behandlingen. Av kombinationspreparaten ingår Epiduo och Acnatac i läkemedelsförmånen.

Monoterapi med lokalt antibiotikum ska undvikas. Antibiotika lokalt och systemiskt bör inte kombineras. Risken för resistensutveckling minskar om kombinationspreparat enligt ovan används.

Vid svårare akne kan långtidsbehandling med tetracyklin (Tetralysal) i fulldos krävas. Behandlingen bör, om möjligt, seponeras efter 3 månader och kan upprepas vid eventuellt recidiv. Vid återkommande behov av peroral tetracyklinbehandling övervägs remiss till dermatolog. Om ingen effekt noterats efter 3 månader avslutas behandlingen. Peroral antibiotikabehandling ska alltid kombineras med lokalbehandling, bensoylperoxid (Basiron AC) eller adapalen (Differin) eller kombinationspreparat bensoylperoxid och adapalen (Epiduo) för bättre effekt.

Vid ärrbildande (nodulocystisk) eller terapiresistent akne bör patienten remitteras till hudläkare.

Behandlingsrekommendation vid akne enligt Läkemedelsverket

Se tabell nedan.

	Komedoakne	Papulopustulös akne		Svår akne	
		Mild	Medelsvår	Papulopustulös	Nodulocystisk
Förstahandsalternativ	Differin (adapalen)	Monoterapi med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Skinoren (azelainsyra) Alternativt kombinationspreparat Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Tetralysal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Remiss till dermatolog
Andrahandsalternativ			Duac (bensoylperoxid + klindamycin)** Alternativt Acnatac (tretinoin + klindamycin)	Remiss till dermatolog	
Tredjehandsalternativ			Tetralysal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen) Alternativt Kombinerad hormonell metod*** + topikal behandling enl ovan		
Fjärdehandsalternativ			Remiss till dermatolog		

* Behandling under högst två perioder à tre månader, sedan remiss till dermatolog.

** Kombinationsbehandling med bensoylperoxid och topikala antibiotika minskar risken för resistensutveckling hos *P. acnes*.

*** Till kvinnor med samtidigt behov av antikonception och som saknar riskfaktorer för venös tromboembolism kan kombinerad hormonell preventivmetod innehållande etinylöstradiol och gestagen i form av drospirenon, dienogest eller desogestrel förskrivas, se Rekommenderade läkemedel sid 101.



AKTINISKA KERATOSER

Aktiniska keratoser (AK) är vanligt förekommande och kan i många fall behandlas inom primärvården. Enstaka AK hos äldre och sköra patienter kan lämnas utan åtgärd.

För lokalbehandling av aktiniska keratoser finns imikvimod (Zyclara, Aldara) och 5-fluorouracil (5-FU) i kombination med salicylsyra (Actikerall).

Zyclara och Actikerall rekommenderas i första hand. Aldara är ett andrahandsalternativ.

Actikerall är ett kombinationspreparat med fluorouracil och salicylsyra. Actikerall kan därför användas utan föregående avfällning.

Preparaten skiljer sig åt beträffande behandlingsrutin och hur stort område som kan behandlas per omgång samt i viss mån biverkningsprofil. Preparatval görs med hänsyn till patient och behandlingsområdets storlek.

Informera alltid patienten om de förväntade lokalreaktionerna, vilka ibland kan bli kraftiga. ■

PICATO FINNS EJ PÅ MARKNADEN UNDER EMAs GRANSKNING AV HUDCANCERRISK

EMAs säkerhetskommitté (PRAC) granskar för närvarande data som visat ökat antal fall av NMSC (non melanoma skin cancer), inklusive skivepitelcancer, i området som behandlats med ingenolmebutat (Picato gel) hos patienter med aktinisk keratos.

Studieresultat från en treårig studie med 484 patienter som jämfört ingenolmebutat med imikvimod visar en högre förekomst av skivepitelcancer i det behandlade området, 3,3 % av patienterna i ingenolmebutatgruppen jämfört med 0,4 % i imikvimodgruppen.

PRAC kommer att göra en grundlig översyn av all tillgänglig information, inklusive data från pågående studier. I avvaktan på detta resultat har preparatet som en försiktighetsåtgärd på grund av en möjlig ökad risk för hudcancer tagits bort från marknaden. ■

Hyperlipidemi

Förbättrade levnadsvanor utgör alltid basen i behandlingen

Läkemedelsbehandling bör vanligtvis övervägas som tillägg till råd om levnadsvanor (kost, motion och rökstopp) i grupperna mycket hög risk och hög risk. I gruppen måttlig risk rekommenderas i första hand råd om förbättrade levnadsvanor. Det kan bli aktuellt med farmakologisk behandling i gruppen med måttlig risk och för utvalda fall i gruppen med låg risk, då risken kan påverkas även av andra faktorer och markörer för risk för hjärt-kärlsjukdom. Erbjud alltid rökslutarstöd i förekommande fall.

Fysisk aktivitet och träning vid lipidrubning

Aerob fysisk aktivitet med måttlig intensitet 3–7 gånger/vecka i totalt minst 150 minuter eller med hög intensitet 3–5 gånger/vecka i totalt minst 75 minuter förbättrar lipidbalansen med sänkning av triglycerider samt ökning av HDL. LDL och total kolesterol påverkas ej. Vid behandling av blodfettsubstans med fysisk aktivitet bör även kostomläggning ske.

Riskvärdering för kardiovaskulär sjukdom

Grunden för val av den farmakologiska behandlingen är riskvärdering för kardiovaskulär sjukdom.

Patienter med manifest hjärt-kärlsjukdom eller grav njursvikt har alltid mycket hög risk. Patienter med diabetes kan riskskattas enligt **Nationella Diabetesregistret, NDR** (www.ndr.nu/risk). Hos personer utan känd hjärt-kärlsjukdom eller diabetes kan en multifaktoriell riskvärdering göras, gärna med hjälp av SCORE som kalkylerar 10 års risk för att dö i kardiovaskulär sjukdom, se Rekommenderade läkemedel, sid 359. Utgå från patientens sammanvägda riskfaktorer.

Patienter med *mycket hög risk* är de med:

- Kardiovaskulär sjukdom
- Kronisk njursjukdom med GFR < 30 ml/min/1,73 m² kroppsyta
- RISKSCORE: ≥ 10 %
- NDR: > 20 % 5-årsrisk för hjärt-kärlhändelse

Patienter med *hög risk* är de med:

- Markant förhöjning av enskilda riskfaktorer såsom total kolesterol > 8 mmol/l, systoliskt blodtryck ≥ 180 mmHg och/eller diastoliskt blodtryck ≥ 110 mmHg, eller rökare med > 20 paketår (antal paket à 20 cigaretter per dag × antal år)

- Kronisk njursjukdom med GFR 30–59 ml/min/1,73 m² kroppsyta
- RISKSCORE: 5 % – < 10 %
- NDR: 8–20 % 5-årsrisk för hjärt-kärlhändelse

Patienter med *måttlig risk* är de med:

- RISKSCORE: 1 % – < 5 %
- NDR: 2–7 % 5-årsrisk för hjärt-kärlhändelse
- Grad 2 hypertoni ≥ 160–179 / 100–109 mmHg

Patienter med *låg risk* är de med:

- RISKSCORE: < 1 %

Insättning av lipidsänkande läkemedel ska alltid övervägas hos patienter med "hög" och "mycket hög" risk.

Farmakologisk behandling

• Statiner

Atorvastatin, Rosuvastatin och Simvastatin är förstahandsval vid farmakologisk behandling av hyperkolesterolemi. Det är såväl väldokumenterat som kostnadseffektivt. Statiner är alltid förstahandsmedel för lipidsänkning.

Till patienter med **mycket hög risk** för hjärt-kärlsjukdom och vid akuta koronara syndrom (AKS) bör behandlingen vara intensiv med höga doser av potenta statiner, i första hand Atorvastatin 80 mg. Behandlingsmål för dessa patienter är LDL < 1,8 mmol/l eller om det inte är möjligt en ≥ 50 %-ig reduktion av LDL. Hos äldre (> 75–80 år) kan lägre ingångsdos av statin 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 ≤ 2,5 mmol/l.

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

• Ezetimib

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

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).

• Resiner

Resiner kan användas för sänkning av LDL-kolesterol. Ofta begränsas användningen av gastrointestinala biverkningar, vilka kan minskas med gradvis upptitrering av dos samt adekvat intag av vätska.

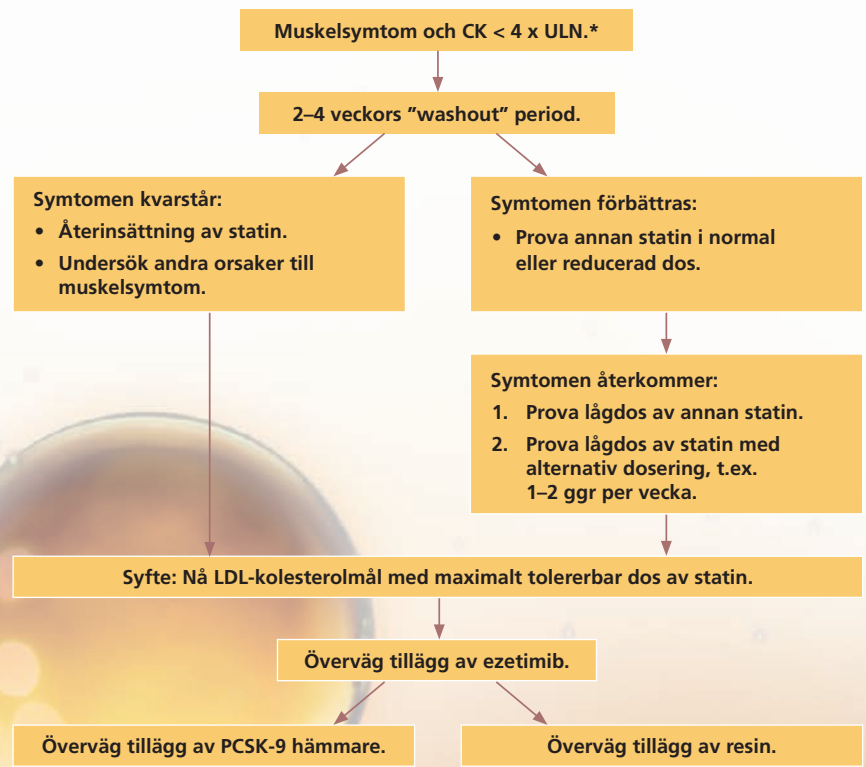
• Fibrater

Fibrater är indicerade vid mycket höga triglyceridnivåer (> 10 mmol/l) för att minska risken för pankreatit orsakad av hypertriglycerid-

emi. Fibrater som 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.

Statinbiverkningar?

De allra flesta individer tolererar statinbehandling. Vid milda muskulära biverkningar kan man försöka med en "washout" period på 2-4 veckor och sedan prova med statin igen, se figur nedan. Observera att Simvastatin 80 mg är förenat med stor risk för rabdomyolys och bör inte användas.



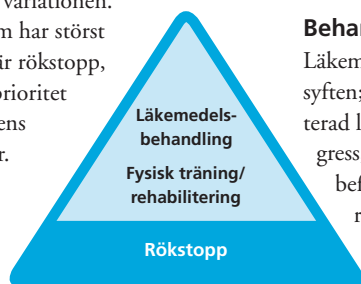
* Upper Limit of Normal

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en inflammatorisk lung-/luftrörssjukdom som karaktäriseras av ihållande luftvägssymtom och kronisk luftrörsobstruktion. Den vanligaste orsaken är mångårig tobaksrökning.

Den obstruktivitet som ses vid KOL orsakas av bronkiolit och emfysem i varierande proportioner, och manifesteras i form av sänkt FEV₁/FVC-kvot vid spirometri. Enligt de senaste riktlinjerna från Läkemedelsverket har man anpassat sig till den internationella definitionen av obstruktivitet; FEV₁/FVC < 0,7. Eftersom lungfunktionen normalt sjunker med åldern är detta en ganska grov definition som innebär risk för underdiagnostik hos yngre och överdiagnostik hos äldre. Signifikant reversibilitet utesluter inte KOL, men lungfunktionen normaliseras aldrig helt. Det största kliniska problemet är exacerbationer, dvs försämringsepisoder med ökade symtom utöver den dagliga variationen.

Den åtgärd som har störst betydelse över tid är rökstopp, vilken har högsta prioritet enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Övriga hörnstenar i behandlingen är fysisk träning/rehabilitering och farmakologisk behandling.



GOLD-riktlinjer

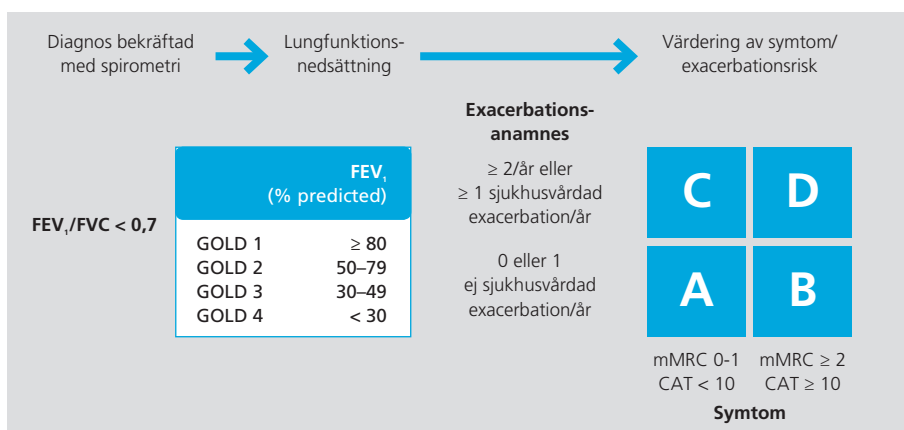
Enligt GOLD-riktlinjerna (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ska värderingen av svårighetsgraden innefatta lungfunktionsgrad, hälsostatus/symtom och exacerbationsfrekvens.

Hälsostatus/symtom kan värderas med CAT (COPD Assessment Test), eller med MRC-skalan, se www.luftvagsregistret.se. Enligt GOLD 2017 värderas lungfunktionsnedsättningen i grad 1–4 och symtom samt exacerbationer i grupperna A, B, C, D.

Grad 1–4 är i första hand ett prognostiskt instrument, medan grupp A, B, C, D är grunden för val av behandling.

Frekventa exacerbationer definieras som minst två exacerbationer eller minst en sjukhusvårdad exacerbation senaste året.

Värdering av svårighetsgrad enligt GOLD 2017



Behandlingstrappa KOL

Läkemedelsbehandling vid KOL ges i två syften; att minska symtom/förbättra hälsorelaterad livskvalitet samt att minska risk för progress, exacerbationer och mortalitet. Utifrån befintlig vetenskaplig dokumentation rekommenderas nu åter ett "trapptänk" enligt nedanstående figur. Trappan är anpassad efter GOLD 2017.

Vid insättning av behandling hos tidigare obehandlad patient rekommenderas för:

- **GOLD grupp A:** att starta på lägsta trappsteget **med kortverkande bronkvidgande medel** vid behov.
- **GOLD grupp B:** att starta med **LAMA** (långverkande antikolinergikum) **eller LABA** (långverkande beta-2-receptorstimulerare).
- **GOLD grupp C:** att starta med **LAMA**.
- **GOLD grupp D:** att direkt initiera behandling med dubbel bronkdilatation, **LAMA + LABA**.

Vid otillräcklig effekt läggs ytterligare preparat till enligt den föreslagna behandlingstrappan, men det är också viktigt att vid utebliven tilläggs effekt av upptrappad behandling gå tillbaka ett steg på trappan.

Det finns vetenskapligt stöd för att kombinationen LAMA + LABA har bättre effekt på exacerbationer än ICS + LABA. För vissa patienter finns en tilläggs effekt av ICS till LAMA + LABA.

Faktorer som talar för trippelbehandling är täta exacerbationer med tidigare effekt av ICS, misstanke om astmafenotyp av KOL eller dubbeldiagnos astma/KOL, samt förhöjda eller normalhöga eosinofila på fempartsdiff. I övriga fall ska utsättning av ICS-komponenten provas.

Jämfört med placebo och långverkande beta-2-receptorstimulerare givet som monoterapi ger behandling med inhalationskortikosteroider en ökad risk för pneumoni.

Skriftlig behandlingsplan

Det är också ofta till god hjälp att ha en skriftlig behandlingsplan som finns tillgängligt i EyeDoc eller laddas ner gratis från SKR, <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/kol-minbehandlingplan.html>

Vid behovsbehandling

Vid behovsmedicinering ges som enda behandling vid lindriga eller sporadiska symtom, frånvaro av frekventa exacerbationer och FEV₁ ≥ 50 % av förväntat normalvärde, eller annars som komplement till underhållsbehandling.

Kortverkande beta-2-receptorstimulerare salbutamol (Ventoline, Ventilastin) eller terbutalin (Bricanyl) rekommenderas i första hand för behandling vid behov. Ett alternativ är LABA med snabb tillslagstid; formoterol (Oxis, Formatrix). Kortverkande antikolinergikum ipratropium (Atrovent spray) är ett alternativ till patienter som ej behandlas med långverkande antikolinergikum (LAMA).



Underhållsbehandling

För behandling med långverkande antikolinergikum (**LAMA**) rekommenderas i första hand tiotropium (Braltus, Spiriva), som funnits längst på marknaden och har bäst dokumentation avseende exacerbationer och hälso-relaterad livskvalitet. Innehållet i Braltus Zonda och Spiriva Handihaler är likvärdigt. Braltus är billigare än Spiriva och bör då vara förstahandsalternativ vid nyinsättning samt vid iterering om compliance inte påverkas.

Vid val av långverkande beta-2-receptorstimulerare (**LABA**) rekommenderas i första hand indakaterol (Onbrez). Indakaterol har i ett flertal studier visat positiv effekt framför allt på symtom (dyspné) och livskvalitet, men även viss effekt på exacerbationer.

Vid behov av dubbel bronkdilatation (**LABA + LAMA**) rekommenderas en fast kombination av indakaterol och glykopyrrolon (Ultibro). Preparatet har dokumenterat tilläggs effekt på dyspné och exacerbationer jämfört med monokomponenterna. Om behandling med inhalationsspray föredras rekommenderas en fast kombination av olodaterol och tiotropium (Spiolto Respimat).

Om inhalationskortikosteroid ska läggas till långverkande beta-2-receptorstimulerare (**ICS + LABA**) rekommenderas budesonid + formoterol (DuoResp, Symbicort), beklometason + formoterol (Innovair) eller flutikasonfuroat + vilanterol (Relvar). Effekten av DuoResp

och Symbicort har bedömts vara likvärdig.

DuoResp är i dagsläget billigare än Symbicort och bör då vara förstahandsalternativ vid nyinsättning samt vid iterering om compliance inte påverkas. Relvar skiljer sig genom att det doseras en gång per dag.

Till patienter med behov av trippelbehandling (**ICS + LABA + LAMA**) finns fasta kombinationer av inhalationskortikosteroid, långverkande beta-2-receptorstimulerare och långverkande antikolinergikum, i sprayform beklometason + formoterol + glykopyrrolon (Trimbow), samt i pulverform flutikasonfuroat + vilanterol + umeklidinium (Trelegy).

Vid ökad slemproduktion (kronisk bronkit), frekventa exacerbationer och $FEV_1 < 50\%$ av förväntat värde ges tilläggsbehandling med **PDE4-hämmare** roflumilast (Daxas) i exacerbationsförebyggande syfte. Det är viktigt att preparatet endast ges på denna indikation. Daxas saknar symtomlindrande effekt.

Syrgas ges vid hypoxi, alltid som kontinuerlig terapi minst 16 timmar/dygn. Syftet med behandlingen är att förebygga sekundär organpåverkan och för att förlänga överlevnaden, medan graden av dyspné har mycket svag koppling till hypoxi. Syrgas kan endast förskrivas av lungmedicinsk specialist.

Det finns inga kontrollerade studier av långtidsbehandling med perorala steroider vid KOL och sådan behandling bör undvikas på grund av risk för allvarliga biverkningar. Erfar-

enhetsmässigt kan dock, hos en liten grupp svårt sjuka KOL-patienter, en låg dos perorala steroider leda till en förbättring som kan förhindra täta vårdkrävande försämringsskov.

Vid grav KOL med uttalad dyspnéproblematik finns god dokumentation för symtomlindring av behandling med opioid i låg dos, upp till 30 mg orala morfinekvivalenter per dygn, utan samtidigt ökad mortalitet.

Utvärdering av farmakologisk behandlingseffekt

Som underlag för läkarens bedömning av symtomlindrande effekt bör nedanstående områden penetreras och dokumenteras i samband med behandlingsstart. Ett bra sätt är att använda CAT. Det är även viktigt att kontrollera patientens inhalationsteknik.

- Begränsning av fysisk aktivitet viktig för patientens vardag.
- Obehag av dyspné.
- Störning av sömnkvalitet.
- Vitalitet (ork, energi och kraft).
- Förmåga att hantera sjukdomen (coping).
- Övriga symtom som hosta, slem och pip i bröstet.



Läkemedelsbehandling av de Mest Sjuka Äldre

Text: Michael Holmér Geriatriska kliniken USÖ och Läkemedelscentrum

Ny reviderad upplaga 2020–2021

Äldre personers situation är ofta komplex, vilket kräver särskild varsamhet. Läkemedelsbehandlingen av de mest sjuka och de allra äldsta baseras till stor del på klinisk erfarenhet då det vetenskapliga underlaget är begränsat. För sköra äldre med kort förväntad återstående livslängd bör symtomatisk behandling prioriteras före prevention. Det är därför viktigt att den behandling som erbjuds anpassas efter förväntad nytta för individen och att en helhetsbedömning utifrån individens behov och önskemål görs. Syftet med en åtgärd bör alltid övervägas innan beslut fattas om en läkemedelsbehandling ska initieras, behållas eller avslutas. För sköra äldre bör syftet med en behandling i första hand vara symtomlindring, ökad livskvalitet och minskad risk för biverkningar.

Läkemedelsbiverkningar kan vara svåra att skilja från sjukdomstillstånd/symtom. Därför är det viktigt att alltid ha i åtanke att ett misstänkt symtom egentligen kan vara en läkemedelsbiverkan.

Minska risken för biverkningar genom att tillämpa "start low go slow" och regelbundet:

- Kontrollera eGFR, verktyg för beräkning finns på www.egfr.se.
- Mäta blodtryck även i stående.
- Kontrollera vikten.
- Göra interaktionskontroll (via journal-system, Pascal eller www.janusinfo.se).
- Beakta läkemedel som bör undvikas hos äldre.

God läkemedelsterapi hos äldre ska kännetecknas av:

Tydlig indikation, mål för behandlingen och uppföljning. Läkemedelsgenomgång och korrekt läkemedelslista. Säker läkemedels-hantering, vilket är ett nytt avsnitt i den nya upplagan.

Några nyheter

- **Syrarelaterade tillstånd i matstrupe och magsäck:** Pantoprazol 40 mg rekommenderas i första hand och motiveras av mindre risk för interaktioner. Utvärdering efter eradikering påpekas. Ett nytt stycke berör behandling med profylaktisk PPI i vissa patientgrupper och kliniska situationer.
- **Vitaminer, B12 och folsyra:** P-kobalaminer bör mätas regelbundet vid metforminbehandling och provtagning med P-homocystein rekommenderas hos riskgrupper. Parenteral behandling med B12 är endast aktuellt vid otillfredsställande effekt av peroral behandling.
- **Hypertoni:** Avsnittet är till stora delar omarbetat på grund av nya europeiska riktlinjer, men även NICE-guidelines. Det är rimligt att överväga behandling av SBT > 160 mmHg även hos de mest sjuka äldre, men vid kort förväntad återstående livslängd ska livskvalitet prioriteras före prevention. Ett rimligt målblodtryck för huvuddelen hos de som har antihypertensiv behandling är 140–150/70–80 mmHg. Vid ortostatism bör behandlingen baseras på stående SBT.
- **Hjärtsvikt:** Benämningen har moderniserats (HF r/mr/p EF), men behandlingsrekommendationen är oförändrad. Risk för vätskeretention poängteras vid användning av brystabletter och andra natrium-innehållande läkemedel såsom Movicol.
- **Lipidsänkande behandling:** Behandlingstiden för plackstabilisering är förlängd till 3–12 månader efter akut ischemisk hjärtsjukdom och stroke, men individuell bedömning är nödvändig för att väga nytta mot risk. Liksom tidigare rekommenderas atorvastatin eller rosuvastatin.
- **Trombocythämning vid hjärt-kärlsjukdom:** Dubbel trombocythämning under 1–12 månader kan vara aktuell även i gruppen mest sjuka äldre. Samtidig PPI-profylax bör övervägas.
- **Förmaksflimmer:** Alla patienter bör erbjudas antikoaguliabehandling vid förhöjd risk enligt CHA₂DS₂VASc och samtidig avsaknad av kontraindikationer.
- **Antikolinerga läkemedel:** De är inte indicerade vid urininkontinens.
- **Osteoporos:** Behandling ska övervägas vid genomgången lågenergifraktur i kota eller höft oberoende av FRAX-värde. I denna patientgrupp är det inte nödvändigt att verifiera med DXA-mätning. Profylaktisk osteoporosbehandling föreslås vid pågående eller planerad behandling med kortison även i relativt låga doser, motsvarande ≥ 5 mg prednisolon.



Rekommendationerna finns i form av en tryckt "lathund" i fickformat som bifogas detta nummer av Rapport om läkemedel. Lathunden och en mer omfattande bakgrundsdokumentation finns tillgänglig på regionorebrolan.se/lakemedel under Läkemedelsrekommendationer > Äldre och läkemedel

- **Depression:** I avsnittet diskuteras hur bristfälligt evidensläget är avseende läkemedelsbehandling av depression. Det föreligger också fallrisk, särskilt i kombination med opioider. Äldre patienter har ökad risk för förlängd QTc-tid och Torsade de Pointes. Risken ökar ytterligare vid användning av antidepressiva medel, hjärt-kärlläkemedel, diuretika och PPI.
- **Sömnstörning:** När läkemedelsbehandling är aktuell, föreslås zopiklon, oxazepam, mirtazapin och melatonin (ex tempore). Melatonin är nytt i gruppen av föreslagna läkemedel.
- **Parkinsons sjukdom:** Även vid atypisk Parkinson kan behandling med L-dopa ge betydande symtomlindring, men med risk för konfusion. Parkinsonpatienter har tydligt förhöjd risk för postural hypotension, varför blodtrycket ska följas även i stående.
- **BPSD:** Det grundläggande som poängteras är att utreda orsak och pröva icke farmakologisk behandling. Behandling med läkemedel är ett sistahandsval. Vid behov av antipsykotisk medicinering hos patient med Lewy body demens föreslås att specialist konsulteras, då patienten vid felaktig medicinering allvarligt kan försämrats.
- **Vård i livets slutskede:** Det poängteras att morfin-skopolamin bör undvikas på grund av betydande antikolinerga effekter.

Riktlinje Åtgärder vid anafylaxi

– Ny uppdatering – Cetirizin ersätter Aerius

Den regionövergripande riktlinjen "Åtgärder vid anafylaxi" är åter uppdaterad. Riktlinjen är ett platinadokument. Vid sökning "anafylaxi" på intranätet kommer dokumentet upp överst i träfflistan.

Vid anafylaxi är det viktigast att ge adrenalin som första läkemedel. Adrenalin ges intramuskulärt i låret för snabbt systemiskt upptag. Upprepa var 5:e–10:e minut vid behov.

Aerius munsönderfallande tablett marknadsförs inte längre. Antihistaminet cetirizin (Cetirizin tablett och Zyrlex oral lösning) ersätter Aerius munsönderfallande tablett. Se dosering nedan. Full effekt av antihistaminer inträder efter 30–60 minuter.

Kortison har ingen akut insättande effekt, utan effekten kommer tidigast efter ca 2 timmar. Kortison ges för att blockera sena effekter av den allergiska reaktionen.

Indikation	Läkemedel	Adm.sätt	Dos vuxna	Dos barn	Effekt
Kraftig urtikaria Andnöd Hypotension Allmänpåverkan Kraftiga buk- smärtor och kräkningar	Adrenalinpenna (olika typer och styrkor finns) eller Inj Adrenalin 1 mg/ml	Intramuskulärt i lårets utsida Intramuskulärt i lårets utsida	Adrenalinpenna Emerade 500 µg >50 kg: 500 µg eller 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg) >50 kg: 0,5 mg (0,5 ml)	Adrenalinpenna Emerade 150 µg, 300 µg resp 500 µg < 20 kg: 150 µg*) 20–50 kg: 300 µg > 50 kg: 500 µg eller 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg) max 0,5 mg (0,5 ml)	< 5 min Upprepa var 5:e–10:e min vb
Alla	Tabl Cetirizin 10 mg Oral lösn Zyrlex 1 mg/ml	Per os	20 mg (2 tabl à 10 mg)	> 12 år: 20 mg (2 tabl) 6–12 år: 10 mg (1 tabl) 1–5 år: 5 mg (1/2 tabl) < 1 år: 0,5 mg/kg	Inom 30–60 min
Alla	Tabl Betapred 0,5 mg eller Inj Betapred 4 mg/ml eller Inj Solu-Cortef 100 mg (färdig lösning 50 mg/ml)	Per os (Tuggas, sväljes hela eller löses i vatten) Intravenöst Intravenöst	10 tabletter 8 mg (2 ml) 200 mg (4 ml)	< 6 år: 6 st ≥ 6 år: 10 st < 6 år: 4 mg (1 ml) ≥ 6 år: 8 mg (2 ml) < 6 år: 100 mg (2 ml) ≥ 6 år: 200 mg (4 ml)	Först efter 2–3 tim

***) Om adrenalinlösning inte finns till hands kan adrenalinpenna 150 µg ges även till barn under 10 kg.**

Typ 2-diabetes – uppdaterad behandlings- algoritm

Rökstopp och levnadsvanor					
Metformin					
Uttalad fetma (BMI ≥ 35 kg/m ²)	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Övriga t ex normalviktig utan komplex samsjuklighet
GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) HbA1c-sänkning 10-15 mmol/mol Viktne dg ång 3–4 kg Låg hypoglykemisk Gastrointestinala bieffekter	GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) HbA1c-sänkning 10–15 mmol/mol Viktne dg ång 3–4 kg Låg hypoglykemisk Gastrointestinala bieffekter	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana) HbA1c-sänkning ca 10 mmol/mol Viktne dg ång 2–3 kg Låg hypoglykemisk Risk för urogenital infektion, ketoacidosis	DPP-4-hämmare Linagliptin (Trajenta) Sitagliptin (Januvia)** HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktne dg ång Låg hypoglykemisk Meglitinid Repaglinid (Repaglinid) lakttag försiktighet, starta med låg dos (0,5 mg) till måltiderna (1-3 ggr/dag) och vid behov trappa upp dosen försiktigt. Risk för hypoglykemi och viktuppgång. Insulin Insulin human (Insuman Basal) Risk för hypoglykemi och viktuppgång	DPP-4-hämmare Linagliptin (Trajenta) Sitagliptin (Januvia) HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktne dg ång Låg hypoglykemisk Insulin Insulin human (Insuman Basal) Risk för hypoglykemi och viktuppgång	Glimepirid (Glimepirid) Glipizid (Mindiab) Repaglinid (Repaglinid) Insulin human (Insuman Basal) Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana) Linagliptin (Trajenta) Sitagliptin (Januvia) Pioglitazon (Pioglitazon) Akarbos (Glucobay)
* Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 4:2017, tabell VII. ** Reducerad dos. *** Alla snabbverkande insuliner är likvärdiga och av kostnadsskäl väljs det billigaste alternativet vid nyinsättning och receptförnyelse.			Insulin Basinsulin (Insuman Basal) Snabbverkande insulin (Insulin Lispro Sanofi)***		

RÖL-DIAREG 2020

Behandlingsalgoritmen för typ 2-diabetes är uppdaterad se ovan

Vid läkemedelsbehandling är **Metformin** förstahandsalternativ.

Detta gäller dock inte för patienter med uttalad njurfunktionsnedsättning (eGFR < 45 ml/min) eller till de mest sjuka äldre. Metformin bör sättas in i anslutning till diagnosen.

Vid behov av tilläggsbehandling rekommenderas olika preparat utifrån bl a patientens samsjuklighet såsom uttalad fetma (BMI ≥ 35 kg/m²), manifest kardiovaskulär sjukdom, hjärtsvikt eller nedsatt njurfunktion

(eGFR < 30 ml/min). Rekommendationer finns även för de mest sjuka äldre samt för normalviktiga patienter utan komplex samsjuklighet.

Vid insulinbehandling av typ 2-diabetes ska man i första hand välja ett NPH-insulin. Alla NPH-insuliner är likvärdiga (Humulin NPH, Insulatard och Insuman Basal). Av kostnadsskäl rekommenderas det billigaste vid nyinsättning och receptförnyelse. För närvarande är **Insuman Basal** det rekommenderade preparatet.

För mer information se Rekommenderade läkemedel sid 32–45.



LISTA ÖVER LÄNETS APOTEK MED DIREKTNUMMER

På de två sista sidorna i "Rekommenderade läkemedel" hittar du en lista över apoteken i Örebro län med direktnummer.



Råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården

Text: Anna Hartwig, Plastik- och Käkkirurgiska kliniken USÖ

”Tandvårdens läkemedel” är en rekommendationsbok avseende läkemedel inom tandvården framtagen genom ett samarbete mellan nittio av landets regioner.

Övertandläkare Anna Hartwig vid Plastik- och Käkkirurgiska kliniken USÖ har som representant för Läke-medelskommittén Region Örebro län deltagit i revideringsarbetet med boken.

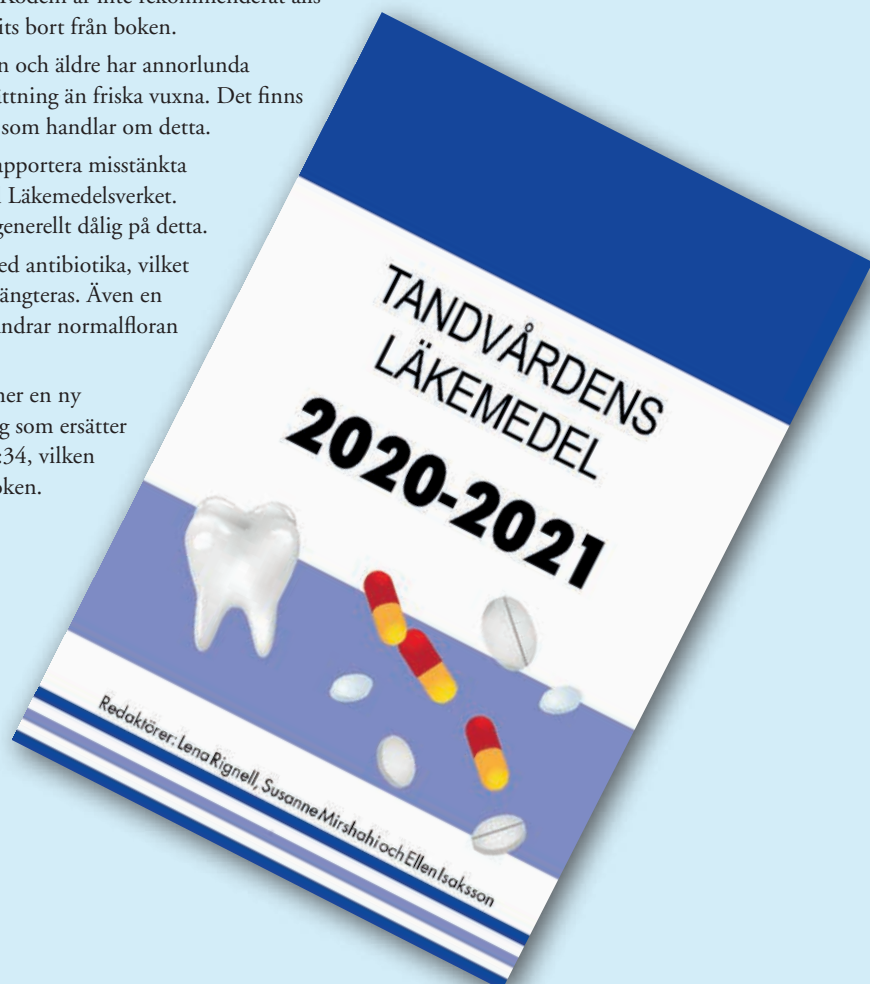
Boken distribueras kostnadsfritt till alla tandläkare och tandhygienister (privat och offentligt anställda) som är verksamma inom Örebro län. Boken finns även utlagd på Läke-medelskommitténs hemsida regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Läkemedel inom tandvården*.

Läkemedelskommittéernas uppgift är bl a att utarbeta råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning. Denna bok har till syfte att fungera som stöd och hjälp i behandlingssituationen. Det som skrivs är inte heltäckande inom alla områden utan önskar man djupare information får man gå vidare till andra källor. I boken ges förslag på ytterligare informationskanaler.

Första delen av boken innehåller terapispecifika rekommendationer avseende behandlingsalternativ och läkemedelsval. Därefter kommer en uppslagsdel med mera övergripande frågor av allmänt intresse. Sist i boken finns ett avsnitt med gällande regler och författningar.

Nyheter och stycken som vi i år vill framhålla är:

- Generellt i boken används nu ordet fluorid.
- Kapitlet om parodontologi är uppdaterat med ny klassificering och nomenklatur.
- Kapitel smärta betonar att morfin är det preparat vi ska använda vid svår smärta. Ett alternativ är att ha tabletter på kliniken och skicka med några med patienten hem. Kodein är inte rekommenderat alls och har helt tagits bort från boken.
- Tänk på att barn och äldre har annorlunda läkemedelsomsättning än friska vuxna. Det finns separata kapitel som handlar om detta.
- Glöm inte att rapportera misstänkta biverkningar till Läke-medelsverket. Tandvården är generellt dålig på detta.
- Var restriktiv med antibiotika, vilket inte nog kan poängteras. Även en engångsdos förändrar normalfloran under lång tid.
- Juli 2020 kommer en ny receptförfattning som ersätter HSLF-FS 2016:34, vilken hänvisas till i boken.



Några korta budskap från föredrag under Mellansvenskt Läkemedelsforum den 5–6 februari 2020 i Örebro. Arrangör av läkemedelsforum är Läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebroregionen.

Text: Jens Lindqvist, Läkemedelscentrum

Lewy body demens

Lewy body demens är den näst vanligaste neurodegenerativa sjukdomen efter Alzheimers sjukdom, men är troligen underdiagnostiserad. I Sverige ställs diagnosen hos 1 % av patienterna med demenssjukdom i ett primärvårdsmaterial, medan man i data från neuropatologiska studier sett lewykroppar hos 20 % av patienter med demenssjukdom.

Tecken på Lewy body demens

Utredning vid misstänkt Lewy body demens sker i Örebro vid Geriatriska kliniken, USÖ. Diagnosen ställs enligt konsensuskriterier för Lewy body demens från 2017. Nedanstående faktorer ska leda till misstanke om Lewy body demens:

- **Kognitiv svikt – typiska tecken**
Exekutiv dysfunktion, visuospatial störning, uppmärksamhetsstörning, dock relativt välbevarat minne och språk (kan få relativt höga poäng på MMSE).
- **Parkinsonism – hos ca 85 % under förloppet**
Bradykinesi, rigiditet, gångstörning, hypofoni, men parkinsonismen saknar tremor.
- **Fluktuationer** – patienten pendlar mellan att vara vaken och adekvat till att vara förvirrad.
- **Synhallucinationer – hos ca 80 % under förloppet**
Komplexa, detaljerade återkommande hallucinationer, som animerade objekt (djur, barn, dubletter av partner). Patienten har god insikt om att hallucinationerna inte är riktiga.
- **REM sömnstörning**
Komplex motorisk aktivitet under REM sömnfas och aggressiva drömmar, t ex drömmar om att bli jagad.
- **Utredningsfynd**
Relativt välbevarade strukturer i mediala temporallöber.

Vid Lewy body demens har flertalet patienter svår autonom dysfunktion (förtoppning, hypotension, urininkontinens).

Behandling

Behandling med läkemedel med antikolinerg verkan samt neuroleptika är särskilt viktiga att undvika.

1. Acetylkolinesterashämmare

Den kolinerga bristen hos patienter med Lewy body demens är större än den som ses vid Alzheimers sjukdom. Patienter med Lewy body demens svarar ofta bra på behandling med acetylkolinesterashämmare.

2. Behandling av de mest bekymmersamma symtomen – exempel:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| a. Parkinsonism | Levodopa |
| b. Hallucinationer | Quetiapin |
| c. Depression | Mirtazapin, venlafaxin |
| d. REM sömnstörning | Melatonin, klonazepam |
| e. Ortostatism | Midodrin |

Behandling med T3, svinsköldkörtelextrakt samt kommentar om hypotyreos typ 2

- Behandling med liotyronin, T3 i kombination med levotyroxin, T4, kan övervägas i särskilda fall. De flesta studier talar dock emot att T3 tillför något i behandlingen av hypotyreos.
- Behandling med tyreoidaextrakt (svinsköldkörtelextrakt) rekommenderas inte, det finns inget vetenskapligt stöd för detta.
- Hypotyreos typ 2 saknar vetenskaplig grund och ska inte behandlas med tyreoidahormon.

Potentiella nackdelar med att ge T3 utöver T4 vid hypotyreos

- Fluktuerande höga nivåer av T3.
- Svårt att monitorera, då T3 har en kort halveringstid på 6–7 timmar.
- Risk för översubstitution.

Nackdelar med tyreoidaextrakt (svinsköldkörtelhormon)

Förutom att evidens saknas för behandling, finns flera nackdelar med behandling i form av tyreoidaextrakt:

- Orena preparat.
- Osäkert innehåll i tabletter.
- Hög andel T3.
- Risk för överdosering.
- Oklara långtidseffekter.
- Kostar ca 40 000 kr per år.

Psoriasis

Psoriasis är en folksjukdom som förekommer i 2–4 % hos den vuxna befolkningen. Hos barn är prevalensen 0,3–0,5 %. Psoriasis är lika vanlig hos kvinnor och män och kan debutera i alla åldrar, men oftast före 30 års ålder.

Psoriasis ses idag som en systemsjukdom där immunsystemet spelar en stor roll i patogenesen. En triggerfaktor (exempelvis infektion, svårare trauma eller läkemedel) hos en genetiskt predisponerad individ utlöser en aktivering av immunförsvaret och gör att sjukdomen manifesteras.

Övervikt innebär ökad risk för psoriasis, rökning leder till tidigare debut och svårare besvär. Alkohol och stress beskrivs ofta försämra psoriasis, men detta har föga stöd i kliniska studier.

Det är viktigt att vid behandling av psoriasis inte enbart behandla hudsymtomen, utan också uppmärksamma eventuell samsjuklighet, inte minst psoriasisartrit. Det är också vanligt med samsjuklighet i form av kardiovaskulär och metabol sjukdom såsom hypertoni, diabetes, ferma, men även depression och inflammatorisk tarmsjukdom.

Svårighetsgraden av sjukdomen indelas i lindrig, medelsvår respektive svår psoriasis och gradering kan ske med hjälp av PASI och DLQI.



Behandling:

Lindrig psoriasis

- Mjukgörande medel används som bas och ökar hydreringsgraden, förbättrar barriärfunktioner och har en avfällande effekt på psoriasisplack.
- Glukokortikoider grupp III-IV används frånsett till ansikte och inversa lesioner, där grupp I-II rekommenderas. De har en antiinflammatorisk och immunomodulerande effekt.
- Kalcipotriol kan användas i ett andra steg när glukokortikoider ej ger tillräcklig effekt. Kalcipotriol är en vitamin D₃-analog som stimulerar differentiering och hämmar proliferation av keratinocyter och har en långsamare insättande effekt än glukokortikoider. Kalcipotriol kan användas i monoterapi, men också i kombination med grupp III-steroid.

Måttlig psoriasis

- Utöver den behandling som används vid lindrig psoriasis rekommenderas tillägg av behandling med UVB. Som regel ges tre behandlingar i veckan under 2 månaders tid. Remissionstiden är i genomsnitt 3 månader.
- Systembehandling övervägs för patienter med måttlig psoriasis om topikal behandling och/eller ljusbehandling inte givit tillräcklig effekt, eller vid återkommande snabba recidiv.

Svår psoriasis

- Hos patienter med svår psoriasis ska man överväga insättande av systembehandling. Metotrexat är förstahandsval vid systemisk behandling. Acitretin är ett alternativ om man önskar kombinera med UVB eller PUVA.

- TNF-hämmaren adalimumab utgör förstahandsval när man planerar att starta behandling med biologiskt läkemedel.
- Om behandlingsmål ej uppnås med dessa läkemedel finns flera effektiva interleukinhämmare att tillgå, riktade mot IL-17 (brodalumab, ixekizumab, sekukinumab) mot IL-23 (guselkumab, risankizumab, tildrakizumab eller mot IL-12 och IL-23 (ustekinumab).
- Dimetylfumarat, PUVA eller apremilast är alternativ till patienter som inte svarat på metotrexat och biologiska läkemedel eller där sådan behandling ej är aktuell.
- Klimatvård bör övervägas till personer med svår psoriasis som har otillräcklig effekt av andra behandlingsalternativ och särskilt behov av utbildning, förändrade levnadsvanor och fysisk aktivitet.
- Personer med svår psoriasis på fötterna bör erbjudas medicinsk fotvård. Behandlingen utförs av medicinska fotterapeuter.

Riktlinjer för remittering till hudspecialist

- Erythrodermi och generaliserad pustulös psoriasis remitteras akut.
- Alla barn och ungdomar med psoriasis.
- Mer än 10 % av kroppsytan är drabbad av psoriasis.
- Psoriasis som inte svarar tillfredsställande på given behandling.
- Svår hand- och fotpsoriasis eller svår invers psoriasis.
- I vissa fall då diagnosen sätts, t ex för information. Vid lindrig psoriasis remitteras patienten sedan tillbaka till primärvården.

Sömnstörningar hos barn och unga – behandling i primärvård

Diagnostik av sömnstörningar hos barn inkluderar kartläggning av sociala, psykologiska (ångest, stress, nedstämdhet, tidigare trauma) och medicinska faktorer (t ex obstruktiv sömnapné, epilepsi, restless legs, narkolepsi, söngvätning, nattskräck m fl). Sömn dagbok är ett viktigt hjälpmedel i kartläggningen.

Icke-farmakologisk behandling

- **Fakta om sömn – sömnfaser.**
- **Information om sömnhygien.**
- **Kognitiv intervention** (Jobba med barnets rädslor, utmana och korrigerar missuppfattningar).
- **Beteendebeskrivning** ... mot sömnassociationer (intervention mot vana man fått för att kunna somna, t ex dricka välling, amma). ... mot förälders förstärkning (arbeta med kontakten vid sänggående).
 - Avslappningsteknik.
 - Stimuluskontroll (ej vara i sängen om man ej sover, ej titta på klockan).

Sömnrestriktion ska ej användas hos barn.

Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling kan ibland vara aktuell som komplement till icke-farmakologisk behandling. Det är dock viktigt att försöka ta reda på det bakomliggande problemet. Det primära målet med läkemedelsbehandlingen är att bryta ett dåligt sömnmönster och behandlingen ska i första hand vara kortvarig (< 30 dagar). Vid ställningstagande till längre tids behandling bör det ske via Barn- och ungdomspsykiatrisk klinik (BUP).

Melatonin används i dosen 1–5 mg (> 2 år), 30–60 minuter innan sänggående. Sömn dagbok rekommenderas även under läkemedelsbehandling. Alimemazin (Theralen) och prometazin (Lergigan mite) kan användas som andrahandsalternativ (> 2 år).

För behandling inom Region Örebro län finns inom vårdnivå primärvård Samtalsmottagning för barn- och ungdomar mellan 6–14 år. Om vård krävs på specialistnivå remitteras till Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Se ytterligare information om Samtalsmottagning på intranätet, sök "Samtalsmottagning primärvård".

Föreläsarnas presentationer finns utlagda på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel under *Läkemedelsrekommendationer > Utbildning, information > Mellansvenskt läkemedelsforum.*



700 deltagare skakar loss i pausgymna under ledning av Anna Thörn. Foto: Carina Westberg.

Läkemedelsinformation på våra villkor

Tema: Guldkorn från den nya boken Rekommenderade läkemedel 2020–2021

Tid: Torsdag 28 maj 2020 kl 13–17 i Wilandersalen, M-huset USÖ

Program:

Inledning – Den nya boken Rekommenderade läkemedel

Hypertoni och nya blodtrycksgränser

Hyperlipidemi

Restless legs syndrome

ADHD hos vuxna

ADHD hos barn

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

Inbjudan till utbildningsdagen bifogas detta nummer av Rapport om läkemedel. **Du kan anmäla dig via mail:**

ann-britt.lundback@regionorebrolan.se

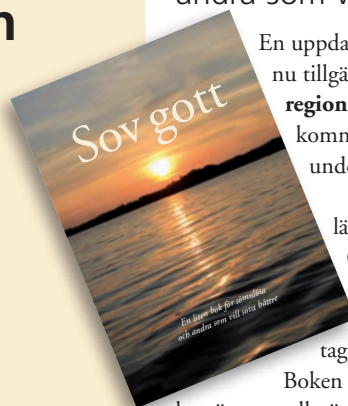
Anmälan senast 14 maj.

Bekräftelse på anmälan skickas ej ut.

Välkommen!
Läkemedelskommittén

Sov gott

– En liten bok för sömnlösa och andra som vill sova bättre



En uppdaterad version av ”bästsäljaren Sov Gott” finns nu tillgänglig för beställning från **ann-britt.lundback@regionorebrolan.se**. Boken finns även på Läkemedelskommitténs hemsida **regionorebrolan.se/lakemedel** under *Patientinformation*.

Sov Gott är framtagen i ett samarbete mellan läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebroregionen. Överläkare Lena Leissner USÖ, professor Steven Linton och postdok. Serena Bauducco Örebro Universitet har medverkat i framtagandet av boken.

Boken innehåller information om sömn och sömnbesvär samt allmänna råd och självinstruktioner som kan användas för en bättre sömn. Det visas hur en sömndagbok kan fyllas i.

Ungdomars sömn är ett nytt avsnitt i boken. Information om sömnläkemedel har utökats. Kort information finns även om kognitiv beteendeterapi.

Innehåll

SIDA 10

Vår läkemedelskommitté firar 50 år och ger ut 25:e upplagan av Rekommenderade läkemedel.

SIDA 12

Akne.

SIDA 13

Aktiniska keratoser.

Picato finns ej på marknaden under EMAs granskning av hudcancerrisk.

SIDA 14

Hyperlipidemi.

SIDA 16

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).

SIDA 18

Läkemedelsbehandling av de Mest Sjuka Äldre.

SIDA 19

Riktlinje Åtgärder vid anafylaxi.

Ny uppdatering – Cetirizin ersätter Aeries.

SIDA 20

Typ 2-diabetes – uppdaterad behandlingsalgoritm.

SIDA 21

Råd och rekommendationer för läkemedelsanvändning inom tandvården.

SIDA 22

Referat från Mellansvenskt läkemedelsforum 2020.



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



Region Örebro län