

Rapport om

Läkemedel

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN | REGION ÖREBRO LÄN

Nr 232 september 2021



**Nu finns de första reviderade kapitlen tillgängliga digitalt.
I detta nummer lyfts några av förändringarna.
I mars 2022 ges hela Rekommenderade läkemedel
2022-2023 ut i bokform.**

Rekommenderade läkemedel

- Hälften av terapikapitlen är reviderade

Hälften av Läkemedelskommitténs expertgrupper har under våren reviderat sina kapitel och Läkemedelskommittén har den 7 september fastställt och godkänt dessa. Nedanstående nya rekommendationer finns på Läkemedelskommitténs hemsida: [www.regionorebrolan.se/lakemedel/Lakemedelsrekommendationer/Rekommenderade lakemedel](http://www.regionorebrolan.se/lakemedel/Lakemedelsrekommendationer/Rekommenderade_lakemedel)

De reviderade kapitlen är:

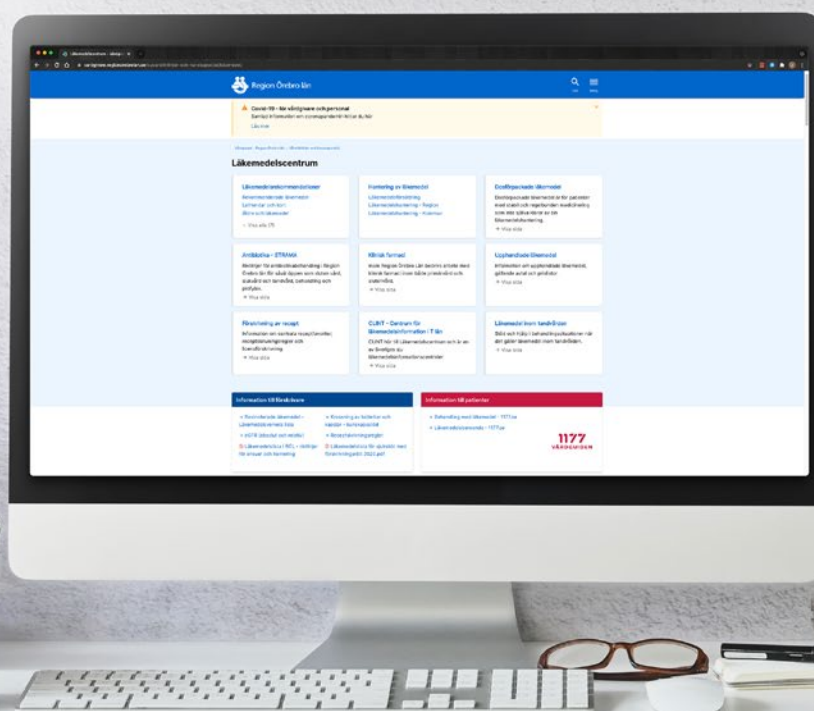
- Njurfunktion och dosering av läkemedel
- Långt QT-syndrom (LQTS) och läkemedel
- Trafik, riskfyllt arbete och läkemedel
- Diabetesmedel
- Antikoagulantia och Medel vid anemier
- Infusionsvätskor och nutrition.
- Analgetika, Antiinflammatoriska och antireumatiska medel, Giktmedel
- Migrän, Antiepileptika, Medel vid Parkinsons sjukdom och annan parkinsonism, Medel vid tremor
- Medel vid restless legs syndrome (RLS)
- Psykiatri
 - Neuroleptika, Sömnmedel, Depression, Stämningsstabiliserande medel, Ångest-syndrom, Nedtrappning av benso-diazepiner, Användning av psyko-farmaka 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
- Hälsoekonomi
- Läkemedel och miljö

I detta nummer av Rapport om läkemedel presenteras ett axplock från ovanstående kapitel. Läkemedelskommitténs nya expertgrupp Nutrition beskrev i Rapport om läkemedel nr 227 okt 2020 riktlinjer inom området. Förskrivningsmallar för rekommenderade och upphandlade produkter har tagits fram för att underlätta för läkare som inte är "dagligförskrivare".

Till följd av en omorganisation av regionens AK-mottagningar har ansvaret för NOAK-patienter decentraliserats. Ansvar för såväl insättning, uppföljning, dosjustering och utsättning har nu ordinarie vårdenhet. Detta har tidigare beskrivits i Rapport om läkemedel nr 230 april 2021 och nr 231 juni 2021.

Under hösten kommer övriga expertgrupper att revidera sina kapitel. I mitten av mars 2022 kommer samtliga rekommendationer att ges ut som en tryckt bok.

Maria Palmetun Ekbäck
Ordförande i Läkemedelskommittén
Region Örebro län



Migrän

Icke farmakologisk behandling, såsom eliminering av triggerfaktorer samt regelbundna levnadsvanor och vila, är viktig och kan reducera besvären med ca 50 %. Opioider inklusive kodein och tramadol har ingen plats vid behandling av migränanfall. Risken för svårbehandlad tablett huvudvärk vid hög konsumtion av analgetika eller triptaner bör beaktas. Hög konsumtion definieras som ≥ 10 dagar/månad med triptaner/ opioider alternativt ≥ 15 dagar/månad med enklare analgetika (paracetamol, ASA, NSAID) under minst 3 månader.



Anfallskuperande medel

Vid anfallskupering av migrän är paracetamol (**Alvedon**) och/eller acetylsalicylsyra (**Bamyl brustablett**), eventuellt kombinerat med koffein förstahandsval till vuxna. Alternativt kan NSAID-preparat användas – både **Naproxen** och **Ibuprofen** har indikationen migrän.

Diklofenak rekommenderas inte som ett förstahandsmedel på grund av miljöskäl. I de fall diklofenak föredras, välj *Diklofenak T* som har ett snabbare tillslag.

Analgetika ges som anfallskuperare i högre dos än normaldos. **Metoclopramide** kan användas i kombination med analgetika för att påskynda ventrikeltömningen och därmed analgetikaresorbtionen samt för att motverka illamående och kräkning. Behandlingen bör vara kortvarig, enligt FASS maximalt 5 dagar, på grund av risken för tardiv dyskinesi.

Om förstahandsmedlen ej har tillfredsställande effekt rekommenderas ett triptanpreparat. Flera alternativ finns, t ex **Sumatriptan**, **Rizatriptan** och **Zolmitriptan**. Inga stora skillnader föreligger mellan preparaten vad beträffar effekt och bieffekter, men på individnivå kan skillnader ses både vad beträffar effekt och tolerabilitet. Vid kräkningar kan nässpray vara ändamålsenligt. Båda nässprayerna sumatriptan (Imigran) och zolmitriptan (Zomig Nasal) är godkända för behandling av barn över 12 år. Övriga triptaner är ännu så länge bara godkända för patienter över 18 år. Preparaten reserveras därför för barnläkare eller barnneurolog, när det gäller barn.

Profylaktisk behandling

För patienter med frekventa (> 2 anfall/månad) och/eller svåra anfall rekommenderas profylaktisk behandling med i första hand beta-receptorblockerare, propranolol (**Inderal**) eller metoprolol (**Metoprolol depottablett**). Om beta-receptorblockerare ej fungerat kan kandesartan (**Candesartan**), **Amitriptylin** eller **Topiramat** prövas. Kandesartan har inte FASS-indikation migränprofylax, men evidensen talar för en minskning av antalet migrändagar. Startdos är 4–8 mg dagligen och titreras upp individuellt. Rekommenderad dos är 16 mg dagligen. Ovanstående preparat bör undvikas under graviditet.

Vid kronisk migrän (≥ 15 huvudvärksdagar per månad varav ≥ 8 migrändagar) som efter optimerad behandling inte haft effekt av eller inte tolererat minst två olika profylaktiska behandlingar kan andra behandlingsstrategier prövas. Injektionsbehandling med någon av CGRP-antagonisterna erenumab (Aimovig), fremanezumab (Ajovy) och galkanezumab (Emgality) kan användas vid kronisk migrän. Ett annat alternativ kan vara injektionsbehandling med botulinumtoxin (Botox).

Injektionsbehandling med dessa preparat sköts av neurolog eller annan specialist inom svår migrän. Profylax till barn reserveras för barnläkare eller barnneurolog.

Hortons huvudvärk

Vid Hortons huvudvärk är attackerna oftast så kortvariga och frekventa att flertalet farmaka ej hinner verka. Som anfallsbehandling rekommenderas i första hand medicinsk syrgas (**Conoxia**) på mask (8–10 liter/minut under 10–15 minuter) eller ett snabbverkande triptanpreparat.

Sumatriptan i subkutan injektionsform är det mest effektiva alternativet. Nässpray zolmitriptan (**Zomig Nasal**) kan också användas vid anfall av Hortons huvudvärk. Vid svåra Horton-perioder kan lindring erhållas med en 2–3 veckor lång steroidkur. Detta ges som regel i samråd med neurolog.

Profylaktisk behandling

Verapamil (**Isoptin**, **Isoptin Retard**) rekommenderas som profylax mot Hortons huvudvärk. Dessa patienter handläggs i samråd med neurolog.

Sömnstörningar

Be patienten fylla i en sömndagbok under minst 1–2 veckor för att få en bättre uppfattning om besvären. I utvalda fall kan somnografi ge värdefull tilläggsinformation framför allt vid långvariga sömnsvårigheter utan klar orsak och där man inte lyckats med behandlingen.

Man bör kartlägga följande faktorer:

- Typ av sömnstörning (insomningsproblem, avbruten sömn, tidigt morgonuppvaknande eller kombinationer av dessa, förskjuten dygnsrytm, hypersomni).
- Specifika sömnstörande faktorer, t ex snarkningar/andningsuppehåll, värk/smärtor, Restless legs, oro/ångest/depressivitet.
- Sömnstörningens inverkan på dagfunktion.
- Frekvens/varaktighet.
- Sömnhygieniska förhållanden.
- Förekomst av underliggande sjukdom, somatisk/psykiatrisk.

Icke farmakologiska behandlingsmetoder

Vid långvarig sömnstörning bör man i första hand pröva icke farmakologiska metoder.

- Sömnhygieniska råd (regelbunden dygnsrytm med samma tid för sänggående och uppstigning samtliga dagar, undvika tupplurar utan i stället bygga upp ökat sömnbehov inför natten med god aktivitet dagtid, tanka dagsljus, men tid för nervarvning inför sänggående, undvik alkohol och nikotin).
- Stimuluskontroll (korrigera olämpliga sömnvanor).
- Sömnrestriktion (reducera tiden i sängen till den tid patienten i realiteten sover).
- Avslappning.

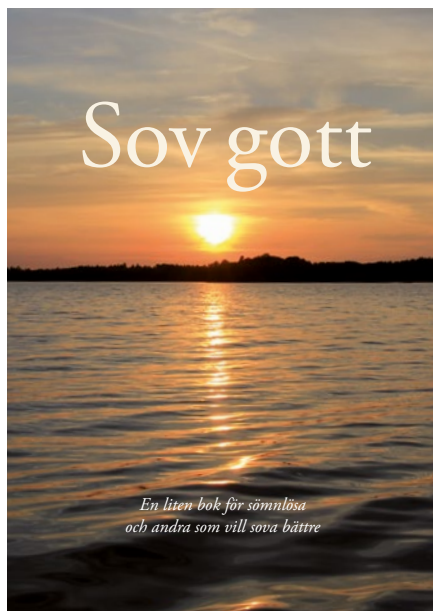
För allmänheten har Läkemedelskommittén tagit fram broschyren "Sov gott". Den innehåller fakta om sömn samt självinstruktioner för att underlätta för en bättre sömn. I broschyren visas hur en sömndagbok kan fyllas i. Broschyren kan beställas från Läkemedelskommittén, lakemedelskommitten@regionorebrolan.se

Psykologiska behandlingsmetoder i form av bl a kognitiv beteendeterapi (KBT) leder till att patienten somnar snabbare och inte är vaken lika länge under natten. Även sömnkvaliteten blir bättre.

Farmakologisk behandling

Om farmakologisk behandling är aktuell är melatonin och propiomazin förstahandsval. Melatonin ingår inte i läkemedelsförmånen vid denna indikation.

Melatonin (**Circadin**) är ett hormon



Broschyren "Sov Gott" finns även på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel/Patientinformation-Lakemedel.

som utsöndras från epifysen och hjälper till att upprätthålla dygnsrytmen. Tillförsel av melatonin till natten kan normalisera såväl dygnsrytm som sömn. I dose-finding studier har man kunnat visa en koppling mellan dos och effekt för doser upp till 0,5 mg dagligen. Doseringar över 0,5 mg upp till 10 mg gav i dessa studier ingen ytterligare effekt. Detta utesluter inte att enskilda patienter kan ha nytta av doser över 0,5 mg dagligen. Någon beroendeutveckling har ännu ej rapporterats. Preparatet ger sällan några biverkningar.

Propiomazin (**Propavan**) är ett alternativ. Det finns bristfällig evidens för Propavan, med den kliniska erfarenheten är god. Det föreligger ingen risk för beroendeutveckling. Propiomazin har central dämpande effekt och kan ge extrapyramidala biverkningar. Halveringstiden är ca 8 timmar, med risk för hang-over. Läkemedlet har långsammare insättande effekt än zopiklon och zolpidem. Preparatet bör därför intas 30–60 minuter före sänggåendet. Ett observandum är att det föreligger viss antikolinerg effekt samt risk för restless legs, varför preparatet inte rekommenderas till äldre.

Övriga sömnmedel

Alimemazin har sederande effekter. Preparatet används framför allt inom missbruksvården.

Alimemazin har antihistaminerg verkan och antikolinerga biverkningar. Alimemazin ges 1–2 timmar före sänggående. Preparatet har en relativt långvarig effekt med risk för hang-over.

Prometazin (Prometazin, Lergigan) har antihistaminerga och antikolinerga effekter. Effekterna på sönmönstret har inte undersökts. Halveringstiden är ca 13 timmar och den långvariga effekten medför dagtrötthet efterföljande dag. Preparatet bör därför endast användas undantagsvis. Tolerans vid upprepad dosering finns beskriven.

De tre preparaten (Propavan, Alimemazin, Prometazin/Lergigan) är antihistaminika. Dessa preparat rekommenderas inte till äldre patienter.

Klometiazol (Heminevrin) har god hypnotisk effekt och kan användas vid svåra sömnstörningar i seniet, dock huvudsakligen i slutenvård och i särskilda boendeformer. Preparatet är starkt tillvänjande och den terapeutiska bredden är smal.

Användningen av bensodiazepiner som sömnmedel bör kraftigt begränsas.

Zopiklon och Zolpidem är bensodiazepinliknande preparat och verkar via GABA-receptorn. De är insomningsmedel endast för korttidsbruk. Insomningstiden förkortas endast med i genomsnitt ca 20 minuter. En marginellt förlängd total sömntid och minskad nattlig vakentid efter insomning har setts i metaanalyser, men evidensen är svag. Minskad dagtrötthet har inte visats.

Båda medlen har kort halveringstid, zopiklon 4–6 timmar och zolpidem 1–3 timmar. Hos äldre är halveringstiden dock förlängd och det kan t ex försämra förmågan att köra bil på morgonen efter intag. Amnesi har rapporterats. Tillsammans med alkohol ökar sederingen. **Zolpidem ökar risken för nattlig konfusion/agitation hos äldre varför det ej rekommenderas till denna patientgrupp.** Kvinnor har dessutom en förstärkt och framför allt förlängd effekt vid samma dos.

Utsättning och särskilda beaktanden för bensodiazepinliknande preparat

Vid längre tids användning av zopiklon eller zolpidem är det vanligt med en förlängd insomningstid vid utsättning. Denna utsättningseffekt avtar långsamt, ofta inom några månader. Därefter kan utsättningen av dessa



Icke farmakologiska metoder bl a dryck och smörgås kan prövas.

preparat i stället förkorta insomningstiden och även minska dagtrötthet. Nedtrappning behövs ej vid terapeutiska doser.

Risken för missbruk och beroende ska beaktas, varför läkemedel ur denna grupp bör förskrivas med samma försiktighet som bensodiazepiner. Dessa medel är narkotikaklassade och intermitterant behandling rekommenderas.

Observera att läkemedlen endast är studerade för korttidsbruk. Den som sätter in dessa preparat bör ansvara för att utsättning sker och informera patienten att preparatet endast är avsett för tillfälligt bruk. Patienter som har utvecklat ett bensodiazepinberoende har en högre toleransnivå för dessa preparat och är därför inte lämpade för dem.



Sömnstörningar hos äldre

Äldre kan behöva bara 5–6 timmars sömn. Minskad aktivitet dagtid medför minskat sömnbehov. Normalt åldrande medför ändrat sömnmönster med ytligare sömn och fler nattliga uppvaknanden och behöver oftast inte behandlas. Tänk dock på eventuell specifik bakomliggande orsak. Läkemedel ges endast för korttidsbehandling.

Icke farmakologiska metoder bl a dryck och smörgås kan prövas. Dessa kan räcka för att en patient med nedsatt kognitiv funktion ska komma i rätt balans inför sömnen. Viktigt att inte gå till sängs för tidigt utan invänta sömnigheten. Sömnmedel bör endast användas vid behov och under en begränsad tid. Om sömnmedel krävs rekommenderas **Zopiklon** i dosen 5 mg.

Ett annat alternativ är depotformen av melatonin (**Circadin**). Circadin är indicerat som monoterapi för kortvarig behandling av primär insomni kännetecknad av dålig sömnkvalitet hos patienter som är 55 år och äldre.

Mirtazapin har inte indikationen sömnstörning, men kan övervägas som ett alternativ, speciellt vid samtidig ångest eller depression. Välj i första hand en låg dos på 7,5 mg.

Zolpidem rekommenderas ej på grund av hög risk för nattlig konfusion/agitation. Klometiazol (Heminevrin) kan tillfälligt användas till en orolig patient med sömnstörningar i dosen 1–2 kapslar à 300 mg. I andra hand kan oxazepam (Oxascand) 10 mg ges till natten.

Typ 2-diabetes – uppdaterad behandlingsalgoritm

Typ 2-diabetes – behandlingsalgoritm

DIAREG 2021

Rökstopp och levnadsvanor

Metformin	Metformin	Metformin			Metformin
Fetma	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Övriga Behandling individualiseras
GLP-1-RA** Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) HbA1c-sänkning 10–15 mmol/mol Viktnedgång 3–4 kg Låg hypoglykemi Gastrointestinala bieffekter	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) HbA1c-sänkning 7–10 mmol/mol Viktnedgång 2–3 kg Låg hypoglykemi Risk för urogenital infektion, ketoacidosis	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) HbA1c-sänkning 7–10 mmol/mol Viktnedgång 2–3 kg Låg hypoglykemi Risk för urogenital infektion, ketoacidosis	DPP-4-hämmare** Linagliptin (Trajenta) HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemi Meglitinid Repaglinid (Repaglinid) Iakttag 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) HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemi Insulin Insulin human (Insuman Basal) Risk för hypoglykemi och viktuppgång.	DPP-4-hämmare** Behov måttlig effekt, viktneutralitet, ej hypoglykemi GLP-1-RA** Behov uttalad effekt, vikt-nedgång, ej hypoglykemi Insulin NPH Behov uppträffningsbar effekt Risk hypoglykemi, vikt-uppgång Meglitinid (Repaglinid) Kan ges vid låg risk för hypoglykemi Viktuppgång SGLT-2-hämmare Behov måttlig effekt, vikt-nedgång, ej hypoglykemi SU (Glimepirid) Kan ges vid låg risk för hypoglykemi Viktuppgång Tiazolidindioner (Pioglitazon) Vid uttalad insulinresistens

* Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 4:2017, tabell VII.

** Både GLP-1-RA och DPP-4-hämmare är inkretinläkemedel och ska ej kombineras.

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

Insulin	
Basinsulin	Insuman Basal
Snabbverkande insulin	Insulin aspart Sanofi*** (biosimilar till NovoRapid)

Hörnstenen i prevention och behandling av typ 2-diabetes är **hälsosamma levnadsvanor, där kost, fysisk aktivitet och rökstopp har en central roll.**

Metformin är förstahandsmedel till patienter med typ 2-diabetes och bör alltid sättas in i anslutning till diagnos oavsett HbA1c-värde om eGFR > 45 ml/min i syfte att förebygga hjärt-kärlkomplikationer.

Vid behov av tilläggsbehandling rekommenderas olika preparat utifrån bl a patientens samsjuklighet såsom fetma, manifest kardiovaskulär sjukdom, hjärtsvikt, nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min) eller risk för hypoglykemi. Rekommendationer finns även för de mest sjuka äldre samt för övriga patienter t ex normalviktig utan komplex samsjuklighet.

GLP-1-receptoragonister, GLP-1-RA (Trulicity, Victoza, Ozempic). På grund av sina viktminskande effekter kan GLP-1-RA vara särskilt lämpliga vid fetma. GLP-1-RA kan vara särskilt lämpligt till personer med typ-2-diabetes och manifest kardiovaskulär sjukdom.

SGLT-2-hämmare (Forxiga, Jardiance).

SGLT-2-hämmarna kan vara särskilt lämpliga till personer med hjärtsvikt, manifest kardiovaskulär sjukdom eller fetma. Även personer med nedsatt njurfunktion, eGFR > 25 ml/min och albuminuri har nytta av dessa läkemedel i form av minskad risk för försämring av njursvikt eller förtida död på grund av njur eller kardiovaskulär orsak.

Sedan 2019 har stora studier genomförts på patienter med hjärtsvikt och nedsatt ejektionsfraktion (EF) som visat en minskad risk för kardiovaskulär död, försämrad hjärtsvikt och minskad risk för sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt vid aktiv läkemedelsbehandling jämfört med placebo. Samma resultat sågs oberoende av om patienterna hade diabetes eller ej. Patienter med hjärtsvikt och utan sänkt EF skiljer sig från de med nedsatt EF. Pågående studier är inte slutförda varför optimal behandling för denna grupp ännu inte är klarlagd. Likaledes har studier gjorts på patienter med olika grad av njursvikt som vid aktiv läkemedelsbehandling visat på minskad risk för försämring av njurfunktion samt död i kardiovaskulär eller njursjukdom.

Även här var resultaten oberoende av om diabetesdiagnos förelåg eller ej.

DPP-4-hämmare (Trajenta) kan vara särskilt lämpligt val vid behandling av patienter med nedsatt njurfunktion eller hos de mest sjuka äldre där en enkel regim förordas.

Både GLP-1-RA och DPP-4-hämmare är inkretinläkemedel och ska inte kombineras.

Vid insulinbehandling av typ 2-diabetes är det ofta lämpligt att starta med ett medellångverkande insulin som ges som sen kvällsdos för att uppnå uppsatt målvärde för fasteglukos. Det är viktigt att ha en rutin för titrering av insulindosen mot målvärdet.

I första hand ska man 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 kapitel A10 sid 32–43, som finns på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel/Lakemedelsrekommendationer/Rekommenderade_lakemedel

Patientinformation till de som medicinerar med Metformin eller SGLT-2-hämmare

Patientinformationen har kompletterats med SGLT-2-hämmare t ex Forxiga, Jardiance. Vid insättning av Metformin och SGLT-2-hämmare är det viktigt att informera patienten både muntligt och skriftligt om att göra uppehåll med behandlingen i situationer då det finns risk för intorkning. Det kan t ex vara i samband med kräkningar, diarré, feber, stark värme eller bristande vätskeintag av någon orsak.

Patientinformationen finns för utskrift på Läkemedelskommitténs hemsida [www.regionorebrolan.se/lakemedel/Patientinformation - Läkemedel](http://www.regionorebrolan.se/lakemedel/Patientinformation-Lakemedel)

Tänk på att SGLT-2-hämmare liksom metformin kan behöva sättas ut vid akut sjukdom som medför påverkat allmäntillstånd, dehydrering eller vid större kirurgiska ingrepp.

Euglykemisk diabetesketoacidosis kan förekomma vid behandling med SGLT-2-hämmare

Diabetesketoacidosis trots normala eller nära normala blodsockernivåer kan förekomma vid behandling med SGLT-2-hämmare. Hos patienter där euglykemisk diabetesketoacidosis (euDKA) misstänks eller diagnostiseras ska behandling med SGLT-2-hämmare sättas ut.

Särskild hög risk föreligger hos patienter med insulinbrist (både typ 1-diabetes, LADA, diabetes sekundär till pankreassjukdom och insulinbrist samt typ 2-diabetes med nedsatt insulinproduktion).

Ketoacidosis kan ge diffusa symtom i form av:

- illamående, kräkningar, ont i magen, nedsatt matlust
- snabb viktnedgång
- kraftig törst
- onormal trötthet eller sömnhet
- förvirring
- snabb och djup andning
- söttaktig andedräkt, acetondoft



Till Dig som medicinerar med Metformin eller SGLT-2-hämmare (t ex Forxiga, Jardiance)

Läkemedlen har en god blodsockersänkande effekt och har en bra bevisad effekt när det gäller att förebygga komplikationer till diabetes. Metformin är det diabetesläkemedel som används som förstahandspreparat vid typ 2-diabetes.

För Dig som medicinerar med dessa läkemedel är det viktigt att känna till följande:

Det finns en liten risk för en allvarlig biverkan (en speciell typ av "syraförgiftning") vid tillstånd med vätskebrist. Denna risk ökar vid hög ålder eller nedsatt njurfunktion.

Detta kan ske vid

- vätskeförluster, t ex vid kräkningar och diarréer, feber, stark värme
- bristande vätskeintag

I situationer då vätskebrist kan föreligga bör du därför göra uppehåll med dessa läkemedel! Vid tveksamheter kontakta Din diabetesmottagning eller sjukvårdsrådgivningen.

I samband med röntgenundersökning med kontrast skall Metformin sättas ut. Kontakta den läkare som skrivit remissen, om du ej fått instruktioner.

Patientinformationen kan skrivas ut från Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel

Läkemedelskommittén
2021-09-07

 Region Örebro län

LOK

Nätverk för Sveriges Läkemedelskommittéer

Läkemedelsbehandling av hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion (HFrEF)

Vid Heart Failure with reduced Ejection Fraction, HFrEF ges i nuläget i första hand ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) alternativt ARB (Angiotensinreceptorblockerare), i båda fallen tillsammans med BB (Betablockerare). ACEI/ARB och BB upptitreras till måldos eller högsta tolerabla dos. Därjämte ges diuretika efter behov.

Det stora flertalet patienter kommer att bli bättre men många blir inte symtomfria av enbart detta. För dem med kvarstående symtom kan flera tillägg eller åtgärder väljas.

1. **MRA** (mineralokortikoidreceptorantagonister) som **spironolakton** eller **eplerenon** kan ges som **tillägg** till de som inte har någon hyperkalemi.
2. **SGLT-2-hämmare** som **dapagliflozin (Forxiga)** kan ges som **tillägg** till såväl de som inte har diabetes som de som har typ 2-diabetes. Vid typ 1-diabetes krävs samråd med endokrinolog för att inte riskera allvarliga biverkningar.
3. **ARNI** (angiotensinreceptorblockerare i kombination med neprilysininhäbbar) som **Entresto** kan **ersätta** ACEI/ARB hos de som kan tänkas tolerera viss ytterligare blodtryckssänkning.

Många patienter går i primärvården. Vår rekommendation är att man i första hand överväger tilläggen 1 och/eller 2 och först därefter åtgärd 3. Men alla tillägg eller åtgärder går att kombinera med varandra utifrån den enskilda patientens behov.

Motivering: Det finns en underbehandling av hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion. SGLT-2-hämmaren Forxiga subventioneras endast vid hjärtsvikt för patienter med nedsatt ejektionsfraktion trots optimerad behandling med ACEI/ARB, BB och MRA, eller utan MRA när MRA inte är lämpligt. TLV bedömer att behandling med Forxiga är kostnadsbesparande i jämförelse med Entresto.

Såväl spironolakton som eplerenon kan användas när MRA är lämpligt om man bara ser till att inte kaliumnivåerna blir för höga. Tillägg av SGLT-2-hämmaren Forxiga är lätthanterligt hos det stora flertalet patienter. Risken för normoglykemisk ketoacidosis finns främst vid typ 1-diabetes. Alla patienter bör dock informeras om att göra uppehåll med Forxiga vid risk för dehydrering.

LOKs arbetsgrupp hjärtsvikt.

Experter: Björn Kornhall, Bert Andersson, Barna Szábo, Frieder Braunschweig.
Från LOKs AU har Mårten Lindström och Maria Palmetun Ekbäck ingått.

Välj Morfin om "stark" opioid behövs

När man väljer att ge en "stark" opioid är Morfin fortfarande förstahandspreparat och bör om möjligt användas peroralt. Alla opioider är beroendeframkallande, men fentanyl, oxikodon, ketobemidon och tramadol har utmärkt sig genom att ge en snabb beroendeutveckling i många fall.

Hos den äldre patienten med behov av smärtlindring endast vid vissa aktiviteter (t ex vid längre promenader hos patient med artrossmärta) kan vid behovsmedicinering vara ett alternativ med startdos **Morfin tabl 10 mg**, ½ tabl x 1 vid behov, 60 minuter före aktivitet.

Smärtinställning kan göras direkt med långverkande morfin, ofta lämpligt att börja med **Dolcontin** 5–10 mg x 2. Dosen kan vid behov trappas upp i 5 mg-steg efter ett par dagar. Om smärtgenombrott uppkommer innan nästa dos kan dosering tre gånger per dygn med samma dygnsdos prövas innan dygnsdosen höjs.

Vid t ex postoperativ smärtbehandling eller benign svår smärta (t ex kotkompressioner)

kan man välja att börja direkt med långverkande morfin i lägre dos, t ex **Dolcontin** 5–10 mg x 2.

Dolcontin depottablett har nu övertagits av företaget Mundipharma och finns tillgängligt i styrkorna 5, 10, 30 och 60 mg.

Eftersom morfin har en aktiv metabolit, som utsöndras via njurarna, bör vid njurinsufficiens i första hand dosen morfin minskas till lägsta effektiva dos alternativt förlänga doseringsintervallet.

Även för oxikodon krävs dosjustering vid njurinsufficiens. **Oxikodon kapsel** och **depottablett** kan ha en plats som alternativ till morfin i fall där morfinbiverkningar kvarstår trots individanpassad dos. Oxikodon har inga direkta fördelar jämfört med morfin.

Observera förväxlingsrisk då oxikodon finns som kortverkande och långverkande beredningsform med samma namn. Klargör därför i doseringsanvisningen på patientens recept hur läkemedlet ska användas.

Fentanyl ska bara användas inom palliativ vård

Vid t ex palliativ vård är sväljsvårigheter ofta ett problem. **Fentanyl i form av depotplåster** kan då vara ett alternativ och **ska enbart användas inom palliativ vård**. Det används framför allt som ersättning för kontinuerlig, subkutan tillförsel av opioider och ger något mindre illamående och förstoppning än morfin. Indikation är konstant smärta.

Uppdaterad konverteringstabell för opioider

Efter önskemål från forskrivare har tabellen kompletterats med "ekvianalgetiska" extradoser som kan ges vid smärtgenombrott. En vanlig vid behovsdos är 1/6 av dygnsdosen. Vid opioidrotation rekommenderas att dosen av den nya opioiden reduceras med 25–50 % av ekvianalgetisk dos. Ju högre dos patienten behandlas med desto mer behöver dosen av den nya opioiden reduceras.

Konverteringstabell för opioider

Observera vid opioidrotation att dosen av den nya opioiden bör reduceras med 25-50 % av ekvianalgetisk dos.

Tramadol	Morfin eller Ketobemidon				Oxikodon				Buprenorfin	Fentanyl
Dygnsdos mg	Dygnsdos mg	Extrados mg	Dygnsdos mg	Extrados mg	Dygnsdos mg	Extrados mg	Dygnsdos mg	Extrados mg	Dygnsdos mikrog/tim	Dygnsdos mikrog/tim
po	po	po	sc/iv	sc/iv	po	po	sc/iv	sc/iv	transdermalt	transdermalt
50	10	-	3,5–5	-	5	-	3,5	-	5	-
100	20	2,5–5*	7–10	1–2	10	1–2*	7	1	10	12
150	30	5	10–15	2–2,5	15	2,5*	10	2	15	12
200	40	5–10	15–20	3	20	2–5	15	2,5	20	12
300	60	10	20–30	3–5	30	5	20	3	30	25
400	80	10–15	30–40	5–7	40	5–10	30	5	40	25
	100	15–20	35–50	6–8	50	5–10	35	6		37
	120	20	45–60	7–10	60	10	45	7		50
	160	25–30	60–80	10–15	80	10–15	60	10		50
	220	35–40	80–110	15–20	110	20	80	10–15		75
	320	50–55	120–160	20–25	160	25	120	20		100

* Vid peroral extradoser under 5 mg kan oral lösning användas.

Doshöjning av flukloxacillin vid erysipelas samt vid sårinfektioner och bölder hos barn

Erysipelas

Förstahandsval

Erysipelas (rosfeber) är en akut, välgavgränsad, inducerad, rodnad, värmeökad och eventuellt smärtsam hudförändring som gradvis breder ut sig. Infektionen är begränsad till dermis och orsakas av betahemolytiska streptokocker, grupp A och G. Erysipelas kan ge upphov till bakteremi och sepsis. Behandling utgörs av peroralt penicillin, i normalfallet **fenoximetylpenicillin** till barn i dosen 25 mg/kg x 3 i 10 dagar. Normal maxdos är 1 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3.

Doshöjning av flukloxacillin vid samtidig infektion med *S. aureus*

I sällsynta fall kan en klinisk bild liknande erysipelas orsakas av *S. aureus* och i dessa fall bör flukloxacillin väljas. **Flukloxacillindoseringen 25 mg/kg x 3 i 10 dagar** är baserad på klinisk erfarenhet och normal maxdos är 1 g x 3. Hos barn med allvarliga infektioner kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 med maxdos 6 g/dygn.

Cefadroxil är ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras. Cefadroxil doseras 15 mg/kg x 2 i 10 dagar med maxdos 500 mg x 2.

Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil på grund av den sannolikt lägre risken för selektion av resistenta bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier.

Vid penicillinallergi rekommenderas klindamycin i dosen 5 mg/kg x 3 i 10 dagar med maxdos 300 mg x 3.

Sårinfektioner och bölder

Akuta sårskador och infekterade sår tvättas rena med tvål och vatten. I det normala läkningsförloppet förekommer rodnad och sekretion utan att infektion föreligger. Antibiotikabehandling är bara indicerad vid tecken på spridd infektion såsom erysipelas, cellulit eller då djupare vävnader är involverade. Feberfria och opåverkade patienter med abscesser, inflammatoriska aterom och paronykier behandlas i första hand kirurgiskt och med lokal sårvård.

Förstahandsmedel är flukloxacillin med doshöjning

Vid antibiotikabehandling ges till barn **flukloxacillin i dosen 25 mg/kg x 3 i 7 dagar** med maxdos 1 g x 3. Hos barn med allvarligare infektioner kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 med maxdos 6 g/dygn.

Andrahandsmedel

Cefadroxil är ett andrahandsmedel till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras. Cefadroxil ges i dosen 15 mg/kg x 2 i 7 dagar med maxdos 500 mg x 2. Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil på grund av den sannolikt lägre risken för selektion av resistenta bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier.

Vid penicillinallergi rekommenderas klindamycin i dosen 5 mg/kg x 3 i 7 dagar med maxdos 300 mg x 3.

Förstahandsval

fenoximetylpenicillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar Normal maxdos 1 g x 3, men kan vid behov ökas till 2 g x 3	generika, t ex Kåvepenin
-----------------------	---	-----------------------------

Vid misstanke om samtidig infektion med *S. aureus*

flukloxacillin	25 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 1 g x 3	generika, tabletter Heracillin, oral lösning
----------------	--	---

Hos barn med allvarligare infektion kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 (max 6 g/dygn)

cefadroxil	15 mg/kg x 2 i 10 dagar Max 500 mg x 2	oral suspension generika, kapsel Cefamox, löslig tablett
------------	---	--

Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil på grund av den sannolikt lägre risken för selektion av resistenta bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier.

Cefadroxil är ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras.

Vid penicillinallergi

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 10 dagar Max 300 mg x 3	Dalacin, oral lösning generika, kapsel
-------------	--	---

Förstahandsval

flukloxacillin	25 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 1 g x 3 Hos barn med allvarligare infektion kan dosen ökas till 33 mg/kg x 3 (max 6 g/dygn)	generika, tabletter Heracillin, oral lösning
----------------	--	---

Andrahandsval

cefadroxil	15 mg/kg x 2 i 7 dagar Max 500 mg x 2	oral suspension generika, kapsel Cefamox, löslig tablett
------------	--	--

Flukloxacillin bör väljas före cefadroxil på grund av den sannolikt lägre risken för selektion av resistenta bakterier såsom ESBL-producerande tarmbakterier.

Cefadroxil är ett alternativ till barn som inte kan ta tabletter och där den beska smaken av flukloxacillin mixtur inte tolereras.

Vid penicillinallergi

klindamycin	5 mg/kg x 3 i 7 dagar Max 300 mg x 3	Dalacin, oral lösning generika, kapsel
-------------	---	---

Absorption av järn i tablettform

Behandling med järn vid en anemi kan leda till gastrointestinala biverkningar; dessutom absorberas järn i saltform sämre än järn i hämkomplex. För att öka upptaget behandlas patienter ibland med mer än en dos dagligen. Samtidigt har det noterats att regelbunden medicinering med järn kan leda till en nedreglering av upptaget. På grund av denna observation har det föreslagits att järn doseras intermittent (t ex varannan dag) och ett antal studier har undersökt effekten av det i olika populationer. I de flesta av studierna som undersöker detta finner man att behandling varannan dag är lika effektivt som daglig behandling.

Bakgrund

Järn har en central roll i cellernas och kroppens funktion. Samtidigt kan fritt förekommande järn i cellerna vara toxiskt och bidra till bildandet av högreaktiva molekyler, sk radikaler [1, 2].

Denna dubbelroll beror på järnjonens förmåga att anta både ett två- (Fe^{2+}) och ett trevärt (Fe^{3+}) tillstånd. Denna egenskap utnyttjas av biomolekyler såsom enzymer och hemoglobin; där är järn dock komplexbundet vilket leder till att järnjonens förmåga att byta laddning kan hanteras av cellen. Utöver detta är lösningar av Fe^{3+} -joner väldigt sura. Vid fysiologiska pH-värden uppstår olösligt Fe-III-oxid som bildar kristaller i cellerna.

Cellerna kan därför bara hantera begränsade mängder av fria järnjoner.

Järn tas upp via tarmen och förloras antingen via blödningar eller - i mindre utsträckning - via vanlig förlust av (framför allt tarm-)epitelceller. Utsöndring via njurar eller lever sker inte i nämnvärd omfattning. Järn återanvänds i hög utsträckning, t ex från erytrocyter som bryts ner.

Anemier uppstår därför i regel på grund av större (kroniska) förluster, t ex genom (mens) blödningar kombinerat med bristande intag.

Järn kan tas upp i tarmen via två, möjligen tre olika principiella sätt [2]:

- DMT1/ferriredutase med eller utan askorbinsyra: Fe^{3+} reduceras till Fe^{2+} och transporteras in i cellen.
- MIP m fl: Dessa vägar är mindre välundersökta. Via dessa ska löst bundet Fe^{3+} kunna komma in i cellen. Det är oklart om så är fallet för tarmepitelceller.
- Häm-järn: Häm-järn tas upp via en specialiserad aktiv transport.

Fe^{2+} transporteras efter upptag igenom cellen och utsöndras på den basala sidan av enterocyten till blodet; där oxideras järn till Fe^{3+} och binds till transferrin. Utsöndringen hämmas av ett akut-fas-protein, hepcidin. Hepcidin uppregleras vid hög järnkonzentration i blodet, högt syrepartialtryck och vid inflammationer. I dessa situationer kan järn visserligen tas upp av enterocyterna, men utsöndras inte till blodet utan elimineras tillsammans med enterocyterna ("järnbros").

Även daglig behandling med järnpreparat leder till en uppreglering av hepcidin och minskar därmed transporten av järn till blodet [3].

På grund av denna observation har det föreslagits att järn doseras varannan dag och ett antal studier har undersökt effekten av det i olika populationer. I de flesta av studierna finner man att behandling varannan dag är lika effektivt som daglig behandling [4–15].

I oktober 2015 publicerade Cochrane en review avseende intermittent järnbehandling av gravida kvinnor. Man kunde inte hitta någon signifikant skillnad mellan daglig och intermittent behandling avseende barnets födelsevikt eller risken för prematur födsel. Man fann inte heller någon skillnad mellan mödrarna avseende anemi vid förlossningen. Däremot hade kvinnor som behandlats intermittent en lägre risk för biverkningar och för höga Hb-värden under andra och tredje trimestern samt en ökad risk för en mild anemi nära förlossningen.

Intermittent behandling innebar i de flesta inkluderade studier dosering en gång per vecka, dock upp till varannan dag i enskilda studier. Doseringen var från 80 till 300 mg/vecka [16].

I januari 2019 (uppdaterad maj 2020) publicerade Cochrane ytterligare en review om järnbehandling av anemi hos unga och vuxna kvinnor. I den fann man att intermittent järnbehandling sannolikt är effektiv och lika effektiv som behandling dagligen. Den intermittenta behandlingen var dock behäftad med mindre biverkningar. I denna systematiska översikt ingick 25 studier med sammanlagt 10.996 kvinnor; i åtta av dessa studier (1.749 deltagare) jämförde man daglig med intermittent järnbehandling. I de flesta regimer doserades järn från en upp till tre gånger per vecka, med en veckodos på 10 mg upp till 120 mg järn, i de flesta studier 50–70 mg [17].

För mer information se Rekommenderade läkemedel kapitel B03 Medel vid anemier, som finns på Läkemedelskommitténs hemsida, www.regionorebrolan.se/lakemedel/Lakemedelsrekommendationer/Rekommenderade_lakemedel

1-17 Referenslista till artikeln finns på Läkemedelskommitténs hemsida www.regionorebrolan.se/lakemedel/rapport-om-lakemedel



Obligatoriskt med behandlingsorsak i läkemedelsmodulen

Sedan mars 2021 är det tvingande att välja behandlingsorsak vid ny förskrivning och ny ordination. Den 4:e oktober 2021 går läkemedelsmodulen in i sista införandefasen av behandlingsorsak och behandlingsändamål. Detta innebär då att dessa uppgifter alltid måste finnas med för att man ska kunna spara ändringar i ordination/recept.

Text: Eva Wallén och Stefan Wallén, Läkemedelscentrum

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett strukturerat kodsystem som ligger till grund för den nya nationella källan ordinationsorsak. Syftet med detta är att tydliggöra varför en patient är ordinerad ett visst läkemedel och på så sätt bidra till ökad patientsäkerhet. Kodsystemet baseras på framför allt ett läkemedels godkända FASS-indikationer.

Vid ny ordination/förskrivning rekommenderas i första hand att utgå från en **favorit** där dessa uppgifter är förfyllda och baserade på aktuella terapirekommendationer.

Ibland kan man behöva **ändra behandlingsorsak** i en favorit, eller om man inte använt en favorit, fylla i detta själv. Undvik då om möjligt att använda funktionen "annan orsak" som gör att man kan fylla i behandlingsorsak med fritext. Detta bryter kopplingen till kodning och man får fritextdata som inte går att använda i kvalitetsuppföljning etc.

Ibland finns inte någon passande behandlingsorsak kopplat till det läkemedel du vill förskriva/ordinera. Exempel på detta kan vara bisoprolol mot förmaksflimmer, prednisolon mot polymyalgia reumatica och klaritromycin mot kikhosta. Gör då så här för att välja lämplig behandlingsorsak:

Klicka i "behandlingsorsakskategorier" och navigera dig fram till lämplig behandlingsorsak genom det hierarkiska träd sorterat på organsystem.

Ändra behandlingsorsak/behandlingsändamål 19121212+TB0G tolvän, tolvän

Sök villkor

☒ Valt läkemedel

☐ Alla behandlingsorsaker

Behandlingsorsak

☐ Behandlingsorsakskategorier

Kategori

Prednisolon Pfizer Tablett 5 mg

Behandlingsorsak

- akut leukemi
- allergisk reaktion
- antiinflammatorisk behandling
- astma
- bröstcancer
- hemolytisk anemi
- malignt lymfom
- neutropeni
- polyarteritis nodosa
- prostatacancer
- reumatoid artrit
- sarkoidos
- SLE, systemisk lupus erythematosus
- svår akut allergisk reaktion
- temporaliserit

Behandlingsändamål

- Mot akut leukemi
- Mot blodtumörsjukdom

Sök

☐ Annan orsak

Fritext behandlingsorsak/behandlingsändamål

Ändra behandlingsorsak/behandlingsändamål 19121212+TB0G tolvän, tolvän

Sök villkor

☒ Valt läkemedel

☐ Alla behandlingsorsaker

Behandlingsorsak

☒ Behandlingsorsakskategorier

Kategori

- Andningsorganens sjukdomar
- Matsmältningsorganens sjukdomar
- Hudsjukdomar
- Sjukdomar i muskuloskeletala syst...
- Andra sjukdomar i muskulosk...
- Artros
- Deformerande ryggsjukdomar
- Infektioner i muskuloskeletala ...
- Inflammatoriska polyartriter
- Inflammatoriska systemsjukdo...
- Sjukdomar i benvävnad och br...
- Sjukdomar i ledhinnor och sen...
- Smärttillstånd vid sjukdomar i ...
- Spondylopatier
- Tumörer i muskler, skelett och...
- Övriga ordinationsorsaker för ...
- Sjukdomar i urin- och könsorganen
- Graviditet, förlossning och barns...
- Derivat tillstånd

Sök

Prednisolon Pfizer Tablet

Behandlingsorsak

- Behcets syndrom
- dermatomyositis
- förebyggande av digitala sår
- glomerulonefrit vid SLE
- Goodpastures syndrom
- granulomatos med polyangi...
- Kawasakis sjukdom
- lungsjukdom med systemisk
- mikroskopisk polyangiit
- munsår orsakat av Behcets sj
- polyarteritis nodosa
- polymyalgia reumatica
- polymyositis
- Sjögrens syndrom
- SLE med nefrotiskt syndrom
- SLE med nefritisk syndrom

Behandlingsändamål

- Mot smärta och stelhet i mu...

Eller

Klicka i "alla behandlingsorsaker" och försök hitta aktuell indikation genom att skriva lämplig sökterm

I fältet **behandlingsändamål** som finns i receptförskrivningsvyn går det bra att redigera och fylla i med fritext, då det inte är kopplat till kodverket. Detta är information riktat till patienten och hamnar på etiketten vid expediering på apotek.

För mer information se utbildningsmaterial för läkemedelsmodulen, som finns på intranätet sök "Läkemedelslista och Hjälpmedelslista".

Ändra behandlingsorsak/behandlingsändamål 19121212+ TB0G tolvan, tolvan

Prednisolon Pfizer Tablett 5	
Sökvillkor	Behandlingsorsak
☐ Valt läkemedel	icke-artikulär reumatism
☒ Alla behandlingsorsaker	polymyalgia reumatica
Behandlingsorsak	reumatisk ledsjukdom
reumati	
☐ Behandlingsorsakskategorier	
Kategori	

Använd centrala receptfavoriter!

Vi uppmanar förskrivare att vid läkemedelsförskrivning i första hand utgå från de centrala receptmallarna (centrala receptfavoriter) i läkemedelsmodulen.

- Följer aktuella terapirekommendationer
- Kvalitetsgranskade
- Slipper fylla i behandlingsorsak
- Mallen går att redigera utifrån din patients behov

För att hitta en lämplig favorit skriv:

§ *

Följt av **sökterm**, t ex första bokstäverna i läkemedelsnamnet eller indikation.

Sökurval	Paket	Favoritnamn
Favoritnamn		
anemi		
☒ Centrala favoritpaket		
☒ Klinikunika favoritpaket		
☒ Centrala favoriter		
☒ Klinikunika favoriter		
☒ Personliga favoriter		
Sök		

Paket	Favoritnamn
: Centrala favoriter	
	behepan injektion laddning
	behepan injektion underhåll
	behepan laddning megaloblast
Paket	behepan och folacin megaloblast
Paket	behepan tablett megaloblast
	behepan underhåll megaloblast
	duroferon järnbristanemi
	duroferon varannan dag
	ferinject 500 mg järnbrist
	ferinject 1000 mg järnbrist
	folacin 1 mg megaloblast

Brist på metoklopramid tablett 10 mg

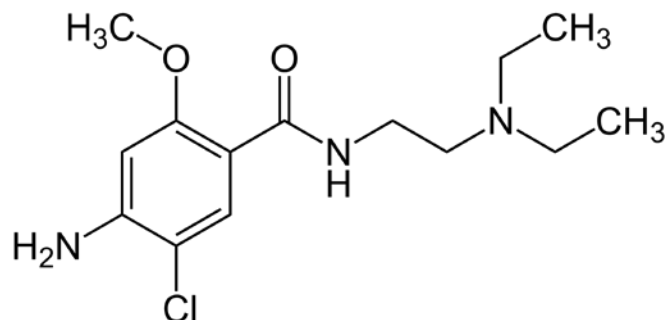
Tabletter innehållande metoklopramid (Primperan samt generiskt metoklopramid) är restnoterat och beräknas finnas tillgängligt i slutet av 2021.

Till de patienter där alternativa behandlingsmöjligheter saknas kan metoklopramid förskrivas på licens. **Licenspreparatet heter MCP AL 10.** Licenspreparatet omfattas av läkemedelsförmånen.

Region Örebro län har fått en generell licens beviljad för preparatet MCP AL 10, tabletter innehållande metoklopramid 10 mg (förpackning 100 st).

Den generella licensen omfattar samtliga vårdenheter inom Region Örebro län. Det innebär att enskild licensmotivering inte behöver skickas vid receptförskrivning av MCP AL 10.

För att underlätta för det expedierande apoteket ange **referensnummer för licensen på receptet. Referensnumret för denna licens är 2021494766.**



Central receptfavorit för licenspreparatet, sök \$prim
Preparatnamn och referensnummer är förfyllt i favoriten.

Pyrvin tablett 100 mg – nytt läkemedel mot springmask

Vanquin (pyrvin) tablett 50 mg har under en längre tid inte funnits tillgängligt på den svenska marknaden. Pyrvin tablett 100 mg har nu godkänts för behandling av springmask.

Pyrvin doseras 100 mg per 10–15 kg kroppsvikt som engångsdos. Behandlingen upprepas efter 2–3 veckor för att undvika reinfektion. Vanligen behandlas alla familjemedlemmar samtidigt för att förhindra reinfektion.

Pyrvin har styrkan 100 mg per tablett till skillnad från Vanquin som har styrkan 50 mg. Rekommenderade doseringar och maxdos skiljer sig något mellan preparaten, men detta har av Läkemedelsverket bedömts sakna klinisk betydelse.

Pyrvin är receptfritt och tillhandahålls i förpackningarna 6, 20 och 40 tabletter. Den senare förpackningen är restnoterad till slutet av september 2021. Pyrvin ingår inte i läkemedelsförmånen.

Vermox – receptfri för behandling av springmask

Vermox (mebendazol) tablett 100 mg och oral suspension 20 mg/ml är receptfri för behandling av springmask hos vuxna och barn från 2 år. Vermox doseras 100 mg som engångsdos. Behandlingen upprepas efter 2–3 veckor för att undvika reinfektion. Vanligen behandlas alla familjemedlemmar samtidigt för att förhindra reinfektion.

Oral suspension i den receptfria förpackningen 30 ml kommer att finnas tillgänglig från mitten av september 2021. Tablett 100 mg i den receptfria förpackningen 6 st kommer att finnas tillgänglig från mitten av oktober 2021.

Vermox kan användas på läkarordination till barn från 1 års ålder trots varning i FASS. I dagsläget finns ingen lämplig behandling hos barn < 1 år, men behandling är sällan aktuell i denna åldersgrupp.

Vermox tablett ingår i läkemedelsförmånen, men inte oral suspension.





Mellansvenskt läkemedelsforum

2-3 februari 2022

Gemensam utbildning för läkare

Målgrupp: Alla läkare, oavsett specialitet i Sjukvårdsregion Mellansverige.

Arrangör: Läkemedelskommittéerna i Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västmanland och Region Örebro län.

Onsdagen den 2 februari 2022

Moderator: Annika Braman Eriksson, specialistläkare allmänmedicin, Region Dalarna

Migrän (Anna-Karin Wärme, överläkare neurologi, Region Sörmland)

Stroke (Bo Danielsson, överläkare neurologi, Region Sörmland)

Mat och hälsa (Maj-Lis Hellenius, professor, KI och Karolinska universitetssjukhuset Solna, Stockholm)

Behandling av insomni (Kerstin Blom, leg psykolog, Region Stockholm)

Skör äldre - vad betyder begreppet? (Amelie Lindh Mazya, specialistläkare geriatrik, Region Stockholm)

Sätta ut läkemedel - är det farligt? (Anders Tengblad, specialistläkare allmänmedicin, Region Jönköpings län)

Torsdagen den 3 februari 2022

Moderator: Björn Ericsson, specialistläkare allmänmedicin, ordförande läkemedelskommittén, Region Gävleborg

Läkemedelsdosering vid sviktande organfunktion (Lars Lööf, specialistläkare gastroenterologi, överläkare läkemedelskommittén, Region Västmanland, Nadja Schuten Huitink, specialistläkare allmänmedicin, Region Dalarna, Torbjörn Linde, överläkare njurmedicin, Region Uppsala)

Hormonersättning vid klimakteriella besvär (Ann-Christine Nilsson, gynekolog, MHV-överläkare, Region Örebro län)

Långvarig smärta (Mats Rothman, informationsläkare, Region Västmanland)

Nedtrappning av opioider (Henrik Grelz, biträdande överläkare, specialistläkare allmänmedicin och smärtlindring, Smärtrehabilitering, Region Skåne)

Smärta och utsättning av läkemedel (Åsa Kadowaki, specialist i psykiatri, leg KBT-psykoterapeut, konsultpsykiater, Region Kalmar)

Läkemedelskommittén bjuder länets AT-läkare på anmälningsavgiften. AT-läkare anmäler sig därför via mejl till Susanne Ramström på adressen susanne.ramstrom@regionorebrolan.se eller via telefon 019- 602 3512.

Vi följer pandemiläget. Planen nu är ett fysiskt möte, men det kan komma att bli digitalt om det inte går att genomföra fysiskt.



INNEHÅLL

SIDA 26

Rekommenderade läkemedel – hälften av terapikapitlen är reviderade.

SIDA 27

Migrän.

Hortons huvudvärk.

SIDA 28-29

Sömnstörningar.

Sömnstörningar hos äldre.

SIDA 30-31

Typ 2-diabetes – uppdaterad behandlingsalgoritm.

Patientinformation till de som medicinerar med Metformin eller SGLT-2-hämmare.

Euglykemisk diabetesketoacidosis kan förekomma vid behandling med SGLT-2-hämmare.

SIDA 32

Läkemedelsbehandling av hjärtsvikt med nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion (HFrEF).

SIDA 33

Välj Morfin om "stark" opioid behövs.

Uppdaterad konverteringstabell för opioider.

SIDA 34

Doshöjning av flukloxacillin vid erysipelas samt vid sårinfektioner och bölder hos barn.

SIDA 35

Absorption av järn i tablettform.

SIDA 36-37

Obligatoriskt med behandlingsorsak i läkemedelsmodulen.

Använd centrala receptfavoriter!

SIDA 38

Brist på metoklopramid tablett 10 mg.

Pyrvin tablett 100 mg – nytt läkemedel mot springmask.

Vermox – receptfri för behandling av springmask.

SIDA 39

Mellansvenskt läkemedelsforum
– 2-3 februari 2022.

Redaktionsråd

Överläkare Maria Palmetun Ekbäck
Klinisk farmakolog Michael Andresen
Informationsläkare Kristina Bohlin
Informationsläkare Gustaf Joachimsson
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