

MIX

MELLANSVENSKT LÄKEMEDELSFORUM 2022 2–3 FEBRUARI, GÄVLE KONSERTHUS & ERP MONITOR ARENA

Anmälan via regionorebrolan.se/lakemedelsforum senast den 31 januari 2022.

Migrän: riskfaktorer, friskfaktorer och behandlingsråd | Stroke - senaste nytt | Mat och hälsa - ett trendkänsligt område
Behandling av insomni - evidens och tips | Skör äldre - vad betyder begreppet? | Sätta ut läkemedel: är det farligt?
Läkemedelsdosering vid sviktande organfunktion | Hormonersättning vid klimakteriella besvär - uppdatering av riktlinjer | Långvarig smärta - en egen sjukdom | Nedtrappning av opioider vid långvarig smärta - möjligheter och fallgropar | Smärta och läkemedel - varför är utsättning så svårt och vad ska vi ge patienten istället?

Önskelista från apoteken

Utifrån de recept apoteken dagligen hanterar har de i samråd med kliniskt verksamma läkare komponerat följande önskelista till regionens förskrivare.



LOVA INTE ATT receptet är på apoteket om du inte verkligen har skickat iväg det. Patienter förflyttar sig mycket snabbare till ett apotek än vad du tror är fysiskt möjligt, vilket ofta leder till ett onödigt telefonsamtal från apoteket till dig som förskrivare.

SKICKA RECEPTET elektroniskt även om patienten saknar svenskt personnummer, men kom ihåg att meddela patienten vilket apotek du skickar receptet till.

OM DU ANVÄNDER "enligt schema" i doseringsrutan, kom ihåg att lämna över schemat till patienten – ingen patient ska behöva gissa vilken dosering som avses.

OM MÖJLIGT – makulera gamla recept innan du skickar nya för att minimera risken att patienten hämtar ut på fel recept. Om du själv inte kan makulera, ange "makulera tidigare recept" i doseringsrutan så gör apoteket det istället. Var tydlig med vilket recept som avses samt notera datum så inte gamla kommentarer följer med vid senare receptförnyelse. Skicka alltid nya recept vid ändrade doseringar så att uthämtad förpacknings dosering stämmer överens med den ordinerade.

ANGE INTERVALL PÅ receptet om du inte vill att patienten ska hämta ut allt direkt, men ange korrekt intervall (30 dgr med förpackningsstorlek 30 st blir för snävt för patienten vid dos 1x1). Se också till att patienten inte har parallella recept med intervall. Patienten kan då i praktiken hämta ut oftare än vad du tänkt, genom att använda de olika recepten.

ANVÄND SIC/OBS vid medvetet avvikande dosering/indikation om du inte vill ha ett extra samtal från apoteket. Även om dosering/indikation anses vedertagen får farmaceuten inte expediera ett recept med en dosering som överskrider maxdosen utan att stämma av med förskrivaren.

ANGE MAXDOS när du ordinerar vid behovs-läkemedel. Både för att patienten inte ska riskera överdosera men också för att apoteken ska kunna göra en rimlighetsbedömning.

VÄLJ ALDRIG förskrivning av förpackning för sjukhus eller för dosdispensering. Sådana förpackningar får inte lämnas ut till en patient på ett vanligt apotek. För stän-

Fortsättning nästa sida

Fråga till infektionsläkaren:

Måste man äta upp hela antibiotikakuren?

SVAR: Grundregeln är förstas att patienten bör ta sitt läkemedel som ordinerat, oavsett om det gäller antibiotika, blodtrycksmedicin, smärtstillande eller något annat. Risken är annars att man inte uppnår den avsedda effekten. Föreställningen om att avbrutna antibiotikakurer skulle vara en drivkraft för antibiotikaresistens behöver dock diskuteras, då den rymmer dåligt med tillgänglig evidens.

Idén om vikten av att slutföra sin antibiotikakur för att undvika resistensutveckling är lika gammal som penicillinet självt. Redan i sitt Nobelpristal från 1945 påtalade [penicillinets upptäckare] Alexander Fleming hur viktigt det var att fullfölja sin kur: "if you use penicillin, use enough!". Denna idé, som kvarstått genom årtiondena, fokuserar på resistensutveckling hos den bakterie man avser behandla. Denna form av resistensutveckling är förvisso viktig vid behandling av "problempatogener" (M. Tuberculosis, Pseudomonas, Acinetobacter) samt vid monoterapi med antibiotika som har låg resistensbarriär (till exempel rifampicin). Den stora och problematiska resistensutvecklingen sker dock hos de bakterier vi inte har för avsikt att behandla.

Huvuddelen av all antibiotikaresistens uppkommer hos de miljontals bakterier som ingår i vår normalflora, och som oundvikligen exponeras vid systemisk antibiotikabehand-

ling. MRSA, VRE och ESBL är exempel på resistenta varianter av bakterier vi alla bär på. För att bromsa uppkomsten av dessa och andra "superbakterier" behöver det totala antibiotiketrycket minska. Den viktigaste åtgärden är att undvika onödiga antibiotikakurer, men det är också angeläget att ompröva och vid behov avsluta påbörjade kurer. Om en patient avslutar sin antibiotikabehandling för tidigt kan det borge för utebliven effekt eller snabbt recidiv, men ur ett resistenshänseende har det mest troligt en positiv effekt.

Tillgänglig evidens talar för att den enskilt viktigaste faktorn bakom resistensutveckling är överanvändning av antibiotika. Vi bör därför sträva efter att minska den totala användningen av antibiotika i samhället. Föreställningen att oavslutade antibiotikakurer leder till resistensutveckling gör troligen mer skada än nytta¹.

Robin Razmi

specialistläkare infektion

REFERENS:

¹ Llewelyn, M., Fitzpatrick, J., Darwin, E., Sarah-Tonkin-Crime, Gorton, C., & Paul, J. et al. (2017). The antibiotic course has had its day. *BMJ*, j3418. doi: 10.1136/bmj.j3418

→ de mediciner, förskriv för 3 månader i taget. Förklara gärna för patienten att apoteket kan lämna ut läkemedel från olika fabrikat. Om du kryssar i "får ej bytas ut", står Region Gävleborg för kostnadsskillnaden.

DET GÅR INTE att i fritextrutan notera att receptet avser ett annat läkemedel än det som förskrivits. Inte ens tekniska strul i journalsystemet rättfärdigar det. Däremot går det fint att notera att ett byte till billigare kopia accepteras, om du som förskrivare står bakom det beslutet medicinskt. Om möjligt, undvik att förskriva läkemedel som är restnoterade (speciellt dem utan bestämt leveransdatum). Information om restnoterade läkemedel finns på fass.se.

ANGE INDIKATION i den mån du kan. Enligt svensk lag är apoteken skyldiga att göra en rimlighetsbedömning av förskrivningen för att minimera möjliga fel. Att råka klicka fel är som bekant lätt. Många förskrivare är (lyckligtvis) helt omedvetna om det arbete som apoteken dagligen gör för att justera felaktigheter. Eftersom ett och samma läkemedel kan ha olika dosering beroende på indikation är det viktigt att indikationen noteras på receptet.

SKRIV ALLTID UT en aktuell medicinlista till patienten. Patienten vet ofta inte vad de använder för mediciner - eller i vilken dos eller styrka. Det är också lättare för

patienten med Sertralin 100 mg 1x1 än Sertralin 50 mg 2x1 mg och lättare med Sertralin 100 mg 1x1 + Sertralin 50 mg 1x1 än 100 mg 1,5x1. Om du beslutar om en ökad dosering, skapa ett nytt recept med korrekt dosering. Inte alla patienter kan hantera en muntlig ordination som skiljer från doseringstexten på receptet.

NÄR DET GÄLLER regionens subventioner kontrollera att preparatet ingår bland de preparat som ska subventioneras. Notera därefter alltid kostnadsställe om ett recept ska faktureras. Apoteken kan inte skicka en faktura utan mottagare.

OCH SIST MEN inte minst, var vänliga mot varandra och ödmjuka inför varandras kunskapsområden. Vi verkar i ett hektiskt samhälle med höga krav på kvalitet och tillgänglighet, där en påfrestande arbetsmiljö kan leda till fler och större misstag inom sjukvårdskedjorna. Bristande kommunikation mellan förskrivare och apotek leder utan tvekan till sämre läkemedelsbehandling för våra patienter. Vi önskar värna om ett gott samarbete mellan förskrivare och farmaceuter på öppenvårdsapoteken.

Denna önskelista har skapats med inspiration från läkemedelskommittén i Kalmar



Enkät om enkel läkemedelsgenomgång

Under oktober blev Region Gävleborgs läkare inbjudna till att besvara en enkät om enkel läkemedelsgenomgång och vilka svårigheter som finns med följsamheten till rutinen. Nu har resultatet från enkäten sammanställts och delar av den presenteras nedan.

Svarsfrekvensen var 24 % (193 st) och av dessa var 22 % från primärvården och resterande från slutenvården. Av slutenvårdsläkarna arbetade majoriteten inom den medicinska verksamheten (52 % av de svarande), därefter följt av opererande verksamhet (34 %), psykiatri (10 %) och övriga verksamheter (4 %). Diagram 1 beskriver vilka läkargrupper som representerades.

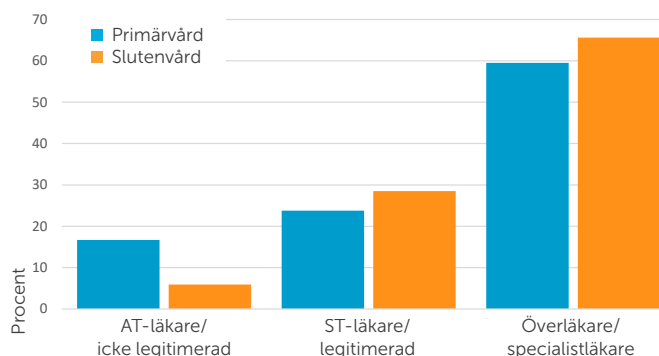
På frågan "I vilken utsträckning genomför du enkel läkemedelsgenomgång enligt rutinen?" baserat på olika typer av besök var svaret att primärvårdsläkarna oftast gjorde enkel

läkemedelsgenomgång vid årsbesöken och ibland på akutbesök. Inom slutenvården var det vanligast att göra enkel läkemedelsgenomgång på vårdavdelningar och specialistmottagningar (få av de svarande arbetade vid en akutmottagning varför svaret ej går att bedöma).

2017 besvarades samma enkät, dock enbart av slutenvårdsläkarna. Svarsfrekvensen var 31 %. Då, liksom nu, angavs samma orsaker till varför man (eventuellt) väljer bort enkel läkemedelsgenomgång. Tidsbrist och svårigheter att inhämta nödvändig läkemedelsinformation från patienten och/eller olika system angavs som de två främsta anledningarna. I tredje hand handlar det om att man prioriterar efter andra arbetsuppgifter vilket medför att man väljer bort att genomföra enkel läkemedelsgenomgång. Diagram 2-4 visar hur frågan besvarats i år jämfört med enkäten från 2017.

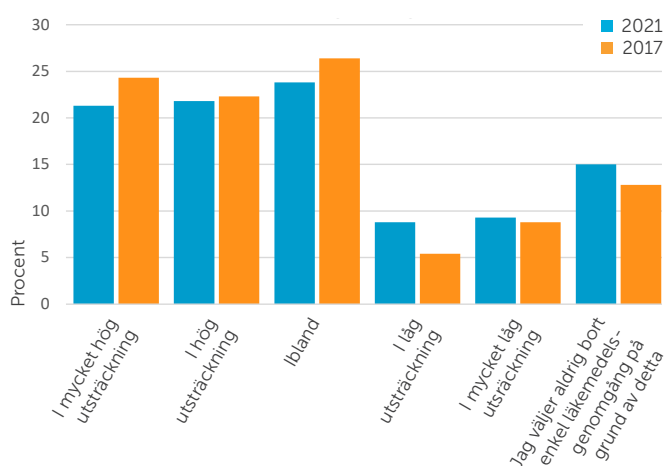
Josefine Flintberg
apotekare

1. Vilken läkargrupp tillhör du?

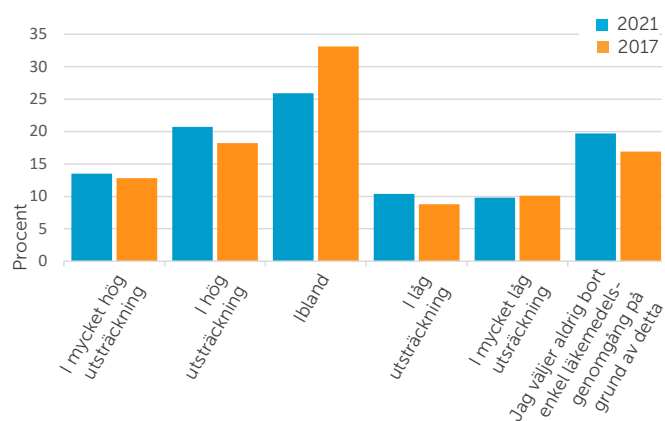


Diagrammet visar vilka läkargrupper som finns representerade bland de svarande.

2. Tidsbrist



3. Jag prioriterar andra arbetsuppgifter



4. Det är svårt att få nödvändig läkemedelsinformation från patienten och/eller olika system för dokumentation

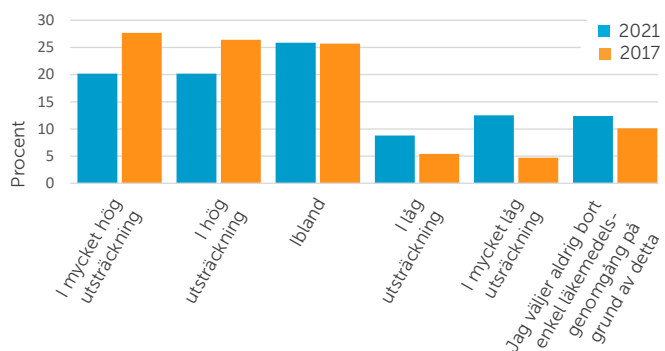


Diagram 2–4. Diagrammen visar de anledningar som förekom i högst utsträckning på frågan "I vilken utsträckning väljer du (eventuellt) bort enkel läkemedelsgenomgång på grund av följande anledningar?" från enkäten i år jämfört med enkäten 2017.

Uppföljning av förskrivningsmål i Region Gävleborg 2021

Förskrivningsmålens syfte är dels att vara en vägledning för klinikerna till att göra kloka preparatval dels kvalitetsmässigt för att individen ska få en säker och effektiv behandling – men därtill också samhällsekonomiskt för att tillgängliga resurser skall användas till största möjliga nytta.

Uthämtad mängd narkotikaklassade läkemedel fortsätter att minska (se bild 1). För fem år sedan var antalet patienter som hämtade ut narkotikaklassade läkemedel drygt 52000 per år. Hittills i år (oktober) är antalet nere i 37000. Antalet patienter som hämtar ut opioider minskar snabbt och är sedan förra året färre än de som hämtar ut övriga narkotikaklassade läkemedel. Antalet patienter som hämtar ut läkemedel ur båda grupperna har minskat från 8900 år 2016 till 6500 förra året - och till 5600 hittills i år. Räknat i dygnsdoser har den årliga uthämtade mängden narkotikaklassade läkemedel minskat med 1,9 miljoner DDD sedan 2016. Mest omfattande sänkning står preparat innehållande kodein för (-35 % sedan 2016) motsvarande 290000 DDD per år. Tramadol har minskat från 420000 till 210000 DDD årligen under samma period. För läkemedel med transdermala beredningsformer minskar mängden och antalet patienter som hämtar ut plåster med fentanyl, medan buprenorfin ökar. Totalt är antalet patienter oförändrat (ca 1800 per år).

I början av året justerade läkemedelskommittén målen för narkotikaförskrivning – för opioider till högst 250 DDD per 1000 listningspoäng och för övriga narkotika till högst 650 DDD per 1000 listningspoäng (totalt 900 från tidigare 1000). Sexton hälsocentraler låg i oktober 2020 under den tidigare totalnivån. Fram t o m oktober 2021 är det sju ton hälsocentraler som ligger under den nya nivån räknat på senaste 12 månaderna. Förra året uppnådde 30 hälsocentraler målet för opioider (23 i år) - och för övriga narkotika var det 11 hälsocentraler (13 i år).

Förskrivningen av hostmedicin innehållande etylmorfin har minskat ytterligare 38 % på ett år (räknat på volym) och antalet patienter halverades under 2020 (2800) jämfört med 2019. Hittills i år har 1700 patienter hämtat ut något av läkemedlen Lepheton och Cocillana-Etyfin.

Pregabalinförskrivningen fortsätter att öka svagt räknat på dygnsdoser (nästan i fas med att andelen generika ökar) samtidigt som kostnaden minskar. Förmånskostnaden ligger på 4,8 miljoner kr per år vilket kan jämföras med att den hade varit drygt 2 miljoner kr högre om enbart Lyrica förskrivits. Läkemedlen i gruppen är alltså inte utbytbara. Andelen generika har ökat drygt 10 procentenheter på 12 månader till 63 %. De privat drivna hälsocentralerna har högst andel generika, men också en högre förskrivning mätt i dygnsdoser i förhållande till listningspoäng och antal listade patienter.

Äldre

Förskrivningsmålet för äldre inbegriper läkemedel med stor risk för biverkningar i gruppen av patienter som är 75 år och äldre. Behandling med dessa läkemedel bör följas upp och omprövas ofta. För hälsocentraler i Gävleborg har läkemedelskommittén beslutat om ett förskrivningsmål på 40 DDD per tusen listade i åldersgruppen. Antalet hälsocentraler som når målet har ökat från 14 för ett år sedan till 22 idag. Andelen av Gävleborgs befolkning i aktuell åldersgrupp som hämtat ut något av dessa läkemedel har minskat från 19 % 2016 till 12 % hittills i år. Den totala mängden av olämpliga läkemedel har minskat med omkring 8000 dygnsdoser per 1000 invånare sedan 2016, varav nästan hälften av minskningen utgörs av avregistrerade läkemedel innehållande substanser så som glibenklamid, disopyramid och flunitrazepam (se bild 2). Förskrivningen av kodeininnehållande preparat minskar stadigt, liksom den totala mängden inkontinensläkemedel till exempel solifenacin och tolterodin. Propiomazin fortsätter att öka räknat i totalt antal dygnsdoser. En ökning ses även för fentiazinderivaten alimemazin och prometazin. Propiomazin är sedan flera år tillbaka den mest förekommande olämpliga läkemedelssubstansen till äldre. Användningen hos äldre medför risk för dagtrötthet och extrapyramidala biverkningar (till exempel restless legs), kan förstärka demenssymtom samt ge förvirring och yrsel. Sammanställningen Rekommenderade läkemedel för äldre går att finna på läkemedelsenhetens hemsida. Materialet är framtaget av läkemedelskommittéerna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion samt i Kalmar, Jönköping och Västernorrland.

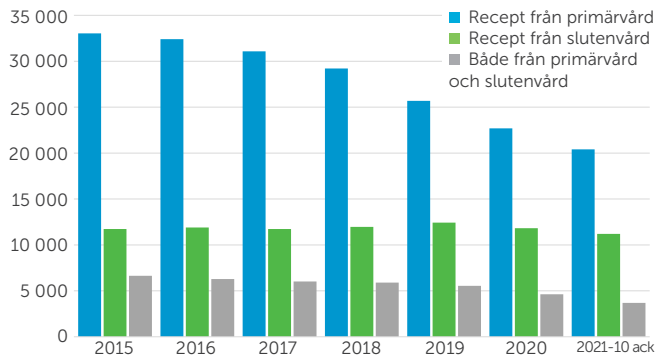
Diabetes

Antalet personer som hämtar ut receptbelagda läkemedel mot diabetes typ 2 förskrivna i primärvården har ökat från knappt 13000 (2016) till drygt 16000 per år hittills 2021. Framför allt ökar antalet patienter som hämtar ut läkemedel som inte är insulin samt antalet som hämtar ut insulin tillsammans med annat läkemedel mot diabetes typ 2. I takt med att evidens kring behandlingsnyttan av nyare läkemedel blir tillgänglig får insulin en alltmer tillbakadragen position. Antalet patienter med enbart insulin som behandling har halverats sedan 2015 (ca 1000 per år). Läkemedelskommitténs mål för förskrivning av insulin till patienter med diabetes typ 2 är att 80 % av medellångverkande och långverkande insulin ska vara NPH-insulin, men andelen har tyvärr varit stabil på drygt 60 % de senaste åren. Endast fem av hälsocentralerna uppfyllde målet under en tolv månadersperiod t o m oktober 2020 - och ännu färre (tre) hälsocentraler t o m i oktober i år.

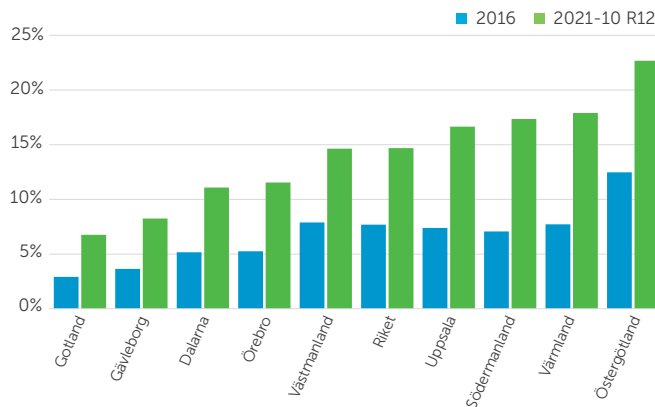
Astma/KOL

Efter den senaste revideringen av Region Gävleborgs rekommenderade läkemedel vid astma/KOL gör Relvar Ellipta sällskap med Bufomix och Innovair i gruppen ICS/LABA. Läkemedelskommitténs mål är att 80 % skall vara rekommenderade preparat med ICS/LABA räknat på dygnsdoser.

1. Antal individer som hämtat ut narkotikaklassade läkemedel i ATC-grupp N & R under tidigare år samt under januari–oktober 2021



3. Andel sprejpreparat med klimatpåverkande drivgaser av totalt uthämtad mängd inhalationspreparat till patienter 5 år och äldre. DDD per 1000 invånare

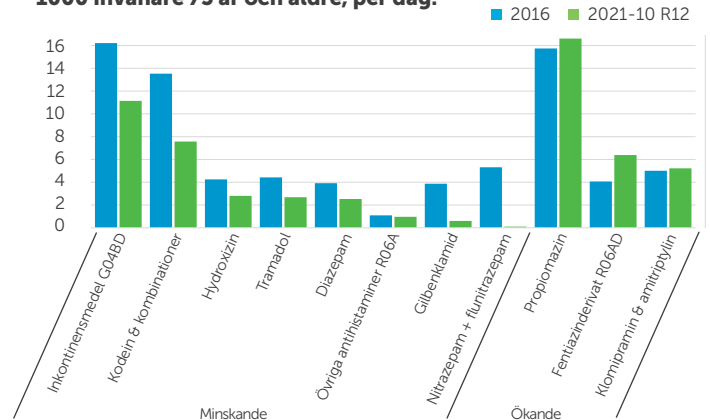


Genomsnittet för alla hälsocentraler har ökat från 60 % till 65 % på ett år. Tre hälsocentraler uppnår målet. Samtidigt som den totala uthämtade mängden ICS/LABA minskar något, ökar mängden rekommenderade läkemedel. Symbicort utgör fortfarande en stor kostnad, men är nu nere på omkring 4,8 miljoner kr per år. Dock, det vore möjligt att sänka utgifterna med nästan 1,9 miljoner kr om samtliga patienter skulle använda Bufomix i stället. Glädjande är att slutenvården närmar sig primärvården allt mer när det gäller övergång från de mer kostsamma preparaten till mer samhällsekonomiskt fördelaktiga alternativ.

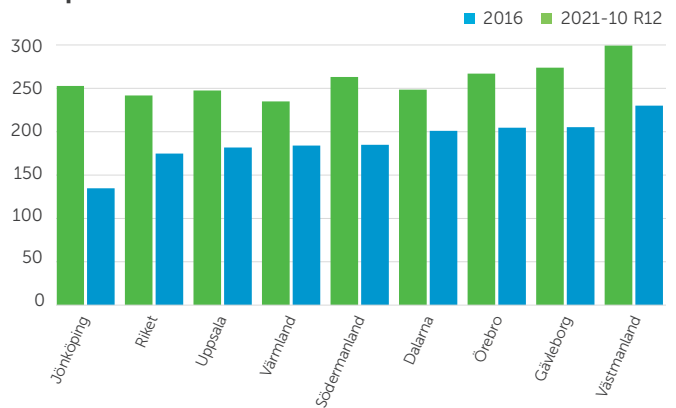
Miljö

Läkemedelskommittén har även ett miljömål knutet till luftvägssjukdom. Högst 50 DDD av inhalationsläkemedel till patienter som är 5 år och äldre får vara produkter med klimatpåverkande drivgaser (apafluran och norfluran). Tyvärr ökar den uthämtade mängden sprejpreparat samtidigt som mängden inhalationsläkemedel minskat totalt sett. Andelen preparat med klimatpåverkande drivgas har ökat i primärvårdsförskrivningen från 6 % för ett år sedan till 7 % för det senaste året (dygnsdoser). Sex hälsocentraler uppfyller målet (7 för ett år sedan). Region Gävleborg har länge varit en region med låg användning av inhalationssprejer (se bild 3), men andelen ökar nu något för varje år (3,6 % år 2016 till 8,3 % det senaste året räknat på dygnsdoser). En knapp tredjedel av inhalationssprejerna utgörs av ej rekommenderade preparat till exempel Flutide Evohaler och Airomir vilka ofta skulle kunna ersättas av Giona Easyhaler respektive Buventol Easyhaler. Även rekommenderade Alvesco (35 % av den totala uthämtade mängden sprejinalatorer) och Ventoline

2. Uthämtad mängd olämpliga läkemedel till äldre. DDD per 1000 invånare 75 år och äldre, per dag.



4. Uthämtad mängd fluorokinoloner på recept. DDD per 1000 invånare.



Evohaler (10 %) kan ofta ersättas av Giona respektive Buventol. Trimbow, vilket är ett ICS/LABA/LAMA-preparat som rekommenderas vid KOL, kan ersättas med Trelegy Ellipta om patienten bedöms kunna hantera en pulverinhalator.

Förskrivningsmålet för användning av ciprofloxacin är ytterligare ett mål med miljöinriktning. Den uthämtade mängden ciprofloxacin minskar, men i jämförelse med Riket är Gävleborg alltjämt en av regionerna med den största förskrivningen (se bild 4). Läkemedelskommittén har beslutat om ett mål på högst 5 dygnsdoser (1 DDD = 1000 mg) per 1000 listningspoäng. Ciprofloxacin återfinns i avloppsvatten och riskerar redan vid låga koncentrationer att bidra till utveckling och selektion av resistenta mikroorganismer i miljön. Målet är grundat på hur hälsocentralernas genomsnittliga förskrivning sett ut de senaste åren med ungefär en tredjedel av hälsocentralerna under 5 DDD per 100 listningspoäng. Förutom negativa miljöeffekter har ciprofloxacin uppmärksammats av EMA och Läkemedelsverket på senare år på grund av allvarliga biverkningar till exempel bindvävspåverkan, skador på hjärtklaffar, kroppspulsåder och senor/ligament. Särskild försiktighet ska iaktas vid behandling av äldre patienter, patienter med nedsatt njurfunktion, patienter som har genomgått organtransplantation samt de som står på behandling med kortikosteroider, eftersom risken för fluorokinoloninducerad tendinit och senruptur är högre hos dessa patienter. I oktober 2020 uppfyllde 14 hälsocentraler det nyinstiftade målet (beräknat på de tolv föregående månaderna) medan antalet hittills i år är 15.

Tobias Westin
apotekare

Sömnläkemedel – alternativ utan beroende

Förstahandsval enligt SBU vid behandling av sömnstörning är icke-farmakologisk behandling vilket överensstämmer med Region Gävleborgs rekommendationer. I rapporten "Behandling av sömnbesvär hos vuxna" (SBU 2010) framhålls att förstahandsval vid farmakologisk behandling av kortvarig insomni är bensodiazepinbesläktade läkemedel (zolpidem och zopiklon). Användningen av bensodiazepinbesläktade läkemedel begränsas dock av brist på långtidsstudier över nytta och risker samt risk för toleransutveckling och beroende. I klinisk praxis är det därför vanligt att förskriva läkemedel som medför liten risk för missbruk och beroende. Läkemedel med annan indikation än insomni t ex antidepressiva, neuroleptika eller sedativa antihistaminer används också vid insomni. En anledning till att behandla insomni med andra läkemedel än hypnotika är att sömnbesvär ofta förekommer tillsammans med annan samsjuklighet.

Tidigare artiklar i MiX på ämnet sömnstörningar har handlat om z-läkemedlen zopiklon och zolpidem samt melatonin. Den här texten beskriver övriga läkemedel som används vid behandling av insomni. Precis som beskrivs i SBU-rapporten skall nästan alla preparat användas för kortvarigt bruk. Läkemedel är sällan en långsiktig lösning mot sömnproblem.

Fentiazin och fentiazinderivat

Eftersom fentiaziner kan förlänga QT-intervallet rekommenderas försiktighet vid behandling av patienter med uttalad bradykardi, hjärtkärlsjukdom eller med ärftlig form av förlängning av QT-intervallet. Samtidig behandling med andra neuroleptika bör undvikas.

ALIMEMAZIN är ett neuroleptikum med ospecifika sedativa och histaminantagonistiska egenskaper. Indikation för alimemazin är bl a sömnrubbingar hos vuxna. Alimemazin saknar tillväjningsrisk. Att uppmärksamma är att effekten av hypnotika, analgetika och anestetika potentiernas av alimemazin. I FASS anges dosering 10-30 mg, men i klinisk vardag inom psykiatrisk vård används 20-40 mg.

LEVOMEPRMAZIN (Nozinan 5 mg avregistreras 2022-01-31, generisk levomepromazin i 25 och 100 mg finns tillgänglig) får betraktas som en behandling som prövas i en besvärlig situation när annat visat sig otillräckligt. Ett observandum är att läkemedelsnaiva patienter samt äldre kan vara mycket känsliga och bör ha låga doser (5 mg). Preparatet är ett neuroleptikum med risk för bl a tardiva dyskinesier vid långtidsbruk.

PROMETAZIN (Lergigan) har bl a indikation sömnrubbingar. En standarddosering (25-50 mg till natten) kan ibland förorsaka kvarstående morgonsömnighet, vilket vanligtvis försvinner efter några dagars kontinuerlig medicinering. I många fall ger en lägre dos tillräcklig effekt. Den hypnotiska effekten avtar i regel vid kontinuerlig användning, vilket kan göra att intermitterant medicinering blir nödvändig. Prometazin blockerar histamin och acetylkolin, men verkningsmekanismen är ej fullständigt klarlagd. Substansen används i första hand som sedativum och hypnotikum. Den är inte beroendeframkallande.

PROPIOMAZIN (Propavan) är ett fentiazinderivat med en centralt dämpande effekt. Verkningsmekanismerna för den hypnotiska effekten är inte helt klarlagda. EEG-studier har visat att propiomazin ej påverkar det normala sömnmönstret. Någon toleransutveckling mot propiomazin har inte uppmärksamats. Läkemedlet är inte heller beroendeframkallande. Det är därmed lämpligt i fall där missbruk förekommer eller kan riskeras.

Övriga preparat

MIRTAZAPIN har en halveringstid på 20-40 timmar och är lämpligt att använda en gång per dag, gärna till natten. De sedativa egenskaperna hos mirtazapin är kopplade till den histaminerga effekten. En lägre dos (15 mg) tycks ge en bättre effekt på sömnen än högre doser. Troligtvis beror det på att de högre doserna medför en starkare noradrenerg effekt vilken delvis tar ut den histaminerga effekten.

I en reviewstudie "Insomnia in the Elderly" (2018) fick deltagarna i studien (18-75 år) som behandlades med mirtazapin en signifikant förbättring av sömnlåten, sömneffektivitet och uppvaknanden efter sömn debut efter bara 2 veckors behandling. Mirtazapin kan vara ett föredra framför andra läkemedel eftersom den ger lugnande effekt enbart genom histaminreceptorantagonism. På grund av motstridig vetenskaplig evidens samt att man kan utveckla en vana till läkemedlets lugnande effekter bör mirtazapin inte användas för att behandla sömnlöshet i frånvaro av depression. Ökad aptit och viktökning är en mycket vanlig biverkning (>1/10).

HYDROXIZIN (Atarax) har ingen godkänd indikation mot insomni utan som lugnande medel. Hydroxizin ska användas vid lägsta effektiva dos under kortast möjliga behandlingstid. Hydroxizin har liksom fentiazinderivatet förknippats med förlängning av QT-intervallet. Hydroxizin är en snabbt verkande H1-receptor-antagonist med kraftiga klådhämmande och antiallergiska egenskaper. Hydroxizin har också en lugnande effekt som beror på dess verkan på formatio reticularis (hjärnstammen). Hydroxizin har en stor terapeutisk bredd och är inte beroendeframkallande.

Läkemedel att undvika för äldre

Alla ovanstående uppräknade preparat förutom mirtazapin omnämns på listan från Socialstyrelsen över läkemedel som



bör undvikas hos äldre. De bör endast användas till äldre om särskilda skäl föreligger.

Vetenskaplig evidens

Mot bakgrund av den utbredda användningen av propiomazin, antidepressiva läkemedel, neuroleptika (alimemazin) och antihistaminer vid behandling av insomni i Sverige har SBU granskat underlaget för sådan behandling.

Granskningen visade att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för slutsatser om effekten av behandling av insomni med dessa läkemedel eftersom befintliga studier är få och bristfälliga. Det bör dock framhållas att avsaknad av vetenskaplig evidens inte är liktydigt med avsaknad av ef-

fekt. Klinisk praxis står i kontrast till avsaknaden av vetenskapliga data - ett problem som har diskuterats flitigt genom åren. Behovet av ytterligare forskning på området är stort. Mycket talar för att det för behandling av sömnstörningar inte finns något preparat som är lämpligt för långvarigt bruk vare sig hos äldre eller yngre. De yngre kan hamna i ett livslångt beroende. De äldre får, förutom begränsad långsiktig effekt, biverkningar. Med tanke på svårigheten att avsluta en sedan länge pågående behandling är det viktigt att vara eftertänksam vid nyinsättning – ofta kanske helst avstå helt.

Katarina Flyrén *apotekare*

Sofie Näslund *informationsläkare*

Fickfoldern

– riktlinjer för handläggning av diabetes 2021

Det ska vara lätt att hitta information om diabetes mellitus. Projektgruppen för diabetesbehandling i Region Gävleborg introducerar därför en fickfolder om diabetes mellitus typ 1 och typ 2.

Fickfoldern skapades ursprungligen i Region Sörmland och används nu flitigt av fler regioner inom Region Mellansverige.

Huvudsyftet är att få en lättillgänglig överblick över handläggning av diabetes. Med andra ord, det ska vara lätt att hitta information i en stressad vardag. Foldern passar perfekt att bära med sig i fickan.

Första sidan innehåller viktig information specifik riktad till vårdgivare i Region Gävleborg. Här återfinns bland annat rutinen för en diabetesmottagning vid en hälsocentral (ny för i år) samt kortfattad information om NDR och en tolkningsguide för blodketonivåer.

I fickfoldern finns även behandlingsalgoritmen för typ 2-diabetes, glukosnivåer vid diagnos, omvandlingstabell mellan HbA1c och medel-P-glukos, råd vid uppföljande sjukvårdskontakter, behandlingsprin-

ciper samt en kortfattad översikt över tillgängliga preparat.

Informationen i fickfoldern är summarisk och kortfattad för att man snabbt ska få en överblick i samband med kontakt med patienter med diabetes. Fördjupande text återfinns i appen "Läkemedel Region Gävleborg" under respektive avsnitt (eller på hemsidan). Du hittar fickfoldern digitalt i appen samt på plexus.

Sara Lagerholm

ST-läkare

DIAGNOSTIK

Nedanstående gäller vid upprepad provtagning. Vid patologiska icke-faste-prover, tages prover om, fastande.

Fastande	Normalt	kP-glu (mmol/l)	vP-glu (mmol/l)
IFG/gränsfall	<6,1	<6,1	<6,1
Diabetes	6,1-6,9	6,1-6,9	6,1-6,9
Ej fastande	Normalt	≥7,0	≥7,0
IGT/gränsfall	<7,0	<7,8	<7,8
Diabetes	7,1-12,1	7,8-11,0	7,8-11,0
	≥12,2	≥11,0	>11,0

Kriterier HbA1c för diagnos: 2 x ≥ 48 mmol/mol eller ≥ 48 mmol/mol samt patologiskt vP-glukos. Ej gravida eller misstänkte typ 1. Verifierande HbA1c-analys bör utföras av sjukhuslaboratorium på venöst taget prov.

KLASSIFIKATION

Typ 1 ca 10-15 %
 Typ 2 ca 80 % - med metabola syndromet
 LADA 10 % - Latent Autoimmune Diabetes in Adults, långsam debut, ofta slanka, ofta antikroppar
 Bländform 1 och 2 ca 10-15 %
 MODY ca 5 % - Maturity Onset Diabetes in the Young

ÅTGÄRDER VID DIABETESDIAGNOS

Remiss diabetessjukvårdskontorska, dietist, ögonklinik. Remiss till förvårdsspecialist endast om tecken till nerv-/kärlskada, övriga hänvisas till privat förvårdsspecialist. Kurator vid behov.



FRÅGA APOTEKAREN

FRÅGA:

En patient med grav KOL har Symbicort 320/9 µg 1x2 samt Bricanyl vb med otillräcklig effekt. Vi funderar att byta till Trelegy Ellipta. Vad skulle ekvivalent dos vara avseende kortison och luftrörsvidgare?

SVAR:

En daglig dos av budesonid 640 µg + formoterol 18 µg motsvaras väsentligen av en daglig dos av flutikasonfuroat 92 µg + 22 µg vilanterol, dvs en inhalation dagligen av Trelegy Ellipta.

REFERENSER:

- SPC Trelegy Ellipta, www.fass.se
- SPC Symbicort forte Turbuhaler, www.fass.se
- Lipson DA et al. FULFIL Trial: Once-Daily Triple Therapy for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017 Aug 15;196(4):438-446.
- Svedsater H et al. Once-daily fluticasone furoate/vilanterol versus twice daily combination therapies in asthma –mixed treatment comparisons of clinical efficacy. *Asthma Res Pract.* 2016; 2: 4.
- Global Initiative for Asthma. 2020 GINA Main Report. <https://ginasthma.org/gina-reports/>

Frågan är besvarad och publicerad av ULIC 2020-09-21

Året som gått, året som kommer

Inför 2022 kommer vi att göra några mindre förändringar vad gäller förskrivningsmålen. Det handlar framförallt om att gradvis bli mer återhållsamma vid narkotisk förskrivning. Region Gävleborg har minskat förskrivningen av opioider, bensodiazepiner och narkotiska sömn-/lugnande läkemedel på ett tydligt sätt sedan vi började följa upp förskrivningen som sker. Våra medborgare förskrivs fortfarande något mer narkotika per invånare än riksgenomsnittet. Många vårdenheter arbetar systematiskt med att förbättra kvaliteten i förskrivningen och har uppnått fina resultat. Våra förskrivningsmål har tydligt stöd i de nationella rekommendationerna från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Trenden är liknande i hela riket vilket är glädjande. Nuvarande kunskapsläge gör gällande att icke-narkotiska behandlingsalternativ är bättre än narkotiska. Det kan handla om fysioterapeutisk behandling vid ryggsmärta och knäartros, KBT-behandling vid ångesttillstånd och sömnskola vid sömnstörningar. Utifrån egna erfarenheter vet jag att man ofta kan nå långt genom att ha en dialog med patienten kring nytta och risker med behandling. De flesta vill faktiskt inte använda narkotiska och beroendeframkallande läkemedel. Det är inte alltid man når hela vägen med att helt avstå en behandling, men även en lägre dosering eller mindre frekvent användning är gynnsamt, både utifrån patientens men också folkhälsans perspektiv. Inte allt för sällan be-

höver vi hantera patienter med ett beroendetillstånd skapat av legitim förskrivning från början. Här anser jag att sjukvården har ett särskilt stort ansvar att hjälpa patienten, utan att vara dömande.

Under förutsättning att Folkhälsomyndigheten inte ändrar mötesrekommendationer utifrån covid, kommer 2022 års Melansvenskt läkemedelsforum äntligen att genomföras fysiskt i Gävle den 2–3 februari. Vi ser med stor förväntan fram mot detta arrangemang och hoppas kunna locka många av våra förskrivare från vår sjukvårdsregion till Gävle. Konserthuset kommer vara arrangemangsarena. Vi tror att intresset för att ses igen är stort - och att det finns ett uppdämt intresse efter utbildning på annat sätt än via videolänk. Skulle covidläget förändras och smittan ökar är beredningsplanen att hålla evenemanget digitalt.

Björn Ericsson

*Specialist i allmänmedicin,
familjeläkare vid Sättra Din hälsocentral
och läkemedelskommitténs ordförande.*



MIX
NYHETER FRÅN
LÄKEMEDELSKOMMITTÉN
REGION GÄVLEBORG

REDAKTIONEN

Elin Isaksson, apotekare, redaktör
elin.isaksson@regiongavleborg.se

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin,
ordförande i läkemedelskommittén
bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

PRODUKTION

Kommunikationsenheten, Region Gävleborg

TRYCK Gävle Offset, Gävle

MIX PÅ WEBBEN

regiongavleborg.se/lakemedel

EXTERN POST

Region Gävleborg, Läkemedelsenheten
Lasarettsvägen 1, 801 88 Gävle

INTERN POST

Läkemedelsenheten, budstation -69-

Jultävling

Vilket läkemedel kan man utvinna från följande djur/organismer?

Brunbjörn	1.		R							
Mjöldryga	2.								N	
Bukspottskörtel hos svin	3.	C								
Havssnäcka (conus magus)	4.			A						
Havssvamp (halichondira okadai)	5.		A							
Tidlösa (colchicum autumnale)	6.								Z	
Rosensköna (catharanthus roseus)	7.			C						
Blodiglar	8.							I		

Skicka in namnet på de korrekta läkemedlen, senast den 31/1 till lmk@regiongavleborg.se och ha chansen att vinna ett fint pris. Vinnaren meddelas i MiX 1 2022.

Lyccka till!

