

Mix

I DETTA NUMMER



Läkargruppen på Sandviken Norra Din Hälsocentral

Nyheter i Rekommenderade läkemedel 2023–2024 ...	1
Pollenallergi – lathund	3
Icke-göra Hjärta-kärl/diabetes	3
Uppdaterad rutin för förskrivning av narkotikaklassade läkemedel	4
Utsättning av opioider	5
Arbete med beroendeframkallande läkemedel på Sandviken Norra Din hälsocentral	5



Nyheter i Rekommenderade läkemedel 2023–2024

De fullständiga rekommendationerna kan läsas i appen eller i webbversionen av appen på hemsidan regiongavleborg.se/lmk.

Nedan följer ett urval av de ändringar som skett sedan förra versionen av Rekommenderade läkemedel.

För alla kapitel

För läkemedel där njurfunktionen har relevans för doseringen av läkemedlet, eller där läkemedlet kan vara njurtoxiskt, finns numera en länk till beslutsstödet janusmed.se/njurfunktion i webbversionen av rekommendationerna. Gör gärna webbutbildningen "Janusmed Njurfunktion Grundkurs" innan du börjar använda beslutsstödet.

A Matsmältningsorgan och ämnesomsättning

Nytt kapitel läkemedelsbehandling vid nedsatt leverfunktion

Nedsatt leverfunktion kan leda till försämrad metabolism och därigenom ökade läkemedelskoncentrationer. Vid nedsatt leverfunktion finns inte någon enskild parameter som indikerar i vilken grad ett läkemedel metaboliseras och utsöndras. Måttligt till svårt nedsatt leverfunktion reducerar indirekt också njurfunktionen, vilket kräver dosanpassning av vissa läkemedel. Kapitlet ger förslag på hur behandling med vanliga smärtstillande läkemedel och diabetesläkemedel kan anpassas i relation till nedsatt leverfunktion utifrån klassificering av leversvikt enligt "Child-Pugh".

A Typ 2 Diabetes

Diaregs behandlingsalgoritm har uppdaterats för 2023 (se bild till höger). Patentutgången för DPP-4-hämmaren Januvia (sitagliptin) har inneburit ett kraftigt prisfall. Observera att läkemedlet behöver dosanpassas efter njurfunktion.

Patienter med diabetes och manifest hjärt-kärlsjukdom bör stå kvar på SGLT-2-hämmare oavsett HbA1c-nivå på grund av läkemedlens sekundärpreventiva effekt. SGLT-2-hämmare kan också minska njurkomplikationer (färre patienter i dialys, färre döda och färre transplanterade). Däremot kan ingen blodsockersänkande effekt förväntas vid eGFR < 45 ml/min. Läkemedlen kan kvarstå ned till eGFR 30 ml/min (empagliflozin) respektive 25 ml/min (dapagliflozin). Läkemedlen har nya indikationer: hjärtsvikt och njursvikt även utan diabetes. Vid diabetes med

samtidig hjärtsvikt kan empagliflozin användas ned till eGFR > 20 ml/min. Hos äldre sköra patienter med diuretika i kombination med SGLT-2-hämmare ska försiktighet iakttagas då det finns risk för dehydrering. Informera patienten skriftligt!

Till patienter, som redan står på metformin och har behov av SGLT-2-hämmare, kan istället Synjardy (empagliflozin + metformin) 12,5 mg/1 000 mg 1 x 1 övervägas. Kostnaden är 8:20 kr/dag jämfört med 14 kr/dag för Jardiance 10 mg 1 x 1, tabletten kan delas (men saknar brytskåra).

Nytt hjälpmedelskapitel för diabetes

En förteckning över upphandlade teststickor för glukosmätning finns i rekommendationstexten.

Därtill ny nationell rekommendation gällande kontinuerlig glukosmätning (GCM) för patienter med typ-2-diabetes. Rekommendationen omfattar fler patienter än tidigare. ▶

TYP 2-DIABETES – BEHANDLINGIALGORITM

Diareg 2023

Allmänt	Obesitas	Manifest kardiovaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre
Rökstopp och levnadsvanor					
Metformin	Metformin	Metformin	Metformin		
DPP-4-hämmare Måttlig effekt, viktneutralt, ej hypoglykemiskt GLP-1-RA Uttalad effekt, viktneutralt, ej hypoglykemiskt Insulin NPH Uppfyllningsbar effekt, risk för hypoglykemi, viktuppgång Meglitinid (Repaglinid) Risk ges vid nedsatt njurfunktion, risk för hypoglykemi, viktuppgång SGLT-2-hämmare Måttlig uttalad effekt, viktneutralt, ej hypoglykemiskt, risk för urogenital infektion, ketoacidosis SU (Glimepirid) Risk för hypoglykemi, viktuppgång Tiazolidindioner (Pioglitazon) Vid uttalad insulinresistens eller NASH/D (non-alcoholic fatty liver disease)	GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic) Högskoleprimärprevention Dulaglutid (Trulicity) SGLT-2-hämmare och GLP-1-RA bör övervägas för kardiovaskulär primär/sekundär förebyggande av HbA1c-nivå.	SGLT-2-hämmare Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance) SGLT-2-hämmare bör övervägas som hjärtsviktbehandling oberoende av HbA1c.	DPP-4-hämmare Sitagliptin 25mg Linagliptin (Trijenta) Meglitinid Repaglinid Insulin GLP-1-RA Dulaglutid (Trulicity) Liraglutid (Victoza) Semaglutid (Ozempic)	DPP-4-hämmare Sitagliptin (reducerad dos) Linagliptin (Trijenta) Insulin
Insulin	Insulin	Insulin	Insulin	Insulin	Insulin
Basalinsulin Snabbverkande insulin Av nypåskäl, välj färdigpennor.	Insulin Basal Insulin aspart Sandflin** (biosimilar till NovoRapid)	Insulin Basal Insulin aspart Sandflin** (biosimilar till NovoRapid)	Insulin Basal Insulin aspart Sandflin** (biosimilar till NovoRapid)	Insulin Basal Insulin aspart Sandflin** (biosimilar till NovoRapid)	Insulin Basal Insulin aspart Sandflin** (biosimilar till NovoRapid)

* Management of hyperglycemia in type 2 diabetes. 2022. Consensus report EASD/ADA
Diabetologia 65, 1925-1966
** Indikationer för hög risk är ålder > 65 år och två eller fler av följande riskfaktorer: obesitas, hypertoni, rökning, hyperlipidemi eller albuminuri (EASD/ADA consensus report 2022)
*** Alla snabbverkande insuliner är effektivt sägigt livsavgift och av kostnadsdäckt väjs det billigaste alternativet vid injicering och receptortryck.

► Fortsättning från föregående sida

B Blod och blodbildande organ

Både apixaban och rivaroxaban är förstahandsrekommendation vid venös tromboembolism. Dessa preparat kräver inte parenteral antikoagulation i samband med behandlingsstart, vilket innebär en avsevärt förenklad läkemedels-hantering för sjukvård och patient.

C Hjärta och kretslopp

Hjärtsvikt

Flera nyheter inom terapin för hjärtsvikt har introducerats, för fullständig bakgrund hänvisas till rekommendationstexten på hemsida/app.

SGLT2-hämmare empagliflozin eller dapagliflozin är rekommenderade till patienter med HFrEF, oberoende av diabetes, för att förbättra livskvalitet, minska sjukhusinläggningar och minska mortalitet. Behandling med SGLT-2-hämmare kan därför bli aktuellt för många patienter med hjärtsvikt.

I rekommendationerna inkluderas ARNI - sakubitril-valsartan (entresto) som en behandlingsmöjlighet.

Läkemedelsinsättningen bör initieras via kardiolog och med titreringsförfarande mot måldos. Preparatet kan bli aktuellt för utvalda patienter för att ersätta ACE-hämmare eller ARB. Målgruppen är patienter med symtomgivande hjärtsvikt med ejektionsfraktion ≤ 35 procent.

Antikoagulation vid förmaksflimmer/-fladder

Dabigatran (Pradaxa) är numer förstahandsrekommendation vid nyinsättning av NOAK på indikationen prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer. Samtliga NOAK har tidigare bedömts vara effektmässigt likvärdiga med samma pris. Förväntad patentutgång för Pradaxa inträffar tidigt under 2023.

För patienter med eGFR 15–30 ml/min, eller behov av dosdispensering, rekommenderas apixaban (Eliquis) som förstahandsval vid nyinsättning. Som andrahandsval rekommenderas rivaroxaban (Xarelto) eller warfarin.

Perifer artärsjukdom

Dubbel trombocythämning (ASA+klopidogrel) har inte kunnat visa bättre effekt för patienter med symtomgivande perifer kärlsjukdom. Däremot ökar risken för blödning. Kombinationsbehandling på denna indikation avråds.

Specialistpreparat

PCSK9-hämmare kan vara ett behandlingsalternativ för vissa patienter med svårbehandlade kolesterolnivåer och bör startas och följas upp av specialist inom kardiologi, endokrinologi eller internmedicin på grund av den höga kostnaden och hemliga prisavtal.

D Hud

Vid behandling av eksem och seborroisk dermatit ändras rekommenderad behandling från Flutivate till Betnovat.

G Gynekologi

Peroral östrogenbehandling vid vegetativa klimakteriebesvär medför en ökad risk för djup ventrombos. Ingen riskökning ses däremot med transdermal östrogenbehandling (plåster, gel, spray). Långtidsbehandling (>5 år) med kombinationen östrogen-gestagen ger en något ökad risk för bröstcancer. Sträva efter lägsta effektiva dos under kortast möjliga behandlingstid. Den tidigare rekommendationen om högst fem års behandling gäller dock inte längre. Individuell bedömning rekommenderas.

G Urologi

Vid behov av smärtlindring med morfinpreparat vid njurstenssmärta har rekommendationen ändrats från Hydromorfon-atropin inj. vätska APL till inj. Ketogan Novum. Hydromorfon-atropin har varit svårtillgängligt.

J Infektioner

I Strama-appen har ett nytt kapitel "Epididymit" tillkommit.

M Rörelseapparaten

För artrosmärta betonas att läkemedelsbehandling med paracetamol eller NSAID är indicerat först efter att patienten provat icke-farmakologisk behandling.

N Neurologi

Ett nytt kapitel för behandling av essentiell tremor har tillkommit.

För migränanfall förtydligas att opioider inte rekommenderas.

N Smärta

Vid behov av opioidbehandling mot akut smärta finns numer delbara morfintabletter 5 mg i små förpackningar (10 st).

Grunden i behandlingen av långvarig smärta är aktiva insatser i form av fysioterapi och beteendemedicin. Om läkemedel ordineras ska det ses som en del i det multimodala omhändertagandet. Den aktiva insatsen ska inte avslutas vid läkemedelsinsättning. Vid utebliven effekt på smärtupplevelse och funktionsnivå ska läkemedlet sättas ut.

N Psykiatri

Det är ej längre rekommenderat att förskriva bensodiazepiner vid behandling av ångest hos vuxna. Detta enligt Socialstyrelsens icke-göra-lista. Observera att oxazepam fortfarande kan användas som behandling mot oro/sömnstörning hos de mest sjuka och sköra äldre i utvalda fall.

R Andningsorganen Astma och KOL

Personer med lindrig astma kan nu erbjudas vid behovsmedicinering med ett kombinationsläkemedel med inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare med snabb effekt. Det kan vara ett alternativ till den traditionella behandlingen med kortverkande beta-2-stimulerare.

Andningsbehållaren Vortex blir förstahandsrekommendation.

Rekommenderade läkemedel för barn – ny upplaga för 2023–2024

Rekommendationerna är ett samarbete mellan de sju regionerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Skriften tar i första hand upp läkemedelsbehandling av vanliga sjukdomstillstånd i öppenvård, men kan också användas inom slutenvård. Rekommenderade läkemedel för barn finns i två versioner, en kortfattad och en fullständig (med bakgrundsmaterial, motiveringar till valen och referenser). Båda hittar du på läkemedelskommitténs hemsida (regiongavleborg.se/lmk). I appen Rekommenderade läkemedel finns den kortfattade versionen under rubriken Barn rek.



Fullversion av rekommendationerna hittar du i appen Rekommenderade Läkemedel Gävleborg

I appen hittar du:

- Läkemedelsrekommendationer.
- Rekommenderade läkemedel för barn.
- Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre.
- Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.
- Samt även mycket annan läkemedelsinformation.

Ladda ner appen via AppStore eller Google Play.



Pollenallergi – lathund

För att underlätta för förskrivare och rådgivare samt för att hitta rätt behandlingsnivå skapade Kristina Bröms, numera pensionerad familjeläkare, en lathund för behandling av pollenallergi (Platina ID: 09-682418). Snart finns en uppdaterad version för 2023 i sin helhet både på läkemedelskommitténs hemsida samt i appen Läkemedel Gävleborg.

Vinnare jultävling MiX 4 2022

Vi säger grattis till vinnarna:

Vera Bergstrand, Kvinnokliniken Gävle sjukhus

Cytostatikamottagningen på Gävle sjukhus

Ordet som efterfrågades i MiX jultävling är:

PRIORITERAD

RÄTT SVAR

1:a handsval vid hypertoni, hjärtsvikt och ischemisk hjärtsjukdom (substans) – **Ramipril**.

Vid överaktiv blåsa (särskilt hos äldre) rekommenderas i första hand bl.a. detta. – **Blåstråning**.

Rekommenderad ICS/LABA-inhalator för både astma och KOL (produkt). – **Innovair**.

1:a handsval vid bl.a. PMDS (substans). – **Escitalopram**.

1:a handsval preventivmedel, akut preventivmedel och kontinuerlig HRT (substans). – **Levonorgestrel**.

Läkemedelsform, rekommenderad preventivmetod för yngre. – **Hormonspiral**.

1:a handsval, läkemedel vid rökavvänjning. – **Nikotin**.

Diabetestablett som kan användas oavsett njurfunktion (produktnamn). – **Trajenta**.

1:a handspreparat vid migränprofylax (ett av flera) och neuropatisk smärta (substans). – **Amitriptylin**.

Antibiotikarekommendationer finns i _____-appen. – **Strama**.

Vid förmaksflimmer visar CHA2DS2-VASc antikoagulantia_____. – **Indikation**.

Icke-göra Hjärta-kärl/diabetes

Som avslutning på artikelserien om Socialstyrelsens Icke-göra-lista - där MiX valt att belysa de åtgärder som är läkemedelsrelaterade - har turen nu kommit till området kring diabetes och hjärtsjukvård. Icke-göra-listan syftar till att frigöra resurser till vård som ger större nytta för patienterna, genom att utmönstra åtgärder på listan. Listan lyfter undersökningar och behandlingar som inte har önskad effekt eller till och med är skadliga.

Patienter med diabetes ska inte erbjudas behandling med acetylsalicylsyra för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom då det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har någon effekt på hjärt-kärlsjukdom och död.

Patienter med diabetes och smärtsam neuropati ska inte erbjudas behandling med SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) eftersom det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt på smärtlindring.

Patienter med akut kranskärlssjukdom och förhöjt plasmaglukos 7–11 mmol/l ska inte erbjudas intravenös insulinbehandling då åtgärden saknar visad positiv effekt på viktiga effektmått, men medför ökad risk för allvarlig hypoglykemi.

Patienter med lindrig till måttlig aortastenosis utan andra indikationer för kolesterolsänkning ska inte erbjudas statiner eftersom det finns starkt vetenskapligt underlag för att åtgärden inte har någon effekt på viktiga effektmått.

Patienter med förmaksflimmer och låg risk att drabbas av stroke (CHA2DS2-VASc = 0) ska inte bjudas nya orala antikoagulantia (direkta trombinhämmare och faktor Xa-hämmare) eller vitamin-K-antagonister då tillståndets svårighetsgrad är liten och det finns risk för allvarliga biverkningar.

Patienter med förmaksflimmer och förhöjd risk att drabbas av stroke (CHA2DS2-VASc ≥ 1) ska inte erbjudas acetylsalicylsyra eftersom det finns andra åtgärder med betydligt bättre effekt vid tillståndet.

Patienter med förmaksflimmer och förhöjd risk att drabbas av stroke (CHA2DS2-VASc ≥ 1) ska inte erbjudas acetylsalicylsyra i kombination med klopidogrel eftersom det finns andra åtgärder som har bättre effekt och lägre risk för biverkningar.

Patienter med vänsterkammarsvikt med eller utan verifierad pulmonell hypertention ska inte erbjudas endotelinreceptorantagonister eftersom åtgärden saknar effekt på viktiga effektmått.

Patienter med sjukdom i lungvävnaden med eller utan pulmonell hypertention ska inte erbjudas 5-fosfodiesterashämmare eftersom åtgärden saknar effekt på viktiga effektmått.

Patienter med sjukdom i lungvävnaden med eller utan pulmonell hypertention ska inte erbjudas endotelinreceptorantagonister eftersom åtgärden saknar effekt på viktiga effektmått.

Sofie Näslund
informationsläkare

Uppdaterad rutin för förskrivning av narkotikaklassade läkemedel

Läkemedelskommittén och enheten för patientsäkerhet har på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsdirektören reviderat den regiongemensamma rutinen "Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel". I och med uppdateringen har rutinen fått ett nytt namn, "Förskrivning av narkotikaklassade läkemedel" (Platina ID: 09-219358), som passar bättre med läkemedelsverkets nomenklatur.

Rutinen avser att vägleda förskrivare i hur en säker och ändamålsenlig förskrivning av narkotikaklassade läkemedel bör ske. Rutinen berör inte ordination av narkotikaklassade läkemedel för malign smärta eller ordination vid livets slut. Arbets sättet som rutinen beskriver syftar till att förebygga beroendeutveckling och öka patientsäkerheten. I fakatarutan intill presenteras några generella utgångspunkter som bör beaktas i samband med ordination av narkotika.

Rutinen har fått en mer tydlig struktur och innehåller bland annat:

- information att beakta inför förskrivning,
- enkla mallar för riskbedömning och behandlingsplaner,
- råd gällande rekommenderade arbetssätt vid receptförnyelse,
- råd för att minska onödiga patientrisker kopplade till behandling.

Som bilagor till rutinen finns tre separata dokument.

- **Ett informationsbrev till läkare** (Platina ID: 09-714640) om generella förhållningssätt vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel samt en kortfattad bakgrunds information gällande aktuella behandlingsrekommendationer för långvarig smärta, ångesttillstånd, sömnstörning och hosta.
- **Ett informationsbrev till patienter** vilka behandlas med narkotikaklassade läkemedel (Platina ID: 09-714531). Brevet informerar om vad vårdgivare och patient har för ansvar i relation till ordinationen samt ger information om vad beroende innebär och åtgärder som kan vidtas för att minska risk för beroendeutveckling. Alla patienter som ordinerar narkotikaklassade läkemedel bör få en kopia av detta brev.
- **Enkel behandlingsplan** i PMO och Melior (Platina ID: 09-714529).

Behandlingsrekommendationer från läkemedelskommittén finns publicerade i app/på hemsida gällande smärta, sömnstörning och behandling av ångesttillstånd för diagnos-specifika åtgärder.

Med hjälp av förskrivningsmål för narkotikaklassade läkemedel följer läkemedelskommittén regelbundet upp receptuttag för befolkningen i Region Gävleborg. Sedan ett flertal år tillbaka redovisas förskrivningsstatistik varje månad för alla hälsocentraler i regionen.

Om din vårdenhet önskar mer information om rutinen, mejla lmk@regiongavleborg.se.

Lathund narkotikaklassade läkemedel

- Noggrann anamnes utifrån aktuellt hälsoproblem (sömnstörning, ångest, smärta).
- Gör smärtanalys vid smärtupplevelse.

Generella behandlingsprinciper

- Icke-farmakologisk behandling i första hand.
- Icke-narkotikaklassade läkemedel i andra hand.

Inför ordination av narkotikaklassade läkemedel

- Identifiera riskfaktorer för beroende.
- Upplys patienten om risker och egenansvar.
- Använd Förskrivningskollen för kartläggning av aktuell läkemedelsbehandling.
- Gör enkel läkemedelsgenomgång.
- Rensa läkemedelslistan så att det inte förekommer oönskade dubletter.

Vid ordination av läkemedel

- Förskriv rekommenderade läkemedel.
- Upprätta en behandlingsplan.
- Behandla så kort tid som möjligt.
- Förskriv små mängder per receptuttag samt ange maxdoser och uttagsintervall.
- Vid insättning, planera för uppföljning och utsättning. Korta kurer kan sättas ut direkt.

Minska risk för patientskada

- Avstå kombination av opioider med bensodiazepiner och/eller gabapentinoider.
- Bensodiazepiner som behandling av ångest hos vuxna rekommenderas ej.
- Eventuell läkemedelsbehandling mot sömnstörning ska användas tillfälligt eller intermittent.

Receptförnyelse

- Vid eventuell receptförnyelse rekommenderas personlig kontakt mellan sjukvård och patient.
- Sträva efter samma förskrivare, helst patientansvarig läkare.
- Använd gärna verktyg såsom Receptsnurran, FAS-UT, Audit, Dudit.

Björn Ericsson
specialist i allmänmedicin

Madeleine Björklund
klinisk apotekare

Utsättning av opioider

Ett syfte med regionens förskrivningsmål är att öka följsamheten till dagens behandlingsriktlinjer och därigenom förbättra vården av vår befolkning. För patienter med långvarig smärta är målet att med adekvat läkemedelsbehandling öka funktionsnivån till exempel genom minskad sjuk-skrivningsgrad eller ökad fysisk aktivitetsnivå. När kollegor söker kontakt med konsultläkaren på smärtcentrum kring opioidnedtrappning handlar det oftast om huruvida sådan bör ske. Patienter som tar kontakt med kliniken (via egen vårdbegäran) efter beslut om utsättning (från annan vård-givare) beskriver ofta avsaknad av motivation till utsättning och låg delaktighet i beslutet. En stor och viktig utmaning som sällan diskuteras är hur sjukvården skapar förutsättningar för en bestående nedtrappning.

Med utgångspunkt i två fiktiva patientfall förs nedan en kort diskussion kring utsättning av opioider. Vem av patienterna bör avsluta behandlingen? Samma kriterier, som används för att bedöma om en nyinsatt opioidbehandling är en adekvat behandling, kan användas för att avgöra om en långvarig behandling bör fortsätta. Tre viktiga faktorer att ta ställning till är om det föreligger en bibehållen funktions-ökning, en god compliance samt att dosökning på grund av toleransutveckling inte skett.

PATIENT 1: 60 år, neuropatisk smärta, helt sjukskriven (för två år sedan helt i arbete). Oxycodone Depot 5 mg x 2 insattes för två år sedan och doseringen ökades för tre månader sedan till 15 mg x 2.

PATIENT 2: 40 år, oklar ryggsmärta, sjukskriven 25 procent (för två år sedan sjukskriven 50 procent). Oxycodone Depot i upptrappning till 15 mg x 2 insattes för två år sedan och doseringen har sedan tre månader efter behandlingsstart varit oförändrad.

För patient 1 noteras både en doseskalering och en minskad funktionsnivå, men för patient 2 observeras en stabil dosering och en funktionsförbättring. Rekommendationen blir således att behandlingen bör trappas ut för patient 1. Det kan vara svårt att efter en längre tids behandling, kanske via olika förskrivare, i efterhand bedöma patientens funktionsnivå vid insättningen av opioidbehandlingen.

Patienten är givetvis en god källa till information – och inte sällan beskriver patienterna en försämring i både smärtupplevelse och funktionsnivå. Paramedicinska journalanteckningar med funktionsbedömningar kan vara till stor hjälp liksom möjliga uppgifter i eventuella tidigare sjukintyg.

Patienter upplever ofta en bristande motivation. Enligt en stor retrospektiv studie med fokus på nedtrappningens risker påvisades en ökad dödlighet för dem med abrupt utsättning av opioider. Dödligheten var lika hög som för patienterna med en dåligt kontrollerad opioidbehandling där doserna ökade under studietiden. Lägst dödlighet noterades i grupperna med stabil dosering och långsam nedtrappning (1). När patienten efterfrågar den, är god och väl underbyggd information viktig för att öka motivationen. Är informationen däremot inte efterfrågad kan delgivandet av information istället skapa ett ökat motstånd hos patienten. Att använda en strukturerad samtalsteknik (till exempel motiverande samtal) kan hjälpa, liksom att erbjuda information om bakgrunden till beslutet och förväntat resultat av nedtrappningen/utsättningen. Kunskap om att studier visat på oförändrad smärta och smärtorsakad funktionsnedsättning vid utsättning kan vara betryggande både för patient och läkare att känna till (2). Evidens finns för att längre och mer omfattande nedtrappningsprogram har bättre effekt än kortare, egenvårdsbaserade interventioner (3). Om sjukvården framgent skulle involvera fler olika yrkeskategorier i större utsträckning än idag, skulle högre grad av framgång kunna uppnås. Motiverande samtalsteknik, tydlig information om nedtrappningen, täta uppföljningar och beteendemedicinsk behandling bör erbjudas.

Genom en enklare bedömning, med mer fokus på motiverande strategier samt ett multimodalt omhändertagande ökar förutsättningarna för att fler patienter kan trappa ut sina opioider på ett bra och hållbart sätt.

Referenslista till artikeln finns på MiX infoblad och nyhetsbrevet MiXat - Region Gävleborg (regiongavleborg.se).

Daniel Ericssäter
specialist i anestesi och intensivvård,
överläkare på smärtcentrum

Arbete med beroendeframkallande läkemedel på Sandviken Norra Din hälsocentral

Under flera år funderade läkargruppen på Sandviken Norra Din Hälsocentral över varför förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel konstant låg högre än för den genomsnittliga hälsocentralen. Hälsocentralen i närområdet med snarlik befolkningspopulation uppvisade därtill ett bättre förskrivningsläge. Läkargruppen var redo för en förändring och bjöd därför in Björn Ericsson, ordförande i läkemedelskommittén, till arbetsplatsens verksamhetsplanering i början av 2022 för att berätta om det förändringsarbete han deltagit i på Sättra Din Hälsocentral. Mötet mynnade ut i följande konkreta åtgärder på arbetsplatsen:

- Receptbeställningar endast till ordinarie läkare.
- Läkaren noterar i receptmodulen när nästa receptförnyelse är möjlig (rådgivningssköterskan bokar ej in receptönskemål tidigare än så).
- Regelbundna utdrag ur MedRave på specifika preparat där ansvarig läkare går igenom sina patienter och beslutar om handläggningsplan.
- Återkommande kollegiala möten för att diskutera kluriga ärenden.

► Fortsättning från föregående sida.

- Identifiering av patienter som har samtidig behandling med bensodiazepiner och opioider med plan om att seponera minst det ena av de två.
- Frekvent provtagning av B-Peth och U-sticka. Patienter får regionens patientinformation kring beroendeframkallande läkemedel (inkluderande information om provtagning) hemskickad.
- Aldrig förskrivning av zopiklon i förpackning om 100 stycken.

I samtal med patienter som har samtidig behandling med bensodiazepiner och opioider brukar jag motivera seponering av det ena med att jag inte vill att de ska dö i sömnen. Det argumentet blir tydligt både för mig och patienten.

– Hannah Johansson, specialist i allmänmedicin

Ett par år tidigare hade läkargruppen skapat en lista över läkemedel vilka ej nyinsätts från Sandviken Norra Din Hälsocentral vilken innefattade till exempel alprazolam (Xanor), pregabalin (Lyrica) och tramadol (Tradolan). Listan aktualiserades åter med tillägg om restriktiv förskrivning av zopiklon och zolpidem mot sömnstörning samt att verka för utsättning hos majoriteten av patienterna som redan behandlades med sådan substans - alternativt hålla mycket strikt förskrivning. Läkargruppen enades om låg tolerans kring patienter som tappar bort läkemedel, behöver recept alldeles för snart igen eller samtidigt överkonsumerar alkohol. Vid dessa situationer tillämpas numer dosettindelning/dosdispenserade läkemedel alternativt nedtrappning och/eller utsättning i högre utsträckning än tidigare. Genom att

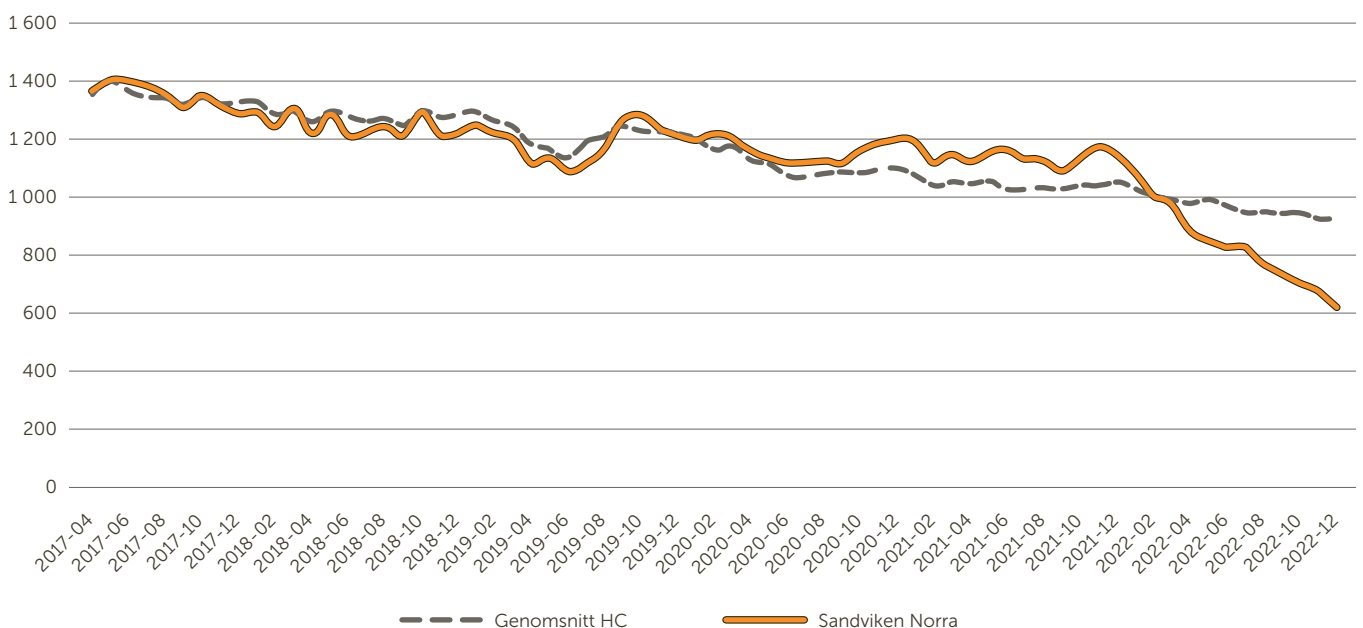
ett par av läkarna tog ett överordnat ansvar för att genomgång av förskrivning, granskning av journaler och förslag till förändrad/avslutad behandling genomfördes, kunde den enskilda läkaren sedan inte stå ensam i bedömningen inför i patientmötet från att minst två läkare stod bakom beslutet kring handläggningen.

Inom läkargruppen började man dela med sig av framgångsrika nedtrappningsscheman, argument för nedtrappning och förklaringsmodeller. En välanvänd och tacksam handläggningsschema har varit att patienten först får ett brev med information om att nedtrappning kommer att behövas utifrån nuvarande läkemedelsförskrivning – samt en tid för telefonuppföljning. Då har patienten möjlighet att hinna smälta informationen innan samtalet med läkaren äger rum.

”Det viktigaste är att bara börja någonstans. Vi gjorde regelbundet genomgångar av våra patienter som behandlades med beroendeframkallande läkemedel. Vi började med kartläggning av alprazolam (Xanor). Många hade höga doser, indikationen var sällan helt tydlig och patienterna var dåligt uppföljda. Den uthämtade mängden alprazolam under fjärde kvartalet 2022 var 62 procent lägre än föregående år, vilket är oerhört glädjande!” konstaterar Christer Engvall, specialist i allmänmedicin.

Det kollegiala samtalet och stödet har varit avgörande. Sedan många år tillbaka har läkarna dagligen ett kort schemalagt möte tillsammans med läkarna på Sandviken Södra Din Hälsocentral för att diskutera svåra ärenden, nya riktlinjer och erfarenheter från jourverksamheterna. Det har funnits utrymme att inför ett kommande patientmöte få råd och tips. Och när en läkare rönt framgång i ned-/uttrappning tillsammans med en patient, har detta lyfts upp som ett lyckat exempel. Med patientens bästa för ögonen har målet hela tiden varit att inte fortsätta utsätta hen för felaktig och potentiellt riskfylld förskrivning. Målet har aldrig varit att patienterna skulle lista om sig. Vårdenhetschefen

Uthämtad mängd narkotikaklassade läkemedel per 1 000 listningspoäng, tre månaders glidande medelvärde, Sandviken Norra i jämförelse med genomsnitt för alla HC Gävleborg



mottog i början av arbetet ett flertal upprörda telefonsamtal, men dessa har drastiskt minskat i antal – och ingen ökad avlistning har noterats. En framgångsfaktor har varit att alla personalkategorier har involverats i arbetet kring förskrivning av narkotikaklassade läkemedel, samt det faktum att samtliga hyrläkare fått tydliga instruktioner kring vårt arbetssätt.

Hannah Johansson
specialist i allmänmedicin,
Sandviken Norra Din Hälsocentral

När alla strävar åt samma håll, skapas en gemensam kraft. Om jag avslutar en långvarig förskrivning av stående behandling med zopiklon, vet jag att mina kollegor har samma förhållningsätt.

– Hannah Johansson, specialist i allmänmedicin

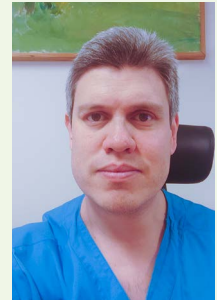
Referat MLF

Sedan 15 år arrangeras Mellansvenskt läkemedelsforum av läkemedelskommittéerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Denna gång samlades de nära 700 deltagarna, föreläsarna och utställarna i Karlstad 1–2 feb för en lyckad kongress modererad av undertecknad och Björn Ericsson. Som alltid belyses ett par stora folksjukdomar – i år gikt, diabetes och hjärtsvikt samt lipidsänkande behandling. Ett par av föreläsningarna hade något av ett mer filosofiskt och etiskt innehåll. Vad får ett människoliv kosta? Vad händer när diagnoser marknadsförs ut mot befolkningen? Hur mår vår planet egentligen av all läkemedelsproduktion och -användning? Kongressen avslutades genom en upplysande föreläsning av Robin Razmi, infektionsläkare på Gävle sjukhus, kring vad varje doktor behöver veta om HIV.

Mellansvenskt läkemedelsforum (MLF) 2024 arrangeras i Gävle 7–8 februari och vi hoppas på ett stort antal deltagare från vår egen region. MLF är en prisvärd, av läkemedelskommittéerna innehållsgranskad, kongress som på ett enkelt sätt ger en uppdatering inom flertalet områden. Varmt välkomna!

Sofie Näslund
informationsläkare

Hallå där Robin Razmi, infektionsläkare på Gävle sjukhus.



– Du föreläste på Mellansvenskt läkemedelsforum om HIV. Vad är ditt "take home message"?

Jag vill trycka på vikten av tidig diagnos, dels för att förbättra den individuella patientens prognos och dels för att minska risken att smittan förs vidare. Jag vill också lyfta fram vilken oerhört effektiv behandling vi numer har tillgång till – och hur HIV blivit en kronisk sjukdom med nästan obefintlig smittsamhet.

– Vad upplever du är den vanligaste missuppfattningen kring HIV?

Jag upplever att det finns missuppfattningar kring infektionens smittsamhet. Med modern antiviral behandling är risken för smitta obefintlig i de flesta fall.

– Hur tror du att HIV-vården ser ut om 100 år?

Om 100 år tror, och hoppas, jag att vi inte längre har någon HIV-epidemi att tala om. Detta eftersom vi rimligen bör ha tillgång till både botande behandling och effektiva vacciner.

Sofie Näslund
informationsläkare



FRÅGA APOTEKAREN

FRÅGA:

Kan ett QT-förlängande läkemedel, t ex ciprofloxacin, ges till en patient som redan behandlas med ett annat QT-förlängande läkemedel om ett EKG med normal QTc-tid registrerats? Vad bör i så fall räknas som acceptabel gräns för QTc-tid inför och efter insättning av det nya QT-förlängande läkemedlet?

SVAR: Vid insättning av läkemedlet får risken för Torsade de Pointes (TdP) värderas mot den förväntade nyttan av behandlingen. Baserat på enstaka studier förekommer TdP vid inläggande sjukhusvård grovt uppskattat hos omkring 1 procent av patienter med påvisad förlängd QTc-tid över 500 ms. Någon skarp nedre gräns för QTc-tiden, under vilken behandlingen med säkerhet kan antas vara riskfri, finns dock ej. American Heart Association har publicerat mer detaljerade rekommendationer avseende monitorering av QT-tiden samt arytmiovervakning vid insättning av läkemedel som ökar risken för QT-förlängning till inläggande patienter för den som vill läsa mer.

Frågan är besvarad av LUPP (Läkemedelsupplysning i Västra regionen) och publicerad på svelic.se 2021-09-17"

Jag kan konstatera att det finns en stor efterfrågan på och en stor nyfikenhet kring information som kan hjälpa sjukvården att göra miljösmarta val.



Äntligen får vi presentera våra nya läkemedelsrekommendationer! 2022 har varit ett år med stort engagemang från våra terapigrupper. Genom att vi har egna terapigrupper inom regionen får vi en lokal förankring av aktuell evidens och nationella riktlinjer. I terapigrupperna finns kunskap om förhållanden och förutsättningar i just vår region. Läkemedelskommitténs rekommendationer syftar till att implementera och tillgängliggöra bästa evidens för våra förskrivare och vår befolkning. Alla som medverkar till arbetet genomgår jävsprövning. Därigenom bidrar rekommendationerna till att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling. Jag vill rikta ett innerligt tack till alla som bidragit till att ta fram våra nya rekommendationer.

En ny rutin vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel presenteras i detta nummer av MiX. Förhoppningsvis blir den ett välanvänt stöd för våra förskrivare för att minska riskerna vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Genom informationsmaterial och statistikuttag till verksamheterna önskar läkemedelskommittén bidra till ett arbetsätt för klok förskrivning av dessa läkemedel.

Ett stort huvudbry för många patienter och förskrivare är det rådande läget gällande restnoteringar. Från läkemedelskommittén och läkemedelsenheten bistår vi med lokalt anpassad information efter bästa förmåga. På förstasidan på Plexus finns nu en direktlänk till vår hemsida med information om aktuella restnoteringar. Om du upptäcker en restsituation som inte tidigare är känd, kontakta gärna lakemedelsenheten@regiongavleborg för att påkalla vår uppmärksamhet kring läkemedlet.

Under 2022 hölls de första sammankomsterna för att tillsammans med miljöenheten formellt bilda en terapigrupp inom området läkemedel och miljö. Vi har inhämtat inspiration från andra regioner för att tydligt formalisera de viktiga frågorna om läkemedel och deras miljöpåverkan. För egen del har jag haft möjlighet att engagera mig i miljöfrågor också inom ramen för läkemedelskommittéernas nationella nätverk, LOK. Jag kan konstatera att det finns en stor efterfrågan på och en stor nyfikenhet kring information som kan hjälpa sjukvården att göra miljösmarta val. En god planetär hälsa är i förlängningen en absolut förutsättning för människosläktets välmående.

En viktig del av läkemedelskommitténs arbete är erfarenhetsutbyte genom nätverkande. Vi drar stor lärdom av kloka kollegor runt om i landet. Regionens läkemedelsarbete är involverat i många olika lokala och regionala men även nationella nätverk. Genom nätverken får vi både tillgång till andra regioners expertkunskaper, men också möjlighet att nå ut med egna goda idéer och arbetssätt. Just i arbetet kring förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och läkemedel med miljöpåverkan, utgör nätverken helt centrala resurser som vi i vår tur kan förmedla till regionens egna verksamheter.

Sofie Näslund och jag fick äran att moderera Mellansvenskt Läkemedelsforum 2023 i Karlstad. Vi ser nu fram emot Mellansvenskt Läkemedelsforum 7–8 februari 2024 i Gävle! Jag hoppas att vi ses där!

Björn Ericsson

*specialist i allmänmedicin
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

Sofie Näslund, specialist i allmänmedicin,
informationsläkare
sofie.naslund@regiongavleborg.se

PRODUKTION

Confetti

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-