VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Substans

En tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen **Nr.2** april 2016

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

Översikt över alla RMR-LM!

Sid **4-7**



REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

Nyheter

Med detta nummer följer en helt ny RMR-Läkemedel för behandling av gikt. Riktlinjen har tagits fram av Terapigrupp Reumatologi och nedan ges en kort introduktion. Två RMR-LM har nyligen uppdaterats, nämligen Depression och RLS. Se även översikten på sidorna 4-7. Alla RMR-Läkemedel hittas på: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

NY RMR-LM: **Gikt** (medföljer som bilaga)

Gikt är den vanligaste inflammatoriska ledsjukdomen. Dess förekomst ökar tydligt med ålder och manligt kön. Den akuta giktattacken ackompanjeras ofta av uttalad inflammation, ibland även feber varvid septisk artrit kan vara en differentialdiagnos. Patienter med gikt har en ökad dödlighet såväl i hjärt-kärlsjukdom som av andra orsaker.

Diagnos

I typfallet är giktdiagnosen lätt att ställa. Vid oklara fall rekommenderas ledvätskeanalys för påvisande av uratkristaller, vilket i praktiken dock sällan utförs. Hjälp kan då finnas i diagnosalgoritmer, så kallade ”giktkalkylatorer”, och/eller i nya avbildningstekniker såsom ultraljud och dual energy datortomografi (deCT). En giktkalkylator finns med i riktlinjen.

Behandling

Det är viktigt att förklara mekanismer för gikt och dess förebyggande behandling, då det ger ökad motivation till koståtgärd och bättre följsamhet till profylaktisk terapi. Koståtgärder är viktiga men sällan tillfyllest ensamma.

Det akuta giktanfallet behandlas med COX-hämmare. Vid kontraindikation kan kortison ges peroralt eller som lokal injektion i drabbad led. Kolkicin är också ett fullgott alternativ som blivit enklare att förskriva då tablett Colrefuz finns godkänd i Sverige sedan hösten 2015.

Förebyggande behandling mot gikt rekommenderas allt tidigare i sjukdomsförloppet, speciellt vid försvårande faktorer såsom tofi, njursvikt och upprepade akuta attacker. Starta med allopurinol 100 mg x 1 och öka dosen med 100 mg var 3:e-4:e vecka tills målnivå av urat uppnåtts (<360 µmol/L eller <300 µmol/L vid tofibildande sjukdom). Vid behandlingsstart förväntas ökat antal akuta attacker varför kontinuerlig akutbehandling kan krävas över tid, upp till 6 månader. Sätt inte ut allopurinol vid nya attacker utan överväg förstärkt akutbehandling!

Uppföljning

Då målvärde på S-urat uppnåtts avtar de akuta attackerna och sjukdomen stabiliseras. Uratsänkande behandling rekommenderas dock fortgå över längre tid då sjukdomen ofta recidiverar vid avslut av terapi. Gikt är starkt associerat med hjärt-kärlsjukdom varför screening för detta bör övervägas.

Terapigrupp Reumatologi



Foto: Magnus Gotander

ORD FÖR ORD

Vårens nummer av Substans innehåller inget mindre än en lärobok i miniatyr!!

Nej, så är det naturligtvis inte, men vi presenterar huvudbudskap ur alla de Regionala Medicinska Riktlinjer som Läkemedelskommittén har tagit fram. Utöver REKlistan är arbetet med medicinska riktlinjer det viktigaste och största arbetet som våra terapigrupper har. Det är inte bara angeläget att *ta fram* medicinska riktlinjer, lika viktigt är, om de ska ha någon relevans, *att hålla dem uppdaterade*. Vår ambition är att alla riktlinjer ska revideras vartannat år. Den gamla världen med pärmar fyllda av uråldriga PM som ingen visste vem som tagit fram eller när de skrivits är givetvis inget som vi tycker hör hemma i en modern digital värld. Arbetet är som sagt omfattande; först ska grupperna ta fram medicinska underlag och evidens, sen ska föreslagna riktlinjer ut på remiss så att sektorsråd och andra delar av kunskapsorganisationen kan ta del av dem och lämna synpunkter. Riktlinjerna ersätter inte andra kunskapsdokument, men ska enkelt och kort – max två sidor – sammanfatta vår aktuella gemensamma uppfattning i Västra Götalandsregionen. Läkemedelskommitténs fokus är på läkemedelsbehandling men i riktlinjerna finns också kortfattat om bakgrund, symtom och hur man ställer diagnos. Nya riktlinjer medföljer alltid som bilaga till Substans, men alla finns förstås också i en digital version: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

Trevlig vår!

Jan Carlström
Ordförande i Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Påminnelser om **Pascal**

Enhet Läkemedel och Hjälpmedel ger här några tips och påminner om rutinerna vid förskrivning i Pascal (patienter med dosrecept).

Ny patient

Att starta dosdispensering för en patient är inte förknippat med någon extra kostnad utöver avgiften för dosproduktion (1,19 kr per dygn). Läkemedelskostnaden debiteras den enhet som förskriver respektive läkemedel. Produktionskostnaden fördelas proportionerligt i efterhand mellan alla förskrivande enheter.

De e-recept som redan finns när en patient blir dospatient behöver gås igenom. Ta ställning till om läkemedlet behövs och om det i så fall ska dispenseras eller kvarstå som helförpackning. Om ett läkemedel ska bli dispenserat väljs ”ändra”. Kontrollera att varan är dispenserbar, annars byt till dispenserbar synonym. När alla ordinationer med ett ”e” har hanterats försvinner rutan ”Verifiera e-recept”.

I nuläget ligger samtliga leveransadresser i VGR även kopplade till den tidigare leverantören. Var därför uppmärksam vid uppstart av nya patienter och välj boende kopplat till Apoteket AB.

Akuta förskrivningar

För läkemedel som är tillfälliga eller avsedda ”vid behov” ska förskrivning av helförpackningar göras via Pascal. Dessa kan hämtas på valfritt apotek så snart ändringen är gjord. Detta kan gälla t.ex. antibiotikakurer eller tillfällig smärtlindring. E-recept ska inte användas till dospatienter, eftersom man då kan missa väsentlig dubblettförskrivning eller farliga interaktioner. Observera att läkemedel förskrivna via e-recept aldrig hamnar i dospåsar; de blir alltid helförpackningar.

Akutproduktion av dospåsar ska användas när det behövs, men innebär en extra produktionskostnad. Man kan ibland undvika onödiga akuta produktioner genom att vara uppmärksam på stopptid och nästa första dosdag (framgår i patientinformationsrutan). Överväg om den nya/ändrade ordinationen kan vänta till ordinarie produktion eller tillfälligt tas ur det kommunala akutläkemedelsförrådet.

Inställningar i Pascal

Tänk på att ha rätt förval av dosapotek (Apoteket AB) under inställningar på startsidan.

Sortiment

Aktuellt dossortiment finns på:
www.vgregion.se/dos
Tabellen visar några nya generika som finns tillgängliga i dossortimentet. Flera av alternativen innebär en lägre kostnad.

Läkemedel	Nytt sortiment	Styrkor
Lyrica	Pregabalin Sandoz	25, 50, 75, 150 mg
Abilify	Aripiprazole Sandoz	5, 10, 15 mg
Gabapentin Nycomed	Gabapentin Actavis	100, 300, 400 mg
Keppra	Levetiracetam Actavis*	250, 500 mg

*) Vid behandlingsstart eller dosändring. Se terapiråd Neurologi i REKlistan (epilepsi)

Viktigt vid vätskebrist – konkreta råd till patienter och vårdpersonal i sommar

Inför sommaren har Terapigrupp Äldre och läkemedel tagit fram två informationsblad som kan användas för patienter som står på läkemedelsbehandling som kan bli riskfylld vid minskad vätskevolym i kroppen, till exempel vid:

- diarré
- kräkningar
- hög feber
- annan akut sjukdom som medför svårigheter att äta eller dricka
- värmebölja
- kliniska tecken på intorkning

I dessa blad anges vilka läkemedel man ska se upp med och hur man gör praktiskt med läkemedlen i den akuta situationen. Det ena bladet är riktat till patienter och det andra till sjuksköterskor och omvårdnadspersonal i äldreomsorgen.

Läkemedel som tas upp

- metformin
- ACE-hämmare/ARB
- COX-hämmare
- digoxin
- diuretika

Alla preparatnamn finns med så att informationen inte är beroende av vilket preparat patienten hämtat ut. Det finns också möjlighet att lägga till ytterligare läkemedel vid behov.

Till patienten skrivs att han/hon ska göra uppehåll med dessa läkemedel tills symtomen upphört och vem som kan kontaktas vid eventuella frågor.

Till vårdpersonal förmedlas att avstå från att ge patienten nämnda läkemedel samt att kontakta ansvarig sjuksköterska, som i sin tur kontaktar läkare för ställningstagande till vidare åtgärd.

För dospatienter rekommenderas tillfälligt uppehåll med alla läkemedel i påsen tills ansvarig sjuksköterska fått kontakt med läkare som kan ta ställning till vilka läkemedel som ska ges respektive inte ges. Länk till tablettidentifiering i FASS finns också.

Vid förskrivning av dessa läkemedel till äldre - oavsett årstid – rekommenderar terapigruppen följande tillägg på receptet: ”Tillfälligt uppehåll görs vid hög feber, magsjuka eller värmebölja”.

Informationsbladen finns att hämta på terapigruppens hemsida:
www.vgregion.se/vardgivarstod/aldre
De kan också beställas kostnadsfritt från Adress- och distributionscentrum via e-post till: adress.distributionscentrum@vgregion.se

Ladda upp med en bunt i sommar!

ALLA RMR-LÄKEMEDEL

I VGR har vi för närvarande 35 Regionala Medicinska Riktlinjer för läkemedelsbehandling. Dessa har tagits fram av de regionala terapigrupperna på uppdrag av Läkemedelskommittén. Ämnesområdena har bedömts strategiskt viktiga vad gäller behandlings- och kostnadseffektivitet. Terapigrupperna ansvarar för uppdatering vartannat år eller tidigare om ny viktig information tillkommer. Här sammanfattas huvudbudskapen om behandling i samtliga RMR-LM. Riktlinjerna hittas i sin helhet på: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer. Lägg gärna denna länk lätt åtkomlig från journalsystemen, om den inte redan finns där.

Antikoagulantia vid förmaksflimmer

- Beräkna CHA_2DS_2VASc-score vid alla former av förmaksflimmer
- Sätt in behandling vid CHA_2DS_2VASc-score 2 eller högre. Överväg behandling vid CHA_2DS_2VASc-score 1
- Lågriskpatienter behöver inte behandlas. Dvs. kvinnor och män under 65 år som inte har andra riskfaktorer enligt CHA_2DS_2VASc
- Warfarin eller NOAK rekommenderas som strokeprofylax
- NOAK rekommenderas efter stroke/TIA/artäremboli, när warfarin inte fungerar bra och vid nyinsättning. Av NOAK rekommenderas i VGR i första hand apixaban
- Acetylsalicylsyra (ASA) ska inte ges som strokeprofylax vid förmaksflimmer

Akne – ny RMR på gång!

Astma – hos barn

- Målet med behandlingen är symtomfrihet och för detta krävs läkemedel i kombination med kontroll av miljöfaktorer
- Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel: Kontrollera inhalationsteknik och följsamhet till behandlingen samt överväg om diagnosen är korrekt
- För preparatval, se REKlistan

Astma – hos vuxna

- Målet med behandlingen är symtomfrihet och för detta krävs läkemedelsbehandling i kombination med kontroll av miljöfaktorer
- Alla patienter med astma oavsett svårighetsgrad ska förses med snabbverkande beta-2-stimulerare (SABA)
- Vid astmasymtom >2 ggr/vecka insätts inhalationskortikosteroider (ICS). Majoriteten av patienterna behöver endast låg till medelhög dos av ICS
- Vid otillräcklig effekt av ICS ges tilläggsläkemedel i form av långverkande beta-2-stimulerare (LABA) och/eller leukotrienantagonist (LTRA)
- Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel kontrollera följande:
  – Korrekt diagnos?
  – Korrekt inhalationsteknik?
  – Följsamhet till given ordination?
- Vid bristande behandlingseffekt och vid svår grad av astma rekommenderas remiss till specialistklinik

Bipolär sjukdom

- Diagnostisering och start av behandling sker inom psykiatrin
- Stabiliserande behandling utgör grunden för att inte återinsjukna och om detta inte är tillräckligt kan behandling mot specifika symtom tilläggas
- Basläkemedlet är litium för både barn och vuxna

Demens

- Vid mild till medelsvår Alzheimers sjukdom med eller utan vaskulärt inslag bör kolinesterashämmare erbjudas
- Memantin har indikationen medelsvår till svår demens av Alzheimertyp. Doseringen trappas upp och kan läggas till tidigare insatt kolinesterashämmare eller ges i monoterapi
- Utvärdering av påbörjad behandling ska alltid ske
- Om utebliven effekt vid första utvärdering eller efter en längre tids behandling kan utsättningsförsök prövas. Om försämring noteras inom 2-4 veckor bör läkemedlet återinsättas
- Behandling med antipsykotiska läkemedel bör undvikas vid demenssjukdom

Depression – nyligen uppdaterad!

- Depressionsdjupet avgör om psykoterapi enligt vedertagen metod och/eller antidepressiv medicinering rekommenderas
- Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralin
- Somatisk sjuklighet och dödlighet är förhöjd vid depression varför det somatiska hälsotillståndet bör kontrolleras regelbundet
- Suicidriskbedömning ska ingå som en del i diagnostiken och vid uppföljning
- Profylaktisk behandling ska övervägas vid återkommande depressioner
- Äldre kan ha en annan symtombild och långsammare svar på behandling

Diabetes – TYP 2

- Viktigt med tidigt insatt och intensiv behandling av samtliga riskfaktorer vid diabetes typ 2
- Behandlingsbasen utgörs av förändringar i levnadsvanor såsom rökstopp, motion och kost
- Metformin sätts in direkt vid diagnos

Dosexpedition

- Dosexpedition kan användas till patienter om
  – patienten behöver hjälp med sin läkemedelshantering
  – andra stöd att klara läkemedelshanteringen har övervägts
  – medicineringen är stabil
- Patienten/kontaktpersonen ska ges god information om hur dosexpedition fungerar
- Förskrivning ska ske via Pascal
- E-recept/vanligt recept ska aldrig förskrivas till patient med dosexpedition
- I samband med förnyelse av dosreceptet ska en fördjupad läkemedelsgenomgång genomföras

D-vitaminbrist

- Behandling bör endast ges vid konstaterad D-vitaminbrist och/eller vid pågående läkemedelsbehandling mot osteoporos med t.ex. bisfosfonater
- Behandling med D-vitamin utan påvisad brist har låg evidens vad det gäller att förebygga sjukdomar såsom cancer, hjärt-kärlsjukdom, psykisk sjukdom, autoimmuna sjukdomar och infektioner
- Serumnivåer av 25-OH-D, kalcium, parathormon och alkaliskt fosfatas mäts för diagnos
- 25-OH-D <25 nmol/L definieras som brist och är en behandlingsindikation
- 25-OH-D 25-50 nmol/L benämns insufficiens. Behandlingsindikation finns vid muskuloskeletala symtom samt vid lågt S-kalcium samtidigt med förhöjda nivåer av parathormon och/eller alkaliskt fosfatas. Årstidsvariationer bör beaktas
- Det föreligger sannolikt en stor överbehandling med kalcium+D-vitamin hos postmenopausala kvinnor som varken har brist eller står på benspecifika läkemedel

Egenmätning av blodglukos vid diabetes

- Varje glukosmätning ska ha ett syfte och bör ske på grundval av ett problem eller en fråga
- Anpassa frekvensen av egenmätning till typ av diabetes och behandlingsform
- Patienter med insulinbehandling bör ges möjlighet till såväl riktad som systematisk blodglukosmätning

Erytropoietin (EPO)

- Huvudindikationen för EPO är renal anemi
- EPO kan övervägas
  – vid myelodysplastiskt syndrom (MDS)
  – preoperativt vid hög sannolikhet för stor perioperativ blödning
  – till patienter som av religiösa skäl ej kan acceptera allogen blodtransfusion
- EPO ska användas mycket restriktivt vid malignitet
- Behandlingsmål vid njursvikt och malignitet är en långsam Hb-stegring som inte ska överstiga 120 g/L. För bibehållande av Hb-värdet ska lägsta möjliga dos EPO eftersträvas
- Adekvata järndepåer och järnfrisättning är helt nödvändiga förutsättningar för optimal effekt av EPO
- Biosimilarprodukter rekommenderas, eftersom de bedöms farmakologiskt likvärdiga och generellt har lägre pris

Fysisk aktivitet – vuxna

- Fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och/eller som en del i behandlingen vid många sjukdomstillstånd. Boken FYSS (Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling) sammanfattar den vetenskapliga evidensen som ligger till grund för rekommendationer om fysisk aktivitet inom hälso- och sjukvården
- Grunden i alla rekommendationer för fysisk aktivitet är att minska stillasittande tid och öka vardagsaktiviteten så att den motsvarar minst 7 000 steg. Diagnosrelaterade doseringar av fysisk träning hittas i REKlistan



Gikt – ny!

- Tidig insättning av förebyggande urinsyresänkande terapi rekommenderas. Insatt behandling bör alltid följas upp. Kontrollera att patienten uppnår eftersträvad nivå av urat (P/S-urat) och fortsätter med behandlingen
- Sjukdomsmekanismen bör förklaras för patienten för att öka motivationen till koståtgärd och fortsatt medicinering
- Patienter med gikt har en ökad dödlighet såväl i hjärt-kärlsjukdom som av andra orsaker

Behandling av kronisk systolisk hjärtsvikt

- Alla patienter med hjärtsvikt och sänkt ejektionsfraktion bör ges ACE-hämmare (enalapril) och betablockerare (bisoprolol). ARB (kandesartan) ges vid intolerans mot ACE-hämmare
- Om patienten har kvarstående hjärtsviktssymtom efter insatt ACE-hämmare och betablockad bör MRA (spironolakton) ges som tillägg
- Diuretika (furosemid) ges i första hand vid akut och dekompenserad hjärtsvikt. Vid kronisk hjärtsvikt ges diuretika endast vid förekomst av vätskeretention som lungstas och/eller ödem. Låg dos eftersträvas eftersom diuretika aktiverar RAAS. Det är en fördel om diuretika helt kan undvikas vid välinställd kronisk hjärtsvikt
- Patienter som behandlas med RAAS-blockerare inklusive MRA ska informeras om att tillfälligt sätta ut dessa mediciner om de skulle drabbas av episoder med akut dehydrering, som exempelvis magsjuka, eftersom det finns risk för elektrolytstörningar och försämrad njurfunktion. Kreatinin och kalium behöver alltid följas regelbundet i samband med kontroll och återbesök

Hypertoni

- Patientens sammanlagda risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom, baserad på blodtrycksnivå och övriga riskfaktorer, avgör om behandling skall ges
- Livsstilsåtgärder är basen vid behandling. Rökstopp är mest angeläget
- Målblodtrycket vid behandling är <140/90 mm Hg för flertalet patienter, respektive <140/80 mm Hg vid diabetes. Detta bör uppnås inom 3-12 månader
- Läkemedelsbehandling inleds med ett av de likvärdiga alternativen: tiazid, kalciumantagonist, ACE-hämmare eller ARB. Betablockerare rekommenderas i allmänhet inte som förstahandsläkemedel pga. en något sämre riskminskning avseende slaganfall
- Patientens tidigare läkemedelsbehandling, riskprofil, eget val samt läkemedelskostnad bör vägas samman inför behandlingen
- Ofta är kombinationsbehandling att föredra för att nå blodtrycksmålet

IBS – Irritable Bowel Syndrome

- Den viktigaste behandlande åtgärden är att informera patienten om diagnosen och sjukdomens benigna karaktär
- Få läkemedel har visats ha väsentligt bättre effekt än placebo vid IBS
- I de fall läkemedelsbehandling prövas väljs läkemedel utifrån dominerande symtom

Insomni

- Icke-farmakologisk behandling utgör förstahandsval och har dokumenterad effekt vid långtidsuppföljning
- Andelen nyinsättningar av sömnmedel som leder till regelbunden användning bör minska
- Vid farmakologisk behandling är intermittent behandling oftast att föredra
- Zopiklon är förstahandsläkemedel om behov av farmakologisk behandling föreligger
- Bensodiazepiner (BSD) ska ej användas vid långtidsbehandling och bör endast i undantagsfall kombineras med zopiklon eller zolpidem till natten

KOL – diagnostik och behandling

- Spirometri krävs för KOL-diagnos!
- Behandling inriktas i första hand på rökfrihet, fysisk aktivitet och nutrition
- Läkemedel kan lindra symtom som andfåddhet vid ansträngning (bör då utvärderas) samt minska antalet exacerbationer
- Se REKlistan för preparatval. Uppdatering av riktlinjen pågår.

Lipider

- Statiner är de bäst dokumenterade lipidsänkande läkemedlen för prevention av hjärt-kärlsjukdomar. Simvastatin och atorvastatin rekommenderas som förstahandsval
- Preventiv behandling med statiner skall endast ges till riskgrupp 1 och 2 (se faktarutan Riskvärdering i riktlinjen)
- Livsstilsråd rörande rökstopp, kostval och ökad fysisk aktivitet är angeläget vid all form av prevention av hjärt-kärlsjukdom

Läkemedel och äldre – nyligen uppdaterad!

- Omvärdera äldres läkemedelsbehandling ofta och regelbundet
- Beräkna alltid njurfunktionen (www.internetmedicin.se/kreakalk.aspx)
- Bedöm alltid interaktionsrisken
- Sätt ut olämpliga läkemedel (www.fasut.nu)
- Välj läkemedel och dosering efter patientens helhetsbild
- Väg alltid nytta mot risk vid nyinsättning av läkemedel. Starta med låg dos och öka långsamt

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse – nyligen uppdaterad!

- **Enkel läkemedelsgenomgång**

(STRUKTURERAD KARTLÄGGNING OCH SÄKERHETSVÄRDERING AV AKTUELL LÄKEMEDELSBEHANDLING)

Ska genomföras minst en gång årligen i primärvården för alla patienter ≥75 år, vid inflyttning på särskilt boende, vid inskrivning i hemsjukvården, vid inläggning på sjukhus och när läkemedelsrelaterade problem misstänks

- **Fördjupad läkemedelsgenomgång**

(SYSTEMATISK GRANSKNING OCH UTVÄRDERING AV LÄKEMEDELSBEHANDLINGEN)

Ska genomföras minst en gång årligen i primärvården för alla patienter ≥75 år, vid inflyttning på särskilt boende eller inskrivning i hemsjukvården samt när läkemedelsrelaterade problem ej kunnat åtgärdas vid en enkel läkemedelsgenomgång

- **Läkemedelsberättelse**

(REDOGÖRELSE FÖR VILKA LÄKEMEDELSFÖRÄNDRINGAR SOM GJORTS UNDER ETT VÅRDTILLFÄLLE)

Ska överlämnas till alla patienter oavsett ålder vid utskrivning från sjukhus tillsammans med en aktuell läkemedelslista och vidarebefordras till nästa vårdgivare samma dag

Migrän

- Att minimera anfallsframkallande faktorer är grunden i all migränbehandling
- Vid migränanfall är vila/sömn samt receptfria analgetika ofta tillräcklig behandling. Om inte – prova högre dos av analgetikum/COX-hämmare
- Nästa steg är triptanläkemedel. Generiskt sumatriptan i tablettform är förstahandsval
- Vid ≥3 migränanfall varje månad och otillfredsställande effekt av anfallskuperande medicinering – överväg förebyggande läkemedel. Förstahandsval är betablockerare såsom metoprolol
- Risk finns för läkemedelsinducerad huvudvärk vid regelbundet intag av analgetika eller triptaner under tre eller fler dagar per vecka

Osteoporos

- FRAX bör användas, speciellt i primärvården, för att beräkna risk för framtida frakturer. Den åtgärden leder till ett bättre urval av patienter som behöver diagnostiseras för osteoporos och bidrar därmed till att patienter med högst risk för framtida fraktur får läkemedelsbehandling
- Det föreligger en betydande underdiagnostik och underbehandling av osteoporos trots den goda dokumentationen för terapi
- Strukturerade vårdkedjor för utredning och vid behov behandling av patienter med genomgången fraktur är en effektiv sekundärpreventiv och kostnadsbesparande åtgärd som ska finnas vid samtliga sjukhus i VGR
- Läkemedelsbehandling erbjuds i första hand patienter med låg bentäthet (T-score ≤-2.0 SD), tidigare osteoporosrelaterad fraktur och hög frakturrisk (FRAX >20%). Efter kot- eller höftfraktur bör alltid benspecifik behandling övervägas
- Som aktiv läkemedelsbehandling rekommenderas antiresorptiva läkemedel, i första hand bisfosfonater och i andra hand denosumab
- Kalcium och D-vitamin i daglig dos rekommenderas som tillägg till aktiv behandling med osteoporosläkemedel

Pneumoni

- Mikrobiologisk diagnostik för att fastställa agens och resistensmönster
- Fenoximetylpenicillin eller bensylpenicillin är förstahandsmedel eftersom pneumokocker är vanligast och farligast
- Rökavvänjning bör erbjudas
- Pneumokockvaccination bör övervägas vid uppföljning
- Tänk på tuberkulos vid långvarig hosta, särskilt hos patienter från högendemiska länder

Psoriasis

- Lokal behandling är den initiala terapin för majoriteten av patienter med mild-måttlig psoriasis
- Vid mer utbredd psoriasis kan behandling med UVB och/eller systemisk behandling med metotrexat eller acitretin bli aktuellt
- Vid otillräcklig effekt av adekvat systembehandling eller om kontraindikationer föreligger skall behandling med biologiska läkemedel övervägas. Det föreligger sannolikt en underanvändning av biologiska läkemedel vid psoriasis och förskrivningen varierar också mellan olika delar av regionen
- Patienter med svår psoriasis har en ökad risk för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och har en högre förekomst av kardiovaskulära riskfaktorer än övriga befolkningen. Screening bör göras avseende blodtryck, blodfetter, blodsocker, BMI och midjeomfång

Protonpumpshämmare (PPI)

- PPI är en etablerad behandling av duodenalsår, ventrikelsår och refluxsjukdom. Dessutom används PPI förebyggande mot NSAID-relaterade ventrikel- och duodenalsår hos riskpatienter
- PPI är inte indicerat vid funktionell dyspepsi (diffusa smärtor i övre delen av buken med normal gastroskopi utan samtidiga refluxbesvär). Vid normal gastroskopi finns ett pedagogiskt tillfälle att avbryta pågående terapi. För många patienter med funktionell dyspepsi är behandling med PPI på försök inget bra alternativ eftersom behandling med placebo ger lika god effekt. Risk finns att man fastnar i långtidsbehandling

- Långtidsbehandling (>1 månad) skall endast ske på godkända indikationer. Hos patienter med oklar behandlingsindikation och som saknar refluxsymtom ska behandlingen utvärderas genom utsättningsförsök
- Samtliga PPI har likvärdig klinisk effekt. Omeprazol 20 mg x 1 rekommenderas som basbehandling vid de flesta tillstånd som kräver syrahämmande läkemedel. Vid otillräcklig effekt av omeprazol 20 mg x 1 kan dosökning göras till 20 mg 2x1 under en till två veckor på försök

Restless Legs Syndrom – nyligen uppdaterad!

- Grunden i all behandling vid RLS är icke-farmakologiska åtgärder. Rekommenderad läkemedelsbehandling är vid lindrig RLS liten kvällsdos av L-dopa, högst 1-2 ggr per vecka. Vid RLS med sömnstörande eller svåra besvär dagligen eller nästan dagligen rekommenderas i första hand regelbunden behandling med kvällsdos av peroral dopaminagonist

Antibiotikabehandling i tandvården

- Antibiotikaanvändning i tandvården ska ske på strikta indikationer och bredspektrumantibiotika ska undvikas i de flesta fall
- God förebyggande tandvård, inklusive god egenvård, är av största vikt för att förebygga orala infektioner
- Antibiotikaförskrivning får aldrig ersätta korrekt diagnostik, lämplig och effektiv antiseptisk behandling och nödvändig kirurgisk lokalbehandling
- Vid allmänpåverkan eller tydliga tecken på infektionsspridning bör dränage av infektionen kompletteras med systemisk antibiotikabehandling
- Lokal antibiotikabehandling rekommenderas inte vid behandling av orala infektioner

Antibiotikaprofylax i tandvården

- Antibiotikaprofylax inom tandvården bör inskränkas till ett fåtal definierade riskpatienter och vissa odontologiska ingrepp där den möjliga vinsten förväntas vara större än den förväntade risken. Det stora flertalet patienter behöver inte antibiotikaprofylax
- Ett gott munhålestatus är ofta viktigare än antibiotikaprofylax för att minska risken för lokala och hematogent spridda infektioner hos riskpatienter
- Remittera patienter rutinmässigt till tandläkare för infektionssanering i munhålan inför medicinska behandlingar/ingrepp med kraftigt ökad risk för lokala eller hematogent spridda infektioner, exempelvis hjärtklaffkirurgi
- Det är den sammanvägda bedömningen av patientens samtliga odontologiska och medicinska riskfaktorer som är avgörande för om antibiotikaprofylax är nödvändig eller inte

Sedering med midazolam inom tandvården

- Om tandvård på konventionellt sätt inte fungerar på grund av otillräcklig kooperation kan sedering med midazolam vara ett bra hjälpmedel för att kunna behandla patienten
- Midazolam är en bensodiazepin med snabbt tillslag och kort halveringstid. Sedering med midazolam i enlighet med denna riktlinje innebär patientsäker behandling med minimerad risk för olyckor i efterförloppet

Tandvård vid peroral antikoagulantia-behandling

- Medicinering med antikoagulantia är livsviktigt för många patienter. I de flesta fall är det möjligt att göra tandbehandling utan utsättande av antikoagulantiamedicinering
- Trombocythämmande läkemedel (t.ex. ASA, klopidogrel) ska inte sättas ut före tandbehandling
- Behandlaren ska ha kunskap och rutiner för att kunna hantera ev. blödningskomplikationer. I annat fall bör patienten remitteras till specialisttandvården

Perorala trombocyt-hämmande läkemedel vid akut koronart syndrom (AKS)

- Till alla patienter med akuta koronara syndrom och utan kontraindikationer, ges så snart som möjligt laddningsdoser ASA 300-320 mg och ticagrelor 180 mg
- Därefter rekommenderas kombinationsbehandling med ASA 75 mg x 1 och ticagrelor 90 mg x 2 dagligen under begränsad tidsperiod oavsett om patienten genomgått revaskularisering (PCI eller by-passkirurgi, oavsett ev. stent-typ) eller inte
- Klopidogrel bör väljas i stället för ticagrelor vid hög risk för blödningskomplikationer
- Vid insättande av trombocythämmande läkemedel skall behandlingstidens längd och planerat utsättningsdatum anges
- Inför koronarkirurgi rekommenderas utsättande av dubbel trombocythämning 5 dagar före operation. ASA bör behållas
- Övervägs avslutande av trombocythämmare i förtid skall detta alltid ske i samråd med hjärtspecialist. Detta bör även patienten informeras om

Utredning och behandling vid vitamin B_{12}- och/eller folatbrist

- Normalt S-homocystein utesluter brist på B_{12}, B_6 och folat
- Etiologisk diagnos eftersträvas alltid vid påvisad B_{12}/folatbrist
- Vid oklarhet om det föreligger brist på B_{12}, folat eller bådadera, så ger behandling med en vitamin i taget diagnostisk information
- Behandling ges alltid peroralt. Parenteral B_{12}-tillförsel aktualiseras endast vid otillfredsställande effekt av peroral behandling
- Folsyra 1 mg dagligen är rekommenderad underhållsdos vid kronisk folatbrist
- Profylax med 400 µg folsyra rekommenderas till alla kvinnor som planerar graviditet för att minska risken för ryggmärgsbråck hos fostret

Ångestsjukdomar

- Psykoterapi enligt vedertagen metod ska erbjudas som ett behandlingsalternativ, enbart eller i kombination med läkemedelsterapi, så tidigt som möjligt efter diagnos
- Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralin
- I andra hand rekommenderas venlafaxin
- Bensodiazepiner ska endast förskrivas i undantagsfall och aldrig som långtidsbehandling, dvs. längre än 4 veckor
- Somatisk sjuklighet och dödlighet är ökad vid ångestsjukdomar
- Ohälsosamma levnadsvanor, t.ex. tobaksbruk, överkonsumtion av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet bör uppmärksammas som ett led i behandlingen och åtgärder erbjudas enligt befintliga RMR
- Primärvården har huvudansvaret för ångestsjukdomar hos vuxna med möjlighet att konsultera specialistpsykiatrin
- Barn och ungdomar remitteras till BUP för bedömning och specifik psykoterapi samt läkemedelsbehandling

www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

SCPGREY • CELA Grafiska AB

Tänk på att…

…SGLT2-hämmare kan ge diabetesketoacidos. Berörda preparat är dapagliflozin (Forxiga), empagliflozin (Jardiance), kanagliflozin (Invokana) och deras respektive kombinationspreparat med metformin (Xigduo, Synjardy, Vokanamet). Sällsynta fall av ketoacidos, inkl. livshotande fall, har uppkommit hos patienter som använder SGLT2-hämmare mot diabetes typ 2. Vid ett antal av dessa fall har patienterna haft lägre blodsockernivåer än förväntat, så kallad normoglykemisk ketoacidos. Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMAs säkerhetskommitté (PRAC) har slutfört en granskning och rekommenderar att sjukvårdspersonal överväger diagnosen diabetesketoacidos hos patienter med misstänkta symtom även om blodsockernivåerna inte är höga. Patientens riskfaktorer för ketoacidos bör värderas, såsom nedsatt mängd insulinproducerande celler, tillstånd som hämmar födointaget eller kan leda till allvarlig vätskebrist, plötslig reducering av insulindos eller ökat insulinbehov på grund av sjukdom, operationer eller alkoholmissbruk. Patienter som behandlas med SGLT2-hämmare bör informeras om riskfaktorerna samt vara uppmärksamma på symtom, såsom bl.a. snabb viktminskning, illamående, kräkningar, magont, kraftig törst, andningssvårigheter, förvirring, trötthet och sötaktig andedräkt. Om patienten får något av dessa symtom ska sjukvården kontaktas. Om diabetesketoacidos misstänks eller bekräftas ska SGLT2-hämmaren omedelbart avslutas och ketoacidosbehandling akut inledas. Behandlingen ska inte återinsättas förrän annan tydlig utlösande faktor till ketoacidosen kunnat identifieras. PRAC rekommenderar också tillfälligt avbrott med SGLT2-hämmare hos patienter inlagda på sjukhus för stora kirurgiska ingrepp eller allvarlig sjukdom. **Nyttan överväger trots detta riskerna vid behandling av diabetes typ 2 med SGLT2-hämmare.** Några av fallen har inträffat hos patienter med diabetes typ 1, men SGLT2-hämmare är inte godkända för denna patientgrupp.

…det finns instruktionsfilmer för läkemedelsadministrering på www.medicininstruktioner.se. Instruktioner finns både för patienter som behandlar sig själva och för administrering på klinik av sjukvårdspersonal. Tjänsten är en kostnadsfri service till patient, sjukvård och apotek. Det är läkemedelsföretagen som står bakom filmerna som publiceras på sidan. Kostnadsfria påminnelsekort kan beställas från: info@medicininstruktioner.se

På gång i **regionen!**

Vad saknar du?

Tipsa gärna Läkemedelskommittén om ämnesområden där det finns behov av utbildning kring aktuella behandlingsriktlinjer. Maila förslag till: lakemedel@vgregion.se

Regional Stramadag – ett potpurri med vidgade vyer!

19 maj kl. 9.00-16.00

Plats: Radisson Blu Scandinavia Hotell, Södra Hamngatan 59, Göteborg

Målgrupp: Stramas kontaktläkare och Stramaintresserade läkare verksamma inom öppen vård

Program: Under dagen belyses infektioner, behandlingsriktlinjer och antibiotikaresistens ur flera olika perspektiv

Anmälan: Senast 9 maj via Regionkalendern (regionkalender.vgregion.se) – sök på Strama

Arrangör: Regionala Strama

Nästa Substans kommer i juni

Manusstopp 23/5!

Ansvarig utgivare:
Jan Carlström

Redaktör:
Ulrika Wall

Redaktionskommitté:
Lena Gustafsson
Anders Larsson
Björn Nilsson

Substans
Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen
Regionens Hus
405 44 Göteborg
E-post: substans@vgregion.se

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Du hittar alla nummer av Substans på:

www.vgregion.se/**vardgivarstod/substans**