



Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK
NR 1, MARS 2020, ÅRGÅNG 23

Innehåll

- 2 Ordföranden har ordet**
- 3 Gikt – en utmaning för både patient och läkare**
- 4 Blodtryckssänkande behandling till natten – ett alternativ men ännu inte bevisat bättre**
- 6 Egenvård av pollenallergi**
- 8 Restnoteringar visas i FASS**
- 9 Nationell samverkansstruktur för läkemedelsbrist**
- 10 Hög förskrivning av protonpumpshämmare**
- 12 Att sluta med protonpumpshämmare**
- 13 Loperamid vid IBS-D – risker vid överanvändning**
- 14 Läkemedelsnotat kan inte läsas av apoteken**
- 14 Ange indikation vid receptförskrivning**
- 15 Makulera tidigare recept om expeditionsintervallet ändras**
- 15 Förskriv helförpackning under rätt rubrik i Pascal**
- 16 Nya behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket**



Ordföranden har ordet

■ Ljuset börjar återvända och en förhoppningsvis härlig vårvinter står framför oss. Det innebär också att pollenallergisäsongen börjar närma sig. Genom att kombinera olika läkemedel kan många bli hjälpta med sina pollenallergibesvär. Vad som finns att tillgå receptfritt samt vad som kan vara bra att tänka på om den som ska behandlas är gravid, ammande eller ett barn gås igenom i separat artikel.

Ett tyvärr ständigt återkommande problem är alla restnoteringar. Läkemedelsverket har av regeringen fått i uppdrag att se över detta och har nyligen lämnat en första delrapport i ärendet. Vi kommer att följa och rapportera om vad de olika delrapporterna har att säga. Denna gång handlar det om hur en samverkansstruktur kan byggas upp för att underlätta dialogen mellan berörda aktörer i försörjningskedjan för läkemedel. Fokus ligger på att i första hand hantera läkemedelsbrister som anses vara kritiska. Detta genom samverkansmöten med representanter för apotek och hälso- och sjukvård för inhämtande av information i syfte att försöka mildra konsekvenserna av bristsituationen. Rapporten föreslår även att straffavgifter ska införas för de läkemedelsföretag som inte rapporterar in restnoteringar i enlighet med läkemedelslagen.

För att fortsätta på samma tema som ovan så har en funktion i FASS introducerats under februari, vilken medför att man i FASS kan se om ett preparat är restnoterat. Sedan tidigare finns även denna information på Läkemedelsverkets hemsida.

Vi har denna gång med några förskrivningstips som handlar om vikten av att makulera

tidigare recept om expeditionsintervallet ändras då patienten, om giltiga recept finns kvar, annars har flera recept på samma läkemedel att hämta från och funktionen med expeditionsintervall går då förlorad. Vidare är det viktigt att välja rätt alternativ om vården ska förmedla information till apoteken. Apoteken kan se informationen i patientanvisningen (informationen kommer med på etiketten som sätts på läkemedelsförpackningen) och i meddelandefunktionen, men inte information som skrivs i läkemedelsnotat.

När på dygnet ska patienten rekommenderas att ta sina blodtrycksläkemedel? Den frågan har nog många ställt sig sedan en studie, publicerad i höstas, redovisade mortalitets-sänkning om läkemedlen intogs på kvällen. Tyvärr hade studien ett antal svagheter och otydligheter, varför frågan återstår att besvara. Det viktigaste är att patienter med högt blodtryck får behandling. Att ge läkemedlen till natten kan vara ett alternativ då det inte verkar vara medföra någon nackdel, men mer kunskap behövs i frågan innan riktlinjerna kan ändras. Passa gärna på att kasta ett extra öga på det fantastiskt fina fotografi på månen som vi har med i anslutning till denna artikel. Det är taget av Anders Bergström, chef för Vårdkvalitetsenheten.

Förskrivningen av protonpumpshämmare till patienter från Norrbotten ligger vanligtvis inom topp 5 placering utifrån DDD/TIN (definierade dagliga dygnsdoser per tusen invånare) om man jämför med resten av landet. Är det så att vi har fler patienter i behov av dessa läkemedel? I vissa fall kan det nog handla om slentrianförnyelse av recept, medan vissa patienter har behov av

långvarig behandling. Det är dock viktigt att ha i åtanke att behandling med protonpumpshämmare kan innebära biverkningar, varav en del av dessa biverkningar, såsom pneumoni, tarminfektioner och frakturer, kanske inte alltid kopplas ihop med användning av just protonpumpshämmare. Vidare kan det ibland vara svårt att sluta med dessa preparat i och med att patienten kan drabbas av rebound-fenomen om en längre tids behandling avslutas tvärt. En patientinformation finns framtagen för att stödja patienter där det kan vara aktuellt att avsluta behandlingen. Den återfinns på läkemedelskommitténs hemsida.

Läkemedelskommitténs ledamöter, inklusive ordförande och sekreterare, som skriver artiklar i Behandlingsbladet presenteras med "namn + Läkemedelskommittén". Mer information om dessa personer återfinns på läkemedelskommitténs hemsida.

Se även en artikel rörande gikt hämtad från Halland, vilken belyser tolkning av värden samt behandlingsalternativ.

Med önskan om en härlig vår

Linda Grahn
Läkemedelskommittén



Gikt – en utmaning för både patient och läkare

Referat från föreläsning av reumatolog Annika Teleman, Capio Movement Reumatologi.

■ Gikt är den vanligaste inflammatoriska ledsjukdomen men trots detta ett underdiagnostiserat och ofta underbehandlat tillstånd.

Prevalensen har ökat med 50 % de senaste 10 åren och det beror delvis på förändrade levnadsvanor. Bland riskfaktorerna för att utveckla gikt finns övervikt, hypertoni, hög alkoholkonsumtion (särskilt öl) samt proteinrik kost.

Gikt orsakas av utfällning av uratkristaller i led och karaktäriseras av snabbt insättande påtaglig smärta och svullnad i en led (vanligast i stortåns grundled) vilket klingar av och förbättras efter 2-10 dagar, oftast ses ingen tydlig orsak till giktattacken men trauma/kirurgi, insättning av diuretika, eller större intag av protein/purinrik kost (t ex öl, rött kött) kan bidra. Vid kronisk gikt kan en mer polyartikulär sjukdom förekomma samt utveckling av tofi ske. Diagnosen ställs i första hand kliniskt i kombination med provtagning. För säker diagnos rekommenderas analys av ledexsudat med fastställande av förekomst av gikt-kristaller.

Tolkning av P-Urat

Normalvärdet av P-Urat justeras uppåt med stigande ålder. Kroppsvätskorna är mättade redan vid 400 mikromol/L. Av detta följer att relativ hyperurikemi kan föreligga även vid för åldern normala värden. Observera att högt P-Urat inte är lika med gikt. Det är viktigt att komma ihåg att uratvärdet sjunker vid pågående attack och i ca 40 % av fallen med akut gikt är P-Urat normalt. Omkontroll rekommenderas då när attacken är över dvs efter ca 2 veckor.

Behandling av gikt

Vid akut behandling av gikt har NSAID, prednisolon och kolkicin likvärdig effekt, eventuell samsjuklighet påverkar preparatval. Patienterna bör erbjudas råd om levnadsvanor.



Vid återkommande giktattacker är målsättningen att sänka uratnivåerna och hålla dem låga. Förutom förändrade levnadsvanor, ställningstagande till utsättning av loop- och tiaziddiuretika är uratsänkande läkemedelsbehandling indicerat.

Allopurinol är förstahandsalternativ med startdos 100 mg dagligen, ökas med 100 mg per månad tills målvärde uppnåtts; upp till 900 mg kan behövas i vissa fall. Allopurinol sänker P-Urat med ca 15 % per 100 mg dock mindre vid dosering över 300 mg. Obesa patienter behöver ca 100 % högre dos än normalviktiga, tiazidbehandlade patienter behöver ca 50 % högre dos än obehandlade. Andrahandsalternativ är probenecid och feboxustat (i dagsläget specialistpreparat). I särskilt svåra fall kan behandling med biologiska läkemedel initieras av reumatolog.

Behandlingsmål är P-Urat <360 mikromol/L, vid tofös gikt eller uratsten <300 mikromol/L. Behandling med allopurinol kan påbörjas redan under pågående giktattack. När allopurinol påbörjas behöver det understödjas av antiinflammatorisk behandling, i form av NSAID alternativt

lågdos prednisolon eller kolkicin, tills behandlingsmål uppnåtts. Ett alternativ för patienter som av olika skäl inte tolererar långtidsprofylax är att ge kortvarigt skydd några dagar i samband med dosändring alternativt behandla vid symptom.

Patienten bör rekommenderas starkt att inte bryta den uratsänkande behandlingen även om giktattacker uppstår. Förutsättningarna att lyckas med behandlingen ökar om patienten är välinformerad från början.

Behandlingen behöver följas upp och kontroll av P-Urat rekommenderas för välinställda patienter en gång årligen.

*Originalartikel av Sara Lindholm,
informationsläkare Läkemedelskommittén
Region Halland*

*Publicerad i Terapinytt nr 2 2019
Texten har anpassats för Region Norrbotten
av Linda Grahn*

Blodtryckssänkande behandling till natten – ett alternativ men ännu inte bevisat bättre

Med anledning av att en stor studie kallad "Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial", eller kort och gott Hygia-studien, publicerades i *European Heart Journal* hösten 2019 har preventionshavets vågor böljat runt frågan om vid vilken tidpunkt hypertoni-läkemedel bäst administreras.

■ Vi vet att hypertoni är en av de sjukdomar som bidrar till flest förlorade dagar av hälsa världen över och är en mycket starkt bidragande orsak till för tidig morbiditet och död även i Sverige och är många gången överslätande handlagt trots att det finns säkra, billiga och effektiva läkemedel som påtagligt reducerar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom. Ett problem är förstås att behandlingen ofta kräver både kombinationsterapi med flera olika läkemedel och kan ge upphov till subjektiva obehag. Det skulle då vara utmärkt att kunna ge tablettorna till natten eftersom man då dels möjligen kan undvika biverkningar, dels kan få en bättre skyddande effekt mot hjärtkärlkomplikationer, vilket under lång tid kunnat antydans i ett flertal observationsstudier, inte minst sådana som använt sig av dygnsblodtrycksmätning där ett högre nattblodtryck indikerar ökad risk för framtida negativa händelser.

Hygia-studien¹ avser således att bringa klarhet i huruvida blodtrycksmedicinering bör doseras endast på morgonen eller endast till natten. Genom att inkludera ca 20 000 patienter, spanjorer med hypertoni av genomsnittsalder $60.5 \pm 13,7$ år av genomsnittslängd $162,9 \pm 9,6$ cm (för oss som gillar intressanta kuriositeter) varav 55 % män till att antingen få tablettorna serverade på morgonen eller som sängfösare till natten och följa dessa i drygt sex år kunde man se utomordentliga effekter. En 45 % relativ riskreduktion av kompositen hjärtsjukdom, men även en lika stor total mortalitetssänkning kunde ses.

Resultatet är sådant att om det stämmer borde det vara oetiskt att rekommendera blodtrycksbehandling given på morgonen. Studien är dock behäftad med ett flertal svagheter och otydligheter, vilket

väl belyses i en kommenterande artikel i *Läkartidningen*² skriven av Mattias Brunström och Per Svensson. Randomiseringsprocessen är oklar, blindningen likaså, bortfall rapporteras inte, prespecificerade utfall finns inte rapporterade, likaså rapporteras inte hur många fall som drabbats av olika utfall utan endast statistiska utfall. Och borde inte studien ha avslutats i förtid när man såg de kraftigt positiva effekterna för behandling till natten?

Kommentaren i sin helhet är väl värd att läsa, likaså originalstudien. Det ska dock betonas, att det inte förefaller finnas någon nackdel att ge läkemedlen enbart till natten, varför det kan vara ett alternativ, men ännu är det för tidigt att ändra riktlinjerna. Mer kunskap inom ämnet kommer de närmaste åren då resultatet av flera studier är att vänta. Fortfarande är det viktigast att identifiera hypertoni och behandla det enligt gällande riktlinjer, dvs om vi är < 65 år 120-129/70-79 mmHg och om vi är > 65 år 130-139/70-79 mmHg, under förutsättning att vi tål medicineringen.

Kjell Melander
Läkemedelskommittén

Källor

1. Hermida RC, Crespo, JJ, Dominguez-Sardina M, Qtero A, Moyá A, Rios MT, Sineiro E, Castineira MC, Callejas PA, Pousa L, Salgado JL, Durán C, Sánchez JJ, Fernández JR, Mojón A, Ayala DE. [Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial](#). *European Heart Journal*, ehz754, 2019-10-22
2. Brunström M, Svensson P. [Blodtryckssänkande till natten – komplement men inte praxis. Metodologiska problem i Hygia-studien gör att fler resultat bör inväntas innan ordinationen ändras](#). *Läkartidningen*. 2019;116:FXFE, 04/2020.



Foto: Anders Bergström

Egenvård av pollenallergi

Våren är i antågande och många är vi som ser fram emot en period med sol, värme och grönska. Tyvärr medför grönskan för vissa individer också besvär som hösnuva, kliande och rinnande ögon och trötthet. Med rätt åtgärder är det dock möjligt för alla att kunna njuta av hela vår- och sommarsäsongen.

■ Ungefär en femtedel av alla tonåringar och vuxna drabbas under vår och sommar av pollenbesvär i form av ett eller flera symtom. Nästan täpps igen och börjar klia och man får vattentunn snuva och nysningar. I folkmun brukar man prata om "hösnuva". Ofta blir ögonen röda, kliande och rinnande och man kan känna en allmän trötthetskänsla. Allergin kan även påverka luftvägarna så att man får rethosta och andnöd. Besvären liknar symtomen vid en vanlig förkylning, men vid en förkylning får man ofta också ont i halsen, ibland tjock, gul snuva och någon gång även hög feber. Dessa symtom ses inte vid pollenallergi. Symtomen vid pollenallergi kan dessutom variera från dag till dag och varar under längre tid än en förkylning gör.

Pollensäsongen

Pollensäsongen pågår från februari till september, men pollensspridningen varierar beroende på pollentyp och var i Sverige man befinner sig. Allergi mot björk- och gräspollen är vanligast, men allergi förekommer även mot andra typer av pollen som t ex gråbo, al och hassel. På våren dominerar björkpollen medan gräspollen är vanligast under sommaren. Aktuella pollenprognoser kan följas på www.pollenrapporten.se.

Undvik pollen och tobaksrök

Vid allergi gäller det att försöka undvika pollen så gott det går. Följ pollenrapporten. Halterna av pollen i luften varierar från dag till dag, men även från år till år. Uppehållsväder och blåst medför höga halter pollen i luften, medan regniga och kyliga dagar innebär låga halter. Ofta är pollenhalterna lägre under natten eller tidigt på morgonen, medan dagen fortfarande binder pollen. Undvik även tobaksrök, då det kan förvärra pollenallergin.

Oftast egenvård

De flesta behöver inte söka vård utan kan bli besvärsfria med hjälp av egenvård med

receptfria läkemedel. Enligt 1177 ska vården kontaktas:

- om de receptfria läkemedlen inte hjälper
- vid astmasymtom med andningsbesvär eller hosta
- vid besvär från luftvägarna vid träning
- allergiska besvär under hela året
- om små barn har pollenallergi

Receptfria läkemedel

Målet med behandlingen är att vara besvärsfri under hela pollensäsongen. Pollenprognosen kan ge stöd för att veta när behandlingen ska påbörjas och avslutas.

Enligt [Norrbottens läkemedelskommittés rekommendation](#) ska recept inte skrivas vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom ett par månader. Säsongsbunden pollenallergi faller inom ramen för sådan egenvård.

Det finns olika typer av receptfria läkemedel mot pollenallergi, figur 1. Val av läkemedel påverkas av vilka symtom som dominerar, men även av ålder och om hänsyn behöver tas till graviditet eller amning. Ofta behövs en kombination av läkemedel för att få tillräcklig effekt. En vanlig kombination är systemiskt verkande antihistamin-tabletter och lokalt verkande kortisonnässpray. Vid milda ögonbesvär, eller som tillägg till farmakologisk behandling vid ögonbesvär, kan även tårsubstitut ha lindrande effekt genom att skölja bort pollen och inflammatoriska ämnen från ögats yta.

ANTI-HISTAMINER

Vid en allergisk reaktion aktiveras immunförsvarets mastceller. Detta leder bland annat till snabb (inom några minuter) frisättning av histamin. Histamin orsakar blodkärlvidgning och ökad kärlgenomsläpplighet, så att vätskeansamling och svullnad uppstår. Det orsakar också klåda samt sammandragning av den glatta muskulaturen i luftvägarna. Läkemedel som är antihistaminer blockerar effekten av histamin.

Antihistaminer som tas peroralt har effekt inom en timme. Det fungerar ofta bra mot ögonbesvär, klåda och rinnsnuva, men betydligt sämre mot nästäppa. Antihistaminer finns även som nässpray och ögondroppar och har då effekt inom ca 15 minuter.

NÄSSPRAY MED KORTISON

Nässprayer med kortison är effektivare än perorala antihistaminer mot nästäppa. De dämpar den allergiska inflammationen i näsans slemhinna och minskar därmed, förutom nästäppa, även rinnsnuva, nysningar och klåda. De kan också ha viss effekt på ögonbesvär.

En del av effekten kommer redan efter några timmar, men det tar några dagar innan full effekt uppnås. Kortisonssprayer bör därför tas regelbundet under en längre period, helst under hela pollensäsongen, för att ge så bra effekt som möjligt.

KROMONER

Det är inte klarlagt hur kromonerna utövar sin effekt, men förmodligen hindrar de mastcellerna från att sätta i gång en allergisk reaktion. De motverkar inte effekten av frisatt histamin och används därför förebyggande – bäst effekt uppnås om behandlingen påbörjas redan en tid innan pollensäsongen börjar. Ofta räcker det inte med enbart kromoner för att slippa pollenbesvären. Ögondroppar med kromoglikat har effekt inom ca 15 minuter.

Pollenallergi under graviditet och amning

PERORALA ANTIHISTAMINER

Det kan vara bra att känna till att i bipacksedlarna rekommenderas inte de perorala antihistaminerna vid graviditet och amning, utan patienten uppmanas där att rådgöra med sin läkare.

Enligt källan Janusmed fosterpåverkan verkar peroral antihistaminanvändning i tidig graviditet inte vara förenad med en ökad

Receptfria läkemedel vid allergi						
Typ av läkemedel	Aktiv substans	Ex på receptfria preparat	Beredningsform	Till barn ¹	Graviditet	Amning
Peroral behandling						
Antihistamin	Loratadin 10 mg, 1 mg/ml	Clarityn och loratadiningenerika	tablett, sirap	Receptfritt ≥ 6 år ² (<30 kg: sirap)	Bipacksedlar rek inte anv. Behandling i tidig graviditet verkar inte ge ökad risk för missbildningar, men försiktighet rek med cetirizin i tidig graviditet ^a . Loratadin bör vara 1:a handsval pga mer erfarenhet ^b .	Bipacksedlar rek inte anv. Loratadin och desloratadin kan användas under amning ^c . Cetirizin – enstaka doser går bra under amning ^c .
	Cetirizin 10 mg	Zyrlex, Cetimax, Vialerg, övriga cetirizingenerika	tablett	Receptfritt ≥ 6 år		
	Desloratadin 5 mg	Desloratadiningenerika	tablett	Receptfritt ≥ 12 år		
	Fexofenadin 120 mg	Allegra, Nefoxef, Altifex, övriga fexofenadingenerika	tablett	Receptfritt ≥ 12 år		
	Ebastin 10 mg	Kestine och ebastingenerika	tablett, munsönderfallande tablett	Receptfritt ≥ 12 år		
Nässpray						
Antihistamin	Levokabastin	Livostin 50 µg/dos	nässpray	Ingen åldersgräns	Kan användas	Kan användas
Steroid	Budesonid 32 µg/dos	Desonix, Livicort	nässpray	Receptfritt ≥ 6 år	Kan användas, men läkarkontakt rekommenderas vid längre tids användning ^a .	Kan användas ^c
	Flutikason 50 µg/dos	Otrason, Flutikason Teva	nässpray	Receptfritt ≥ 12 år		
	Mometason 50 µg/dos	Nasonex, Momox, Orimox, övriga mometasongenerika	nässpray	Receptfritt ≥ 18 år		
	Triamcinolon 55 µg/dos	Nasacort	nässpray	Receptfritt ≥ 18 år		
Kromoglikat	Natriumkromoglikat	Lomudal Nasal (tillhandahålls fn inte)	nässpray	Ingen åldersgräns	Kan användas	Kan användas
Ögondroppar						
Antihistamin	Levokabastin 0,5 mg/ml	Livostin	ögondroppar	Ingen åldersgräns	Kan användas	Kan användas
	Ketotifen 0,25 mg/ml	Zaditen, Zalerg	ögondroppar	Receptfritt ≥ 3 år	Kan användas ^a	Kan användas ^c
Kromoglikat	Natriumkromoglikat 20 mg/ml, 40 mg/ml	Lomudal, Lecrolyn, Allgil, Natriumkromoglikat ABECE	ögondroppar	Ingen åldersgräns	Kan användas	Kan användas
¹ Receptbelagt finns dessutom godkänt för lägre åldrar: Clarityn (loratadin) sirap från 2 år, Zyrlex (cetirizin) oral lösning eller droppar från 2 år, Aerius (desloratadin) munsönderfallande tablett från 6 år och oral lösning från 1 år, mometason nässpray från 3 år samt flutikason nässpray från 8 år. Se FASS för dosering. ² Clarityn och vissa generika med loratadin (ABECE och Apofri) rekommenderas från 6 år, övriga tillverkare rekommenderas från 12 år. ^a Janusmed fosterpåverkan, access 2019-12-13 ^b Region Stockholms expertgrupp för lung- och allergisjukdomar: "Behandla allergi och astma under graviditet och amning", access 2019-12-13 ^c Janusmed amning, access 2019-12-13						

Figur 1. Översikt av receptfria preparat mot allergi, dec 2019

missbildningsrisk. Cetirizin bör dock enligt Janusmed användas med viss försiktighet i tidig graviditet tills mer erfarenhet finns, då det i det medicinska födelseregistret har noterats en något högre missbildningsfrekvens än förväntat i och kring njuren hos barn som exponerats för cetirizin under tidig graviditet. Detta kan dock vara ett slumphynd. Enligt Stockholms expertgrupp för lung- och allergisjukdomar bör loratadin vara första handsval till gravida, pga större erfarenhet av användning vid graviditet.

Vid amning går loratadin och desloratadin bra att använda, eftersom de förefaller att endast i låg grad passera över till bröstmjolk. Cetirizin passerar i högre grad över i bröstmjolk och är därför ett sämre val vid amning.

NÄSSPRAYER

Receptfria nässprayer med kromoglikat eller antihistaminet levokabastin kan användas under graviditet och amning. Bipacksedlarna till nässprayer med kortison uppmanar patienten till att rådgöra med sin läkare innan användning, men enligt Janusmed fosterpåverkan kan även dessa användas i normal

dosering under graviditet och amning utan ökad risk för fostret.

ÖGONDROPPAR

Ögondroppar med kromoglikat eller antihistaminet levokabastin kan användas vid graviditet och amning. För ketotifen (Zaditen) anges i bipacksedeln att denna kan användas under amning, men att det saknas adekvata data från användning hos gravida kvinnor. Enligt Janusmed är det dock inte troligt att tillräckligt stora mängder går över systemiskt för att kunna påverka fosterutvecklingen vid användning under graviditet.

Barn med pollenallergi

Det tar några år att utveckla besvär av pollen, så de allra yngsta barnen har sällan besvär av pollen. Oftast börjar besvären i skolåldern eller i tidig vuxen ålder. Det finns receptfria alternativ till barn, men det varierar från vilken ålder som de olika läkemedlen rekommenderas receptfritt, figur 1, och på recept.

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Källor

- 1177
- www.pollenrapporten.se
- Rekommenderade läkemedel: [Ögon – Konjunktivit och Öron, näsa – Rinit. Läkemedelskommittén, Region Norrbotten](#)
- [Rekommendation – receptfria läkemedel. Läkemedelskommittén, Region Norrbotten](#)
- [Receptfria läkemedel vid pollenallergi. Region Jönköpings län \[dec 2019\]](#)
- [Läkemedelsbehandling vid astma – Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 2015.](#)
- Janusmed fosterpåverkan
- Janusmed amning
- [Behandla allergi och astma under graviditet och amning. Janusinfo, Region Stockholm, Läkemedelskommitténs expertgrupp för lung- och allergisjukdomar, version senast ändrad 2019-11-28](#)



Restnoteringar visas i FASS

Från och med februari 2020 kan du se information på FASS.se om pågående restnoteringar som är anmälda till Läkemedelsverket.

■ Restnotering av ett läkemedel innebär att det under en period inte går att beställa läkemedlet från tillverkaren, det vill säga att läkemedelsföretaget inte kan leverera läkemedlet. Inte alla restnoteringar får allvarliga

följder. I många fall kan apoteket byta till ett likvärdigt alternativ. I andra fall kan förskrivaren till exempel behöva förskriva ett licensalternativ eller ordinera ett helt annat läkemedel.

Sedan tidigare finns en samlad lista över restnoterade läkemedel på Läkemedelsverkets webbplats. Från och med februari i år finns information om


pågående restnoteringar som är anmälda till Läkemedelsverket även på FASS.se. För de flesta läkemedel kan man på FASS.se också se de enskilda apotekens lagerstatus för ett visst läkemedel. Lagerstatus för narkotiska läkemedel visas dock inte.

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

i Vad är restnotering?

Information om restnotering

Vissa förpackningar av Dolcontin® (Depottablett 5 mg) är slut hos tillverkaren. Kontrollera med ditt apotek om de har läkemedlet i lager.

Läs mer om restnoteringar hos [Läkemedelsverket](#) 

Information från Läkemedelsverket

Blister 49 x 1 styck

Inga utbytbara läkemedel. Alternativt läkemedel i ATC-grupp: N02A (opioider)

Startdatum: 2019-05-01

Prognos för slutdatum: 2020-07-24

Blister 25 styck

Inga utbytbara läkemedel. Alternativt läkemedel i ATC-grupp: N02A (opioider)

Startdatum: 2018-11-14

Prognos för slutdatum: 2020-07-24

Blister 100 styck

Inga utbytbara läkemedel. Alternativt läkemedel inom ATC-grupp: N02A (opioider)

Startdatum: 2018-07-31

Prognos för slutdatum: 2020-07-24

Exempel ur FASS. Restnoteringsinformation i FASS för Dolcontin 5 mg, som varit restnoterad under lång tid.



Läkemedelsverkets delrapport 1

Nationell samverkansstruktur för läkemedelsbrist

Bristsituationer på läkemedel, så kallade restnoteringar, är ett växande problem. I augusti förra året fick Läkemedelsverket ett regeringsuppdrag som övergripande syftar till att minska konsekvenserna av restnoteringarna. I en första delrapport beskriver Läkemedelsverket hur de avser att bygga upp en samverkansstruktur för dialog mellan berörda aktörer i försörjningskedjan för läkemedel.

■ År 2009 omreglerades apoteksmarkaden. Som en följd av detta har det sedan dess inte funnits någon central aktör med ansvar att ha den lager- och leveransberedskap som krävs för att tillgodose allmänhetens och vårdens behov av läkemedel. I augusti 2019 gav regeringen Läkemedelsverket i uppdrag att vidareutveckla arbetet med restnoterade läkemedel i syfte att i möjligaste mån lindra effekterna av restnoteringar samt att minimera antalet restnoteringar som leder till allvarliga bristsituationer. Uppdraget sträcker sig fram till år 2023.

Den första delen av uppdraget, som nu i januari har redovisats i en delrapport, bestod i att utreda och föreslå lämpliga former för samordning mellan berörda aktörer inom försörjningskedjan för läkemedel.

Den andra delen, att se över hur Läkemedelsverket kan vidareutveckla sin information vid bristsituationer till följd av restnoteringar eller andra störningar i försörjningskedjan, ska redovisas senast den 30 juni 2020.

Läkemedelsverkets delrapport 1

Delrapporten ger förslag till struktur för samverkan och dialog mellan berörda aktörer. Tanken är att optimera insamling och bearbetning av information för att ge en så bra lägesbild och information som möjligt kring alternativ eller lösningar. Fokus ligger på de bristsituationer som är kritiska eller potentiellt kritiska. Åtgärdsförslagen påverkar dock inte orsakerna till att läkemedelsbrist uppstår.

Kort om åtgärdsförslagen

- 1) Bedömningskriterier för vilka läkemedelsbrister som ska anses vara kritiska.
- 2) En enkel och flexibel struktur för dialog mellan ett stort antal centrala aktörer. Regelbundna samverkansmöten med representanter för apotek och hälso- och sjukvård för inhämtande av information om brister som kan vara kritiska eller potentiellt kritiska, bearbetning av informationen för att få en säkrare bild av läget samt effektivare förmedling av informationen.
- 3) Upprättande av direkta och tydliga kommunikationsvägar mellan de berörda aktörer som ingår i samverkansstrukturen.
- 4) Läkemedelsverket avser att ha en utökad dialog med berörda representanter för hälso- och sjukvården samt andra organisationer, i syfte att gemensamt bedöma läkemedelsbristen och diskutera lösningsförslag samt även att ta fram och dela information som kan mildra konsekvenserna av bristsituationen.

Läkemedelsverket nämner också i rapporten att de ser ett behov av att få tillgång till information om lagerstatus hos partihandlare, apotek och hälso- och sjukvårdens olika regioner, för att bättre kunna bedöma omfattningen av läkemedelsbristerna ur ett nationellt perspektiv. Sådan lagerinformation har de inte idag. De ser också ett behov av att göra det möjligt att ta ut en straffavgift av de läkemedelsföretag som inte anmäler en restsituation till Läkemedelsverket enligt vad som anges i läkemedelslagen.

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Källa

- [Förbättrad information avseende nationell tillgång till läkemedel vid bristsituationer](#). Delrapport 1 – Nationell samverkansstruktur för läkemedelsbrist. Rapport från Läkemedelsverket. Dnr: 4.3.1-2019-068169

Hög förskrivning av protonpumpshämmare

Protonpumpshämmare (PPI) tillhör de läkemedel som förskrivs mest i hela världen. Studier visar att 25-70 % förskrivs på oklar indikation och att PPI har en mycket hög off-label användning, särskilt vid intensivvård¹. Trots att användningen av PPI är väldigt hög, fortsätter den att öka.

■ Användning av protonpumpshämmare

I USA ökade användningen av PPI hos vuxna från 3,9 % under 1999 till 7,8 % under 2012 i USA². Även i Sverige och Norrbotten har användningen ökat senaste åren (Bild 1)³. Värt att tänka på är att Socialstyrelsens statistikdatabas endast redovisar läkemedel som förskrivits på recept. Flera protonpumpshämmare finns även för receptfri försäljning.

Norrbotten är en av de regioner i landet där allra högst andel personer använder receptförskrivna protonpumpshämmare. Även när man tittar på definierade dygnsdoser per tusen invånare (DDD/TIN) ser man att Norrbotten har en hög förskrivning jämfört med övriga regioner. Norrbottens läkemedelskommitté har satt upp en regionövergripande [uppföljningsparameter](#) att minska förskrivningen av PPI, och har under några år följt förskrivningen av dessa läkemedel.

Hos den äldre befolkningen är användningen av PPI ännu högre. Runt 30 % av alla personer i Sverige som är 75 år eller äldre hämtade ut någon protonpumpshämmare under 2018 (Bild 2)³. Skillnaden mellan olika regioner är i denna åldersgrupp inte lika stor.

Indikation för användning av protonpumpshämmare

Är det rimligt att nästan var tredje person över 75 år använder receptförskrivna protonpumpshämmare? Det är vanligt att protonpumpshämmare förskrivs på oklar eller felaktig indikation^{1,4-5}. Indikation för behandling med PPI är syrelaterade sjukdomar såsom: gastroesofageal refluxsjukdom, ulkussjukdom, ulkusprofylax i förekommande fall, eradikering av infektion med *Helicobacter pylori* och behandling av Zollinger-Ellisons syndrom.

Vid behandling med acetylsalicylsyra (ASA) eller NSAID kan ulkusprofylax med PPI vara nödvändigt, men inte alltid. PPI vid behandling med ASA/NSAID rekommenderas i första hand till personer med ökad risk för ulkus, såsom tidigare ulkussjukdom, hög dos av NSAID/ASA eller hög ålder⁶.

PPI är inte indicerat vid illamående eller funktionell dyspepsi (exempelvis buksmärtor och uppblåsthet). Det råder en allmän uppfattning om att PPI ska användas som profylax vid användning av steroider, men notera att behandling med PPI inte är indicerad vid behandling med glukokortikoider ensamt, eftersom kortison inte är magslemhinneirriterande per se.

När behandling med PPI är indicerad kan det räcka med en begränsad behandlingstid. Mindre förpackning bör övervägas och utvärdering av effekt skall ske innan recepten itereras. Följ angiven dosering och behandlingstid, i t ex FASS.

I samband med läkemedelsgenomgång, årsbesök el dyl bör man alltid ompröva indikationen för behandling och avsluta behandlingen om det inte finns en klar behandlingsindikation.

Protonpumpshämmare inte så ofarliga som man kan tro

Även om PPI visat sig vara mycket säkra läkemedel med mild biverkningsprofil så finns anledning att beakta förekommande biverkningar. Fallrapporter och studier visar biverkningar där man tycker sig finna ett kausalsamband med PPI-behandling^{1,5,7-8}. Även om dessa studier är retrospektiva och saknar egentlig kontrollgrupp, finns anledning att vara observant med tanke på den omfattande användningen av PPI.

Pneumoni

Det finns studier som visar att risken för samhällsförvärd pneumoni ökar vid användning av PPI^{1,5,7}. NNH (numbers needed to harm; antal patienter som behöver behandlas för att en ska få pneumoni) uppskattades till 333 patienter i en stor systematisk översiktsartikel⁷. Ökad risk för sjukhusförvärd pneumoni har också associerats med användningen av PPI⁸.

A02BC Protonpumpshämmare, båda könen, alla åldrar. Källa: Socialstyrelsen

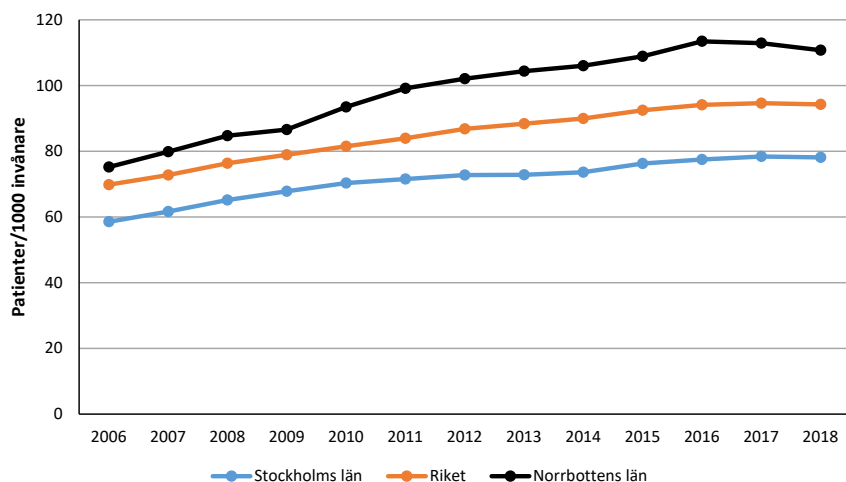


Bild 1. Antal personer per tusen invånare (båda könen, alla åldrar) som per år har hämtat ut någon protonpumpshämmare på recept på något apotek i landet. Ungefär 9,5 % av Sveriges befolkning har hämtat ut protonpumpshämmare under 2018, medan samma siffra ligger runt 11 % i Norrbotten.

A02BC Protonpumpshämmare, båda könen, 75 år och äldre. Källa: Socialstyrelsen

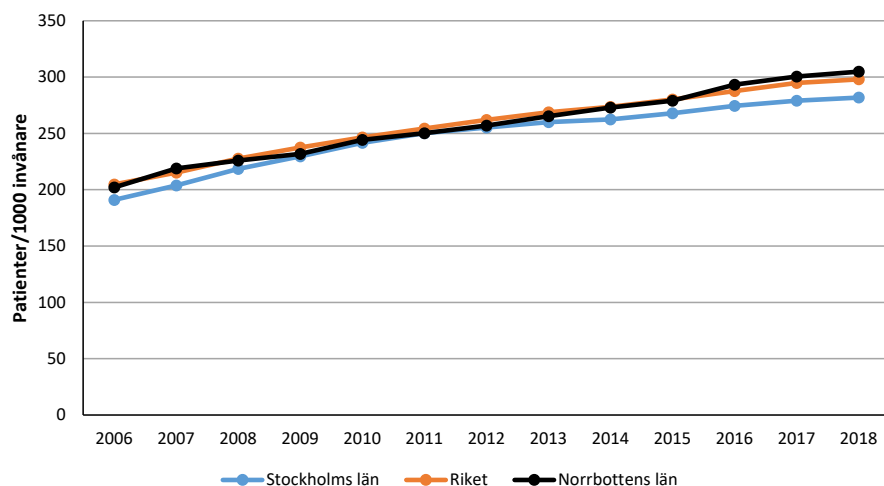


Bild 2. Antal personer per tusen invånare (båda könen, 75 år eller äldre) som per år har hämtat ut någon protonpumpshämmare på recept på något apotek i landet.

Räkneexempel samhällsförvärd pneumoni i Norrbotten

- Ca 251 000 invånare (2018).
- Normal incidens för samhällsförvärd pneumoni är 8 per 1000 inv⁷, dvs 2008 fall/år i Norrbotten.
- 11 % av Norrbottens invånare använde PPI år 2018.
- NNH är 333⁷, vilket innebär 83 extra fall av pneumoni per år.

Ca 4 % fler fall per år i Norrbotten pga användning av PPI.

Att ha i åtanke:

Incidens i denna studie gäller inte specifikt för Norrbotten.

NNH i denna studie baseras på hela populationen/alla åldrar. Rimligt antagande är att NNH är betydligt lägre hos patienter 75 år eller äldre. I denna åldersgrupp är användningen av PPI dessutom mycket högre, runt 30 %.

Sammantaget är det rimligt att anta att användningen av PPI står för en betydligt större andel av pneumonier hos äldre.

Mekanismer som föreslagits är att PPI skulle kunna predisponera till bakteriell överväxt genom att öka pH i magsäcken och därmed möjligen leda till migration av dessa bakterier från mag-tarmkanalen till lungorna¹.

Clostridium difficile

Det finns data som talar för att risken för tarminfektion med *Clostridium difficile*, och recidiv av densamma, ökar vid användning av PPI^{1,5,7}. Orsaken föreslås vara att clostridiesporerna lättare klarar passagen genom magen när pH blir högre, och på så sätt kan infektera tarmen. Påverkan på tarmfloran har också föreslagits, som ger större utrymme för *C. difficile* att etableras. I Stramas rekommendationer för behandling av *C. difficile*-infektion anges att användning av PPI har associerats med svårare infektion och återfall. Därför bör indikationen för PPI på

nytt värderas om patienten drabbas av denna infektion⁹.

Frakturer

Flera studier och metaanalyser visar en ökad risk för fraktur (i synnerhet höftledsfraktur) hos patienter som behandlas med PPI^{1,5,7,10}. NNH för frakturer uppskattades till 644 patienter⁷. En föreslagen mekanism är att PPI-användning minskar trabekulärt ben, vilket förekommer i hög utsträckning i höft och ryggrad¹⁰.

Övriga biverkningar

Elektrolytrubbningar som hypomagnesemi och hyponatremi finns beskrivna^{1,5-6}. Även fall med brist på vitamin B12 har beskrivits¹. Njursvikt är en annan biverkan som beskrivs vid en längre tids användning av PPI¹.

PPI har associerats till ökad risk för hjärtinfarkt där mekanismen antas vara interaktion med klopidogrel¹¹. Klopidogrel är en prodrug som aktiveras av CYP2C19. PPI, i synnerhet es-/omeprazol, hämmar CYP2C19 och skulle således kunna minska effekten av klopidogrel. Den kliniska signifikansen för denna interaktion är omdiskuterad, och flera studier har gjorts där man inte kunnat visa någon ökad risk för kardiovaskulär händelse hos patienter som behandlats med protonpumpshämmare tillsammans med klopidogrel, däribland COGENT-studien¹². Även om befintliga studier inte kunnat visa någon ökad risk för hjärt-kärlhändelser pga denna interaktion, kan man inte helt utesluta att vissa individer skulle kunna få sämre effekt av klopidogrel vid samtidig behandling med es-/omeprazol. Att välja pantoprazol, som inte hämmar CYP2C19, kan vara ett alternativ till dessa patienter när tydlig indikation för PPI finns.

Att sätta ut protonpumpshämmare

Ett reboundfenomen kan uppstå hos en del patienter när behandlingen med PPI avslutas. Detta beror på att en del patienter får höjda nivåer av det syrastimulerande hormonet gastrin i samband med behandling. När syrahämningen upphör kan hypergastrinemin leda till en ökad syrasekretion. Denna effekt brukar försvinna inom tre dagar. Det finns inga vetenskapliga belegg för att nedtrappning av PPI är nödvändig. Därför kan man med fördel prova att följa rekommendationerna från Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar, dvs att avsluta behandlingen tvärt⁴. Eventuella syra-relaterade besvär kan de närmaste en till två veckorna kuperas med antacida vid behov.

Patientinformation

För de patienter som upplever det problematiskt att sluta tvärt med sin behandling finns en patientinformation¹³ till stöd för att avsluta successivt via nedtrappning. Den återfinns på läkemedelskommitténs hemsida.

Evelina Bernberg
Läkemedelskommittén

Håkan Blom

Docent, överläkare gastro-enterologi

Källor

- 1) Jayes M et al. The risk of long-term use of proton pump inhibitors: a critical review. *Ther Adv Drug Saf* 2019 Nov;10:1-13. [PubMed](#)
- 2) Kantor ED et al. Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. *JAMA*. 2015 Nov 3;314(17):1818-31. [PubMed](#)
- 3) Socialstyrelsens statistikdatabas, [Socialstyrelsen.se](#)
- 4) "Våga sätt ut protonpumpshämmare om tydlig indikation saknas" Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar, [Janusinfo.se](#)
- 5) "Systematisk översikt sammanfattar evidensen för biverkningar vid behandling med protonpumpshämmare" Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar, [Janusinfo.se](#)
- 6) "Ulkusprofylax vid medicinering med COX-hämmare/ASA bör endast ges till patienter med tidigare ulkussjukdom" Region Stockholms läkemedelskommittés expertgrupp för mag- och tarmsjukdomar, [Janusinfo.se](#)
- 7) Abramowitz J et al. Adverse event reporting for proton pump inhibitor therapy: an overview of systematic reviews. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Oct;155(4):547-54. [PubMed](#)
- 8) Herzig SJ et al. Acid-suppressive medication use and the risk for hospital-acquired pneumonia. *JAMA* 2009;301(20):2120-28. [PubMed](#)
- 9) Strama - Clostridium Difficile infektion, [Strama.se](#)
- 10) Maggio M et al. Use of proton pump inhibitors is associated with lower trabecular bone density in older individuals. *Bone*. 2013 Dec; 57(2): 437-442. [PubMed](#)
- 11) Ho PM et al. Risk of adverse outcomes associated with concomitant use of clopidogrel and proton pump inhibitors following acute coronary syndrome. *JAMA*. 2009 Mar 4;301(9):937-44. [PubMed](#)
- 12) Bhatt DL et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. The COGENT study. *N Engl J Med*. 2010 Nov 11;363(20):1909-17. [PubMed](#)
- 13) Patientinformation: [Att sluta med protonpumpshämmare](#). Norrbottens läkemedelskommitté, Region Norrbotten.

Patientinformation

Att sluta med protonpumpshämmare

■ Region Norrbottens läkemedelskommitté har tagit fram en ny patientinformation som kan fungera som stöd vid avslutande av behandling med protonpumpshämmare. Patientinformationen finns på läkemedelskommitténs hemsida. Den här informationen vänder

sig till patienter som använder protonpumpshämmare, men där det kan vara aktuellt att avsluta behandlingen.

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

Protonpumpshämmare, PPI, minskar produktionen av magsyra i magsäcken och hjälper vid magsår, inflammation i matstrupen eller sura uppstötningar. Det finns olika läkemedel som gemensamt kallas protonpumpshämmare - exempelvis: omeprazol, esomeprazol, pantoprazol eller lansoprazol

Många människor äter protonpumpshämmare vid diffusa magbesvär utan att det finns något bra skäl eller under längre tid än nödvändigt. Man bör då, i samråd med sin läkare, överväga att avsluta behandlingen.

Kan ge biverkningar

Protonpumpshämmare kan, precis som av andra läkemedel, ge biverkningar. Upptaget av vitamin B12, järn och kalcium kan minska. En viss ökad risk för lunginflammation, frakturer och vissa tarminfektioner kan föreligga. Därför ska man inte använda dessa läkemedel i onödan.

Besvär kan uppstå om man slutar direkt

Vid kortare regelbunden behandling (mindre än en månad) med protonpumpshämmare kan behandlingen vanligtvis avslutas direkt.

Vid långvarig behandling kompenserar kroppen för den lägre halten magsyra i magsäcken. Vid abrupt avslut efter längre behandling (mer än 1-2 månader) finns därför risk för ökad produktion av magsyra i magen. Den ökade syrahalten kan ge besvär, som går över när syraproduktionen åter normaliseras.

Besvär efter avslutad behandling kan därför bero på kroppens naturliga gensvar och behöver inte betyda att man måste börja med protonpumpshämmare igen. Om du får besvär vid direktutskrivning kan nedtrappning vara ett alternativ.

Nedtrappning

- Ta halva dosen under fyra veckor.
- Ta sedan halva dosen varannan dag under fyra veckor
- Prova därefter att sluta med läkemedlet.

OBS! Nedtrappning sker med lägre styrka, inte genom att dela kapseln.

Om du får besvär, vare sig du avslutar direkt eller trappar ned, kan du ta exempelvis Novaluzid eller Novalucol som finns att köpa receptfritt. De neutraliserar magsyran och kan tas flera gånger per dag.

Vid fortsatta besvär

Om du fortfarande har besvär efter att behandlingen har avslutats kan du prova att ta halva dosen av protonpumpshämmaren var fjärde dag i fyra veckor och sedan prova att sluta med läkemedlet helt. Var medveten om att det kan ta tid innan besvären försvinner helt. Om ovanstående råd inte fungerar – ta kontakt med din läkare.

Du kan själv påverka

Det finns saker som du själv kan göra för att minska magbesvären. Exempelvis att:

- äta mindre fet och/eller kryddad mat
- äta mindre portioner
- undvika tobak
- dricka mindre alkohol
- dricka mindre koffein
- gå ned i vikt om du är överviktig

Om besvären mestadels kommer på natten kan du prova att höja huvudändan på sängen och undvika att äta minst tre timmar före sänggåendet.

Loperamid vid IBS-D – risker vid överanvändning

Loperamid är ett receptfritt läkemedel som kan användas vid olika diarréstillstånd. Senaste åren har man dock uppmärksammat en ökande trend av missbruk och förgiftningsfall som beror på läkemedlets innehåll av syntetisk opiat, vilket ju i sig står för den symtomlindrande effekten.

■ Loperamid är ett läkemedel som används mot diarréer av akut eller kronisk art. Indikation enligt FASS är: ”Symtomatisk behandling av akuta ospecifika diarréer och kroniska diarréstillstånd, inklusive alltför snabb tarmpassage, med eller utan faecesinkontinens och i samband med ileostomier, kolostomier och dumping.” Vid IBS-D, irritable bowel syndrom med huvudsakligen diarréer som symtom, kan loperamid användas. Enligt Nationella riktlinjerna avseende IBS, anges evidensgrad 1 (starkt vetenskapligt underlag) för behandling med detta preparat. Det har effekt på symtomet diarré men inte säkert på andra symtom som t ex buksmärta och uppblåsthet.

På Internetmedicin samt i Praktisk Medicin konstateras att effektiva läkemedel för behandling av IBS saknas, men att loperamid kan vara ett alternativ vid diarré.

Läkemedelsboken skriver att: ”Få läkemedel har övertygande visats ha bättre effekt än placebo vid behandling av IBS”. Men även här finns loperamid som behandlingsförslag med evidensgrad 1.

1177.se Vårdguiden informerar om IBS till befolkningen med många förslag till behandlingar, däribland loperamid mot diarré.

Janusinfo, Region Stockholm, publicerade en sammanställning avseende missbruk av loperamid efter en fråga som inkommit till läkemedelsinformationscentralen, Karolic. Deras sammanfattning lyder: ”Intag av loperamid i höga doser kan leda till beroende och medför påtagliga risker för hjärtpåverkan (framförallt arytm) med potentiellt dödlig utgång. Samtidigt intag

av substanser som påverkar metaboliseringen av loperamid kan öka risken för toxicitet och hjärtbiverkningar. Det finns några rapporter om Metadon som behandling för att genomföra nedtrappning/utsättning av loperamid”. Halveringstiden för loperamid är ca 11 timmar vid normal dosering men kan vara betydligt längre vid högre doser.

Vid Farmacovigilansdagen 2019, anordnad av Giftinformationscentralen (GIC) och Läkemedelsverket (LMV), presenterades aktuella exempel på förgiftningsfall, däribland loperamidorsakade. Man har konstaterat ett ökande missbruk senaste 5 åren och preparatet benämns som ”poor man’s methadone”. Loperamid säljs receptfritt i förpackningar om oftast 16 tabletter å 2 mg och är effektivt och säkert vid normal dosering mot diarré. Det binder till my-opiatreceptorn i tarmväggen men vid stor överdos passerar det över blodhjärnbarriären (pga att biotillgängligheten ökar) och kan ge typiska opiatysymtom. Det förekommer självmedicinering bland missbrukare vid utsättningssymtom av opioider, men loperamid missbrukas ibland även för dess euforiska egenskaper. Även så förekommer kombinationer med andra läkemedel (t ex Ketokonazol och Gemfibrozil) för att få ut mesta möjliga euforiska effekt. Många apotek i Sverige har sedan några år tillbaka loperamid förvarat bakom disk för att motverka missbruk och stölder. Rättsmedicinalverket rapporterade drygt 7 dödsfall/år 2014-2017 som bedömts ha orsakats av loperamid. EMA (Europeiska läkemedelsmyndigheten) har uppmärksammat riskerna och tillverkarna måste nu ha en varningstext i produktresumén. Utvecklingen följs noga av GIC och LMV.

GIC skriver på Giftinfo att: ”Loperamid är en syntetisk opiat som minskar tarmmotiliteten genom effekt på lokala opiatreceptorer i tarmväggen. Är strukturellt lik Haloperidol. Vid överdosering kan loperamid passera blodhjärnbarriären och framkalla mios, andnings- och CNS-depression. Även dystoni kan då förekomma. Symtomen är ofta fördröjda och kan hos barn uppträda efter upprepad

terapeutisk dosering. Hypoalbuminemi medför ökad risk för förgiftningsymtom. Antidot mot opioida effekter finns, Naloxon.”

Sammanfattningsvis är loperamid ett vanligt, effektivt och rekommenderat preparat mot diarréer, både av akut och kronisk art. Behandlingseffekten vid IBS-D är dock måttlig då det inte hjälper mot t ex buksmärta och uppblåsthet. Det finns också en risk för missbruk av loperamid, och vid överdosering (70-1600 mg/dag, dvs 4-100 gånger högre än rekommenderat) finns risk för livshotande arytmier, vilket bör tas i beaktande vid förskrivning av detta preparat till patienter med det i grunden benigna tillståndet IBS-D. De doser som ger opioida CNS-effekter ligger dock så mycket högre än rekommenderad daglig terapeutisk dos att risken för oavsiktlig överdos torde vara liten.

Marina Holmström
Läkemedelskommittén

Källor

- Läkemedelsboken, ”Tarmkanalens funktionsrubbnings”, 2017-11-16.
- Nationell riktlinje 2009 På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse, ”IBS - utredning och behandling”, 2009.
- Internetmedicin.se, ”Colon irritable, IBS (Irritable Bowel Syndrome)”, 2017-05-08.
- Praktisk Medicin, ”IBS. Irritable Bowel Syndrome. Colon Irritable. Tarmkatarr”, 2018 oktober.
- 1177.se Vårdguiden, ”IBS - känslig tarm”, 2019-10-21.
- Janusinfo Region Stockholm, ”Loperamid används i missbrukssyfte”, 2019-03-04.
- Giftinfo - för läkare, Swedish Poisons Information Centre, ”Loperamid”, 2017-12-07.
- Farmacovigilansdagen 21 maj 2019, ”GIC och läkemedelsförgiftningsfall - några aktuella exempel”, 2019-05-21.

Läkemedelsnotat kan inte läsas av apoteken

När man vill förmedla information till apotek angående det recept man förskriver finns olika sätt att gå tillväga. Viktigt att tänka på är att läkemedelsnotat inte kan användas för detta ändamål.

■ Det finns många tillfällen då information till apoteken är nödvändig att förmedla. Det kan t ex handla om att patienten inte får hämta ut läkemedlet själv, eller att läkemedlet inte får hämtas ut före ett visst datum.

Det säkraste sättet att förmedla viktig information till apoteken när recept förskrivs är att skriva i Patientanvisningen (1).

Denna information läses alltid av varje farmaceut. Nackdelen är att all information blir synlig på etiketten som klistras på läkemedelsförpackningen.

Ett annat alternativ är att använda Meddelande (2) i receptvyn. Informationen i detta fält blir synlig för farmaceuten på apoteket, men visas aldrig för patienten. Nackdelen här är att detta meddelande

visas olika tydligt hos olika apoteksaktörer och risken finns att farmaceuten missar informationen.

Information som anges i Läkemedelsnotat (3) kommer inte till apoteken, och ska inte användas för att kommunicera med apoteken. Läkemedelsnotatet är en journalhandling som används för att dokumentera t ex utsättningsorsak, dosändringsorsak mm.

Evelina Bernberg
Läkemedelskommittén

1 Patientanvisning:
2 Meddelande:
3 Läkemedelsnotat:

Ange indikation vid receptförskrivning

Vid receptförskrivning, både i VAS och i Pascal, ska indikation för behandling alltid finnas med.

■ Vid förskrivning i Pascal gäller att den indikation som angivits för receptet aldrig kan ändras i efterhand när det väl är angivet, på grund av regler i receptregistret. Bakgrunden är att du inte ska kunna

använda samma recept för behandling av olika saker. Om indikationen på förskrivningen behöver ändras måste man sätta ut och återinsätta läkemedlet med rätt indikation.

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

Makulera tidigare recept om expeditoinsintervall ändras

När det har varit nödvändigt att ändra ett expeditoinsintervall är ett vanligt förekommande problem att gamla recept med det tidigare expeditoinsintervall ligger kvar. Detta gör att patienten plötsligt har flera recept på samma läkemedel med olika expeditoinsintervall, där läkemedel kan hämtas ut från samtliga recepten. Poängen med expeditoinsintervall går då helt förlorad.

■ Ibland kan det vara nödvändigt att ändra ett expeditoinsintervall, t ex om första dag som läkemedlet kan hämtas ut infaller på en dag när apoteket inte har öppet, patienten ska resa etc. Enda sättet att ändra expeditoinsintervall är att förskriva ett nytt recept. Viktigt att tänka på då är att kontakta apoteket och se till att det tidigare receptet

makuleras. Man kan antingen ringa apoteket och be att få receptet makulerat, eller så kan man skriva t ex ”makulera tidigare recept” i patientanvisningen på det nya receptet.

Det är inte helt ovanligt att en patient har flera recept med expeditoinsintervall på samma läkemedel från samma förskrivare.

Detta medför att apoteken inte kan neka patienten att hämta ut läkemedlet om något av de olika receptens expeditoinsintervall tillåter att läkemedel hämtas ut. En patient som t ex har Imovane 30 tabletter med expeditoinsintervall på 30 dagar men har 2-3 recept, kan hämta ut 60 eller till och med 90 tabletter per månad.

Evelina Bernberg
Läkemedelskommittén

Förskriv helförpackning under rätt rubrik i Pascal

■ Det händer rätt ofta att läkemedel som har förskrivits i Pascal, med avsikt att användas regelbundet, ändå har placerats under rubriken ”Vid behovsläkemedel”. Motsatsen, dvs att läkemedel som bara är tänkta att tas vid behov återfinns under rubriken ”Stående, originalförpackningar”, förekommer också. Detta innebär en risk för att regelbunden medicinering inte tas regelbundet samt att vid

behovsmedicin används regelbundet. Vid förskrivning av helförpackning i Pascal är det således viktigt att se till att läkemedlet hamnar under rätt rubrik!

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Stående, originalförpackningar

Stoptid helfrp.
2020-03-04 11:00

Senaste insättning Förskrivare	Läkemedelsnamn, läkemedelsform och styrka	Dosering, användning och ändamål						Antal uttag			
		07	08	12	14	16	20	Förskr	Kvar	Obs!	
2020-01-28 T Testsson	Canoderm, kräm 5 % (500 gram)								3	3	
2020-01-31 T Testsson	Imovane, tablett 5 mg (30 tabletter)								2	2	
2020-01-31 T Testsson	Alendronat Orifarm Veckotablett, tablett 70 mg (12 styck)	1							4	4	

Vid behovsläkemedel

Stoptid helfrp.
2020-03-04 11:00

Senaste insättning Förskrivare	Läkemedelsnamn, läkemedelsform och styrka	Dosering, användning och ändamål		Antal uttag		
		VB		Förskr	Kvar	Obs!
2020-01-28 T Testsson	Bufomix Easyhaler, inh. pulver 160 mikrog/9 mikrog/inhalation (3 x 60 styck)	VB		4	4	



Nya behandlingsrekommendationer från Läke medelsverket

Läke med elsverket har uppdaterat sina behandlingsrekommendationer gällande epilepsi samt huvudlöss. Kortfattad sammanfattning följer nedan och för er som vill läsa behandlingsrekommendationerna i sin helhet så hittar ni dem på Läke med elsverkets hemsida.

■ Behandling av huvudlöss – huvudbudskap i behandlingsrekommendationen

- Korrekt diagnostik och information till berörda, noggrann behandling/kontaktpårning och uppföljning är hörnstenarna vid behandling av huvudlöss.
- Vid misstanke om huvudlöss finkammas håret med luskam. Upptäcks levande huvudlöss ska omgivningen informeras.
- Personer med levande huvudlöss behandlas.
- Vid konstaterat angrepp av huvudlöss behandlas individen med medicinteknisk produkt som innehåller dimetikon. Effekten kontrolleras med luskamning efter avslutad behandling.
- Samtliga personer med levande huvudlöss i en familj/grupp behandlas samtidigt för att minimera risk för återsmitta.
- Att luskamma alla barn inför/vid terminsstarten i förskola och grundskola samt ge tydlig och adekvat information om smittspridning är viktiga förebyggande åtgärder.
- Löss sprids främst genom direktkontakt huvud mot huvud. Hygienen har ingen betydelse för förekomsten.

Källor

- [Behandling av angrepp av huvudlöss](#). Läke med elsverket
- [Läke med el vid epilepsi](#). Läke med elsverket

■ Läke med elsbehandling av epilepsi – några punkter ur sammanfattningen

- Underhållsbehandling av epilepsi är symtomatisk. Grundregeln är att behandla efter två oprovocerade anfall, men ett oprovocerat anfall kan räcka om risken för ytterligare anfall är stor.
- Antiepileptika väljs utifrån anfallstyp. Hänsyn tas också till faktorer som ålder, kön, epilepsisyndrom, annan behandling, biverkningar och samsjuklighet.
- Behandling inleds med ett antiepileptiskt läke med el i monoterapi, som prövas ut i lägsta effektiva dos. Målet är anfallsfrihet utan biverkningar.
- Vid behandlingssvikt på ett första läke med el prövas i första hand alternativ monoterapi, i andra hand kombinationsbehandling. Tillräcklig evidens saknas för att bedöma effektskillnader mellan olika specifika läke med elskombinationer.
- Vid läke med elsresistent epilepsi bör man tidigt ta ställning till remiss för avancerad utredning.
- För kvinnor med epilepsi bör läke med elsbehandlingen ses över inför planerad graviditet med målet att säkerställa bästa möjliga anfallskontroll och minsta möjliga risker för fostret relaterat till läke med elsbehandling.
- Konvulsivt status epilepticus bör behandlas utan dröjsmål, parallellt med utredning, för att minimera risken för komplikationer och negativa långtidseffekter.
- Psykiatrisk och neuropsykiatrisk samsjuklighet hos personer med epilepsi behandlas väsentligen enligt samma principer som motsvarande tillstånd utan samtidig epilepsi. Personer med epilepsi riskerar att få otillräcklig behandling vid depression och ADHD på grund av omotiverad oro för försämrad anfallskontroll.

Linda Grahn

Läke med elskommittén

Vill du informera i Behandlingsbladet? Kontakta oss på linda.grahn@norrboten.se



Behandlingsbladet ges ut av Norrbottens läke med elskommitté. Redaktionen tar tacksamt emot material (helst via e-post). Vi förbehåller oss rätten att förkorta och redigera.

Ansvarig utgivare: Linda Grahn, linda.grahn@norrboten.se.

