



Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK
NR 2, MAJ 2022, ÅRGÅNG 25



Innehåll

- 2 Ordföranden har ordet
- 3 Hormonbehandling av kvinnor i klimakteriet
- 4 Insättning av patient i Pascal
- 5 SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt
- 6 Miljöeffekter av läkemedel – vad kan jag själv göra?
- 7 Läkemedel på väg bort från marknaden
- 8 Mjukgörande och tårsubstitut till patienter inom kommunal vård och omsorg
- 10 Pollenallergi – i de flesta fall ska recept inte skrivas**
- 11 Statistik om läkemedel 2021
- 12 Recept till patienter med skyddad identitet

Ordföranden har ordet



Foto: iStock

■ Äntligen har träden börjat grönska och vi närmar oss en varmare och ljusare tid. Våren har för mig ett litet rosa skimmer över sig. Förväntningarna är stora på den period som väntar, allt ifrån att påta i jorden till lata sommardagar med sol och bad...

En fråga som noga har genomarbetats av Läkemedelskommittén och MAS-nätverket och som slutligen burit frukt är hur vi ska hantera receptfria läkemedel i form av mjukgörande och tårsubstitut till patienter inom kommunal vård och omsorg. Läkemedelskommittén har sedan tidigare en rekommendation om att recept inte bör skrivas på mjukgörande eller tårsubstitut om det inte är en sjukdom som orsak utan att man då istället kan hänvisa patienten till det receptfria sortiment som finns på apoteken. Diskussionerna har landat i att i de fall det handlar om torr hud eller torra ögon som inte har sjukdom som orsak skrivs inget recept utan den rekommenderade insatsen sätts upp av den kommunala sköterskan på ett underlag med signeringslista så att insatsen dokumenteras och kan följas upp.

I detta nummer tar vi även upp de effekter på miljön som läkemedel kan orsaka och vad var och en kan göra för att minska denna miljöpåverkan. Det handlar såklart om att undvika onödiga läkemedelsförskrivning men även att, vid förskrivning, göra kloka val och välja substanser som har en mindre miljöpåverkan där så är möjligt. Det kan nämligen skilja sig mellan olika substanser inom samma huvudgrupp av läkemedel vilken effekt de har på miljön. Ett exempel är diklofenak som har en mer negativ inverkan på miljön jämfört med övriga NSAID, ett annat exempel är felodipin där amlodipin är ett bättre alternativ ur miljöaspekt.

En motsatt effekt, dvs en effekt som miljön kan ha på oss människor, ser vi i den pollen-säsong som pågår för närvarande. Många får problem, men som tur är finns gott om receptfria alternativ i olika beredningsformer som kan lindra detta. Rekommendationen från läkemedelskommittén är att inte skriva recept vid allergisk rinokonjunktivit när receptfria alternativ fungerar för att behandla.

När vi är inne på området allergiläkemedel så visar en rapport från Socialstyrelsen att just allergiläkemedel är den vanligaste läkemedelsgruppen till barn. Vidare konstateras i rapporten att blodtrycksläkemedel är den grupp läkemedel som under 2021 användes av flest personer samt vilka skillnader i läkemedelsanvändning som kan ses mellan män och kvinnor. Enligt rapporten är det vanligare att män behandlas med RAAS-påverkande läkemedel jämfört med kvinnor, medan diuretika och betareceptorblockerare istället är vanligare bland kvinnor än bland män.

I april i år kom Läkemedelsverket med en uppdaterad rekommendation rörande läkemedelsbehandling av klimakteriebesvär där MHT, menopausal hormonbehandling, anses effektivt och kan rekommenderas om besvären påverkar livskvaliteten negativt, men en individuell nytta-risk-bedömning ska alltid göras.

En läkemedelsgrupp där det hänt mycket den senaste tiden är SGLT2-hämmare. Här har bland annat antalet indikationer för behandling ökat. Från början hade SGLT2-hämmare indikation för behandling av diabetes typ 2 men numera har vissa av dessa läkemedel även indikation för behandling av hjärtsvikt

och njursvikt. När det gäller hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion har basbehandling, med ACE-hämmare/ARB, betablockerare och MRA, utökats med denna läkemedelsgrupp, där det viktiga inte är i vilken ordning de sätts in utan att alla används samt att en låg dos av samtliga är bättre än en hög dos av några få.

En fråga som ofta dyker upp är vem som ansvarar för att sätta in patientens läkemedel i Pascal om beslut fattats att patienten ska få maskinell dosdispensering? Svaret på den frågan är att det är den läkare som fattat beslut om att patienten ska få maskinell dosdispensering som också är den som ska göra jobbet (enligt beslut av LSG läkemedel 2022-04-21). För en patient med instabil medicinering för tillfället bör beslutet om maskinell dosdispensering kanske skjutas på framtiden då situationen eventuellt är mer stabil, men om beslutet väl fattats att patienten ska sättas in på maskinell dosdispensering så ska denna uppgift inte skickas vidare till nästa förskrivare.

Slutligen vill jag även passa på att nämna den uppdaterade rutinen rörande hantering av patienter med skyddade personuppgifter som numera även innehåller information om förskrivning av recept till dessa patienter. Grunden är att använda elektroniska recept då de får ses som mycket säkra, men att det i vissa situationer med allvarlig hotbild ändå kan bli aktuellt att skriva pappersrecept.

*Trevlig sommar
önskar läkemedelskommittén*

Linda Grahn



Hormonbehandling av kvinnor i klimakteriet

Klimakteriebesvär är vanligt och ungefär var tredje kvinna upplever så grava besvär att hon önskar någon form av behandling för sina besvär. Läkemedelsverket har i april 2022 publicerat en ny behandlingsrekommendation rörande läkemedel vid klimakteriesymtom, så kallad menopausal hormonbehandling (MHT). MHT är effektivt och kan rekommenderas om besvären påverkar livskvaliteten negativt, men en individuell nytta-risk-bedömning ska alltid göras.

■ Under klimakteriet inträffar den allra sista menstruationen, menopaus. Medelåldern för menopaus i Sverige är 52 år, men varierar stort mellan individer. Den sviktande äggstocksfunctjonen under åren före menopaus kan orsaka ändrat menstruationsmönster. Sjunkande östrogennivåer gör att de flesta kvinnor upplever vasomotoriska symtom som svettningar, värmevallningar och sömnproblem, vilka i sin tur kan försämra livskvaliteten. I genomsnitt varar besvären i drygt 5 år, men även här är variationen mellan individer stor. Ungefär var

tredje kvinna upplever så svåra besvär att hon önskar behandling i någon form.

Målet med Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation för MHT är att den ska kunna tillämpas i primärvården i syfte att erbjuda en säker och effektiv behandling av klimakteriesymtom till alla kvinnor som så önskar.

Rekommendationens huvudbudskap

- Östrogen med eller utan gestagentillägg, det vill säga menopausal hormonbehandling (MHT), har god effekt på vasomotoriska symtom hos kvinnor i klimakteriet.

- Behandling med MHT bör endast pågå så länge som kvinnan har vasomotoriska symtom som påverkar hennes livskvalitet negativt. Lägsta effektiva dos ska tillämpas.

- MHT ökar risken för trombos och bröstcancer. Risken för trombos är dosberoende och gäller framför allt peroral östrogenbehandling. Risken för bröstcancer ökar med behandlingstidens längd och kan variera med behandlingsregim.

- Under förutsättning att behandlingen startas före 60 års ålder kan friska kvinnor med vasomotoriska symtom även få andra positiva hälsoeffekter av MHT, framför allt avseende kardiovaskulär sjukdom och frakturrisik.

- Kvinnor med tidig menopaus, före 45 års ålder, bör rekommenderas MHT åtminstone upp till normal menopausal ålder (cirka 52 år) för att, utöver symtomlindring, minska risken för benförlust (osteoporos) och kardiovaskulär sjukdom.

- En individuell nytta-riskbedömning ska göras inför insättande av MHT och upprepas beroende på kvinnans behov, eventuella biverkningar och tillkomst av medicinska problem.

- Välkontrollerade medicinska tillstånd som utgör riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom, inklusive diabetes, är inget hinder för MHT.

- Kvinnor med tidigare eller aktuell anamnes på kardiovaskulära tillstånd, där MHT möjligen ger en ökad risk, ska bedömas individuellt. Om MHT övervägs, rekommenderas transdermal östrogenbehandling, vilket förefaller innebära lägre risk än peroral behandling.

- Lokal östrogenbehandling har god effekt vid urogenitala atrofierelaterade besvär. Behandlingen är lågdoserad, kan rekommenderas till de allra flesta och fortsätta livslångt. Om kvinnan slutar med behandlingen är det sannolikt att de atrofierelaterade besvären återkommer.

[Läs hela rekommendationen på Läkemedelsverkets webbplats.](#)

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Källa:

- Läkemedelsverket. [Läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling \(MHT\) – behandlingsrekommendation](#), april 2022



Insättning av patient i Pascal

Om det beslutats att en patient ska sättas in på maskinell dosdispensering – vem ansvarar då för insättningen?

Svaret är att ansvaret för att lägga upp och slutligt godkänna en patient i Pascal ligger på den förskrivare som initierat och tagit beslutet att patienten ska ha maskinell dosdispensering (enligt beslut av LSG Läkemedel 2022-04-21). Slutligt godkännande kan endast förskrivare med personlig förskrivarkod utföra. Detta är en uppgift som inte ska skickas vidare till nästa behandlande läkare att genomföra.

■ Alla förskrivare ska kunna hantera Pascal och därmed även kunna sätta in en patient på maskinell dosdispensering i de fall det är aktuellt.

Om patientens läkemedelsanvändning bedöms vara instabil för tillfället och att det således inte är lämpligt att sätta in patienten på maskinell dosdispensering kan frågan om framtida ställningstagande till att eventuellt sätta in patienten på maskinell dosdispensering skickas vidare till kommande behandlande läkare.

Har beslutet väl fattats att patienten ska sättas in på maskinell dosdispensering så ska denna uppgift inte skickas vidare till nästa.

Om det handlar om ett läkemedel där den läkare som initierat den maskinella dosdispenseringen inte har rätt behörighet för att förskriva läkemedlet ligger ansvaret på den

läkaren att ändå kontakta behörig förskrivare för att säkerställa att patientens lista i Pascal blir komplett.

Kriterier för lämplig/olämplig patient

Kriterier för **lämplig** patient är följande:

- Patienten klarar inte av att handha sina läkemedel där den styrande utgångspunkten är patientperspektivet. Blir patientens användning av läkemedel säkrare/mer ändamålsenlig om läkemedlen dosdispenseras maskinellt?
- Fler än tre läkemedel för kontinuerlig användning – undantag finns. Vid kognitiv svikt, risk för felaktig användning eller missbruk kan det vara motiverat med dosdispensering även för patienter med färre läkemedel.
- Regelbunden medicinering med få akuta ändringar och icke frekventa sjukhusvistelser. Ofta är patienter med frekventa sjukhusvistelser olämpliga då läkemedelsordinationerna kan förväntas förändras.
- Hänsyn bör tas till hur många läkemedel som måste delas vid sidan om, dvs om det finns läkemedel, som av olika anledningar, inte går att dosdispensera maskinellt.

Olämplig patient är en patient med frekventa ändringar i läkemedelslistan i och med att akuta förändringar inte kan verkställas omedelbart med detta system. Det blir istället en fördröjning på några dagar

innan förändringen genomförs. Ett annat problem med frekventa akuta ändringar är att patienten då har både ordinarie dospåsar samt akutbeställda dospåsar att hantera, vilket ökar risken för fel. Om akutbeställningar görs kommer patienten antingen att få en ersättningspåse eller en tilläggsnäse, beroende på vilken ändring som görs. Är det en **ersättningsnäse** som skickas så ska dospåsen som patienten fått sedan tidigare kasseras på ett apotek och ersättas med den nya akutbeställda dosrullen. Handlar det istället om en **tilläggsnäse** så ska denna tas tillsammans med de tidigare levererade dospåsarna. Utöver detta gäller det, för de patienter som hämtar sina dospåsar på ett apotek, att veta om en akut dospåse finns att hämta mellan ordinarie leverans och såklart komma ihåg att hämta ut den så den akutbeställda dosrullen inte blir liggande på apoteket.

Uppdaterad anvisning om maskinell dosdispensering

Läkemedelskommittén har sedan tidigare en anvisning rörande maskinell dosdispensering och denna har nu uppdaterats med information om vem som ansvarar för insättningen av en patient.

För mer information, se anvisningen "[Pascal och maskinellt dosdispenserade läkemedel i Region Norrbotten](#)" som finns publicerad på Läkemedelskommitténs webbsida.

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt

Studier har visat att SGLT2-hämmare är ett värdefullt tillskott vid hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion, varför nya rekommendationer slår fast att denna läkemedelsgrupp bör ingå i basbehandlingen. I studierna har patienterna i hög grad, utöver SGLT2-hämmare, även haft basbehandling i form av ACE-hämmare/ARB, betablockad och mineralokortikoidreceptorantagonist. Behandling med SGLT2-hämmare får inte ske på bekostnad av sedan tidigare etablerad effektiv basbehandling med dessa läkemedelsgrupper.

■ SGLT2-hämmarna dapagliflozin och empagliflozin har snabbt etablerat sig som basbehandling vid hjärtsvikt och förskrivs idag alltmer. Stora studier har bekräftat deras effekt och både det Europeiska kardiologsällskapet som svenska LOK (Nätverket för läkemedelskommittéerna), rekommenderar dem vid hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (EF). Således rekommenderas idag, att en patient med nedsatt EF bör behandlas med fyra olika läkemedelstyper: ACE-hämmare/ARB, betablockad, mineralokortikoidhämmare (MRA) och SGLT2-hämmare. Det nya är dock att man inte gör någon inbördes skillnad i vilken ordning dessa preparat bör insättas. ”Turordningen när läkemedlen sätts in är inte på förhand givna eller rekommenderade utan får anpassas efter vitalparametrar och samsjukligheter”. Vidare konstateras i riktlinjedokumentet att låg dos av alla är viktigare än hög dos av några få. Man betonar att risken för sjukhusvård pga förvärrad hjärtsvikt samt risken för död är hög under upptitreringsfasen för ACE-hämmare, betablockare och MRA. Nya och bättre tag från sjukvårdens sida är önskvärd.

Evidensbaserad medicin förutsätter en kritisk analys av vad vi vet och inte vet. De två stora studier, som ligger till grund för vårt kunnande om SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt med nedsatt EF är EMPEROR-Reduced-studien som jämförde empagliflozin 10 mg mot placebo hos patienter med hjärtsvikt med EF $\leq 40\%$ samt studien DAPA-HF, som jämförde 10 mg dapagliflozin mot placebo i en hjärtsviktande

grupp med EF $\leq 40\%$. I båda studierna hade 90-95 % av patienterna ACE-hämmare/ARB/ARNI, 95 % betablockad och 70 % MRA som basbehandling innan SGLT2-hämmarna sattes in. Empagliflozin uppnådde inte signifikans vad totalmortalitet beträffar, medan DAPA-HF utföll med signifikans på totalmortaliteten för de som behandlades med dapagliflozin, men där något p-värde för sambandet inte kan anges pga den statistiska metod som använts.

Vid hjärtsvikt med EF $> 40\%$ har empagliflozin 10 mg dagligen i studien EMPEROR-Preserved kunnat påvisa en minskad hospitalisering pga hjärtsvikt, men ingen effekt på totalmortaliteten. Effekten var mer uttalad i gruppen med EF $< 50\%$. 11 % hade ACE-hämmare/ARB och 6 % MRA. I subgruppsanalyserna var effekten mer robust positiv hos dem med ACE-hämning jämfört med ingen effekt för behandling med SGLT2-hämmare hos dem med behandling med MRA vid inklusionen. Detta är hypotesgenerande och inget bevis för effekt eller ingen effekt vid behandling med SGLT2-hämmare tillsammans respektive läkemedel.

Dapagliflozin ingår i läkemedelsförmånen vid behandling av hjärtsvikt med EF $\leq 40\%$, medan optimala doser med ACE-hämmare/ARB, betablockad och MRA måste ha uppnåtts för att empagliflozin ska vara förmånsberättigad.

Att avstå från ACE-hämmare/ARB, betablockare och MRA till förmån för SGLT2-hämmare är inget alternativ vid behandling av hjärtsvikt med nedsatt EF. Studierna har alla haft ACE-hämmare/ARB, betablockare och MRA som basbehandling i mycket hög grad och ovanpå det har SGLT2-hämmare lagts till.

Ännu vet vi inte om dapagliflozin har en positiv effekt vid EF $> 40\%$. Empagliflozin minskar inläggningar för hjärtsvikt vid EF $> 40\%$. Basbehandlingen i den studerade gruppen var synnerligen njuv vad behandling med ACE-hämmare och MRA beträffar, oklart hur många som behandlades med betablockare. Ärligen ska det påpekas att det även tidigare har varit mycket svårt att påvisa effekt av läkemedelsbehandling av

hjärtsvikt med EF $> 40\%$ med kandesartan, ARNI och spironolakton.

Fortsatt basbehandling med ACE-hämmare/ARB, betablockare och MRA vid hjärtsvikt med nedsatt EF $\leq 40\%$ är ett måste om evidensbaserad läkemedelsbehandling eftersträvas. En suboptimal dos ACE-hämmare och betablockad förefaller öka risken för hospitalisering och död, varför upptitrering till måldos bör eftersträvas.

Det viktigaste hindret för en optimal behandling med fyra olika läkemedelsgrupper av patienter med hjärtsvikt med nedsatt EF är resurser och metoder för snabb upptitrering till måldos med verksamma läkemedel. SGLT2-hämmarna är ett mycket betydelsefullt tillskott, men behandling får inte ske på bekostnad av redan etablerad effektiv behandling.

Kjell Melander
Läkemedelskommittén

Källor:

- LOK (Nätverk för Sveriges Läkemedelskommittéer). [Läkemedelsbehandling vid kronisk hjärtsvikt](#), publicerad 2022-01-14
- McMurray et al. [Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction](#) (DAPA-HF), *N Engl J Med* 2019; 381:1995-2008
- Pacer et al. [Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure \(EMPEROR-Reduced\)](#), *N Engl J Med* 2020; 383:1413-1424
- Anker et al. [Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction \(EMPEROR-Preserved\)](#), *N Engl J Med* 2021; 385:1451-1461
- Ouwerkerk et al. [Determinants and clinical outcome of uptitration of ACE-inhibitors and beta-blockers in patients with heart failure: a prospective European study](#), *Eur Heart J* 2017; 38(24):1883-1890

Miljöeffekter av läkemedel – vad kan jag själv göra?

Läkemedel är ett viktigt behandlingsalternativ i vården, men kan samtidigt medföra negativa effekter, både för den behandlade patienten och vår miljö. Även om många av stegen i ett läkemedels livscykel, från produktion till användning och destruktion, är svåra för oss som individer att påverka, finns det också mycket som patienter och hälso- och sjukvårdspersonal kan göra för att gemensamt bidra till att minimera miljöpåverkan av läkemedel.

■ För många patienter är läkemedelsbehandling helt nödvändig för att överleva eller för att bibehålla hälsan. Det finns också en annan sida av myntet, eftersom många av de läkemedel vi använder når miljön och vissa av dem där kan orsaka skada, särskilt på vattenlevande organismer.

Miljöskadliga egenskaper hos läkemedel

Läkemedel är utvecklade för att påverka biologiska processer redan vid mycket låga koncentrationer. Djurs biologiska processer kan oavsiktligt påverkas av läkemedels-substanser, när dessa sprids till vår miljö. Vattenlevande organismer som "andas" vatten via gälarna är särskilt utsatta och kan påverkas redan vid mycket låga halter av läkemedels-substans i vattnet. Till exempel kan könshormoner påverka fertiliteten hos fiskar och diklofenak kan orsaka skador på deras gälar och njurar. Diklofenak har även visats ge dödlig skada på njurarna hos till exempel gamar.

Läkemedels-substanser är dessutom oftast kemiskt och fysikaliskt stabila, för att kunna klara transporter och lagring samt motstå nedbrytning i magsäcken. Tyvärr innebär detta också att de kan finnas kvar i miljön under mycket lång tid.

Läkemedlens väg ut i miljön

Vissa läkemedel har hittats i dricksvatten, även om det är i låga halter. Det finns hittills inga studier som tyder på att det finns risker

med att dricka vattnet. Detta visar ändå att vi måste minska utsläppen så att vi har ett bra dricksvatten även på längre sikt.

Läkemedels-substanser kan komma ut i miljön på olika sätt:

- Spill från tillverkande industri
- Överblivna läkemedel som inte destrueras på miljösäkert sätt
- Utsöndring från människa eller djur som använt läkemedlet

Läkemedelstillverkning kan i vissa fall leda till mycket omfattande utsläpp av aktiva substanser, men i Sverige är det utsöndring från patient som är den största orsaken till att läkemedels-substanser hamnar i vårt vatten. I dagsläget är reningsverken tyvärr inte tillräckligt bra på att rena avloppsvatten från läkemedels-substanser. Trots att det finns effektiva reningstekniker att tillgå, så har de flesta reningsverk ännu inte börjat använda dem, pga att teknikerna är både dyra och energikrävande.

"Detta visar ändå att vi måste minska utsläppen så att vi har ett bra dricksvatten även på längre sikt."

Läkemedelskassation

Ca 5 % av de läkemedel som säljs i Sverige blir aldrig använda. Överblivna läkemedel från privatpersoner ska alltid lämnas in till apotek och inom hälso- och sjukvården är det viktigt att följa de fastställda rutinerna för hantering av läkemedelsavfall. På så vis kommer kassationen att ske på ett miljösäkert sätt. Läkemedel förbränns i Sverige på ett fåtal särskilda förbränningsanläggningar. Askan tas sedan om hand som riskavfall, dvs den hamnar till exempel inte på våra åkrar.



Foto: iStock

I Sverige är vi, jämfört med många andra länder, ganska duktiga på att kassera överblivna läkemedel på rätt sätt då ca 75 % av oanvända läkemedel återlämnas till apotek. Resterande del hamnar huvudsakligen i hushållssoptorna medan en mindre andel antagligen spolats ner i avloppet. Här finns således fortfarande en förbättringspotential, vi kan bli ännu bättre!

Det är viktigt att komma ihåg att vissa läkemedelsförpackningar kan innehålla en stor mängd läkemedel även efter användning och därmed ska hanteras som läkemedelsavfall. Det gäller till exempel depotplåster, implantat, medicinska tuggummin, vaginalinlägg, inhalatorer mm.

Undvik onödig läkemedelsanvändning

Patienterna ska naturligtvis få den läkemedelsbehandling de behöver och har nytta av, men genom att optimera läkemedelsbehandlingen kan man minska på onödig läkemedelsanvändning och därmed minska miljöbelastningen av läkemedlen. En optimerad behandling har också andra positiva effekter än miljöaspekten, till exempel avseende läkemedelskostnaden och risken för biverkningar. Ett viktigt verktyg för att nå

en optimal läkemedelsanvändning kan vara genomförande av läkemedelsgenomgångar. Överväg också alltid om det finns andra lämpliga behandlingsalternativ än läkemedel.

Om läkemedel används, tänk vid förskrivning på att skriva ut startförpackning där det är lämpligt och förskriv inte mer läkemedel än vad som förväntas åtgå. Var dock observant på priset på startförpackningen, då vissa kan vara mycket dyra och innebära en hög kostnad per dos.

Om vi kan förebygga ohälsa och sjukdom så kan vi också minska behovet av läkemedelsbehandling. Alla kan och bör vi proaktivt ta ett egenansvar för vår hälsa genom att försöka leva så hälsobefrämjande som möjligt, till exempel sluta röka, minska på alkoholintaget, äta bättre och motionera mer. Här kan hälso- och sjukvårdens olika professioner ha en viktig stödjande funktion för att hjälpa sina patienter till hälsosamma levnadsvanor.

Val av läkemedel

Fortfarande saknas mycket kunskap kring olika läkemedelssubstansers negativa verkan

på miljön. Utifrån nuvarande kunskap kan följande råd ges:

- **Undvik diklofenak.** Välj om möjligt annat NSAID eller paracetamol, som har lägre toxicitet.
- **Minska användningen av NSAID-geler.** Det mesta av läkemedelssubstansen stannar kvar ovanpå huden och sköljs bort när vi duschar/tvättar oss, dvs det mesta av substansen hamnar oförändrad i avloppsvattnet.
- **Välj amlodipin före felodipin.** Felodipin är mer fettlöslig och kommer därför att ackumuleras i högre grad än amlodipin hos till exempel fiskar.
- **Inhalationsspray endast om nödvändigt.** Freoner används visserligen inte längre som drivgas, men istället används norfluran. Vid användning bildar norfluran bland annat koldioxid, som bidrar till växthuseffekten. Använd därför i första hand pulverinhalatorer och spara inhalationsspray till de patienter för vilka pulverinhalator inte fungerar.

- **Välj flergångspenna av insulin.** Detta minskar användningen av material till pennor. Ofta har också ampull till flergångspenna ett lägre pris per DDD jämfört med förfylld penna. Att välja flergångspenna kan därför i många fall också minska förmånskostnaden för insulinet.

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Källor och lästips:

- Janusinfo, [Läkemedel och miljö](#)
- Läkemedelsboken, kapitel om [Läkemedel och miljö](#). Obs, viss information kan vara inaktuell då innehållet inte uppdateras efter årsskiftet 2018/2019.
- [Läkemedelsverkets miljöarbete](#)

Läkemedel på väg bort från marknaden

■ Seretide Diskus samt Evohaler

Företaget bakom Seretide har meddelat att Seretide kommer att försvinna ur sortimentet på grund av minskad efterfrågan. Detta gäller både Seretide Diskus och Evohaler. Undantaget är Seretide Mite Evohaler 25/50 (120 doser) som även fortsättningsvis kommer att tillhandahållas.

När det gäller behandling med kombinationspreparat innehållande långverkande betastimulerare i kombination med inhalationssteroid rekommenderar läkemedelskommittén i första hand pulverinhalatorn Bufomix Easyhaler, innehållande formoterol och budesonid. I de fall där en pulverinhalator inte är lämplig finns olika alternativa inhalationssprayer att använda tillsammans med en spacer.

■ Bydureon och Byetta

AztraZenecas förfyllda pennor innehållande exenatid, dvs Bydureon (veckoberedning) och Byetta (dagsberedning), kommer att försvinna från den svenska marknaden. Anledningen är även i detta fall en låg användning av preparaten.

Det finns flera alternativa GLP1-analoger att välja på istället för Bydureon och Byetta, dels sådana som doseras dagligen men även de som doseras en gång per vecka. Bland veckoberedningarna finns Ozempic (semaglutid) eller Trulicity (dulaglutid) att välja på.

I Läkemedelskommitténs rekommendation för behandling av diabetes typ 2 rekommenderas GLP1-analoger som tredje hand efter metformin i kombination med

livsstilsåtgärder (1:a hand) samt SGLT2-hämmare (2:a hand). För mer information rörande rekommendationen, [se läkemedelskommitténs hemsida](#).

Parallellimport?

Det är för närvarande oklart om några parallellimporterade alternativ till de produkter som inte längre tillhandahålls i Sverige kommer att tillgå som alternativ. Det får framtiden utvisa. En rekommendation är dock att ta det säkra före det osäkra och se över alternativa behandlingar för patienter som står på något av de utgående alternativen.

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

Mjukgörande och tårsubstitut till patienter inom kommunal vård och omsorg

Det finns ett uppsjö av produkter receptfritt på apotek och inom dagligvaruhandel för att smörja torr hud eller droppa i torra ögon där vissa är klassade som läkemedel och andra inte.

Läkemedelskommittén har sedan tidigare en rekommendation rörande receptfria läkemedel som bland annat säger att recept på läkemedel som finns tillgängliga receptfritt inte bör utfärdas när det inte är en sjukdom som orsak, t ex när det handlar om torr hud eller torra ögon som inte har en sjukdom som orsak utan exempelvis är en följd av naturligt åldrande. Patienten bör då istället hänvisas till det receptfria sortimentet utan att ett recept utfärdas. Det kan handla om tillstånd av kortare eller längre karaktär.

■ Vad ska skatte-medel användas till?

Om vissa patienter får recept utfärdade medan andra inte får det för samma åkomma får vi en ojämlig hantering. För att det inte ska bli en orättvis hantering där vissa får bekosta behandlingen medan andra får den inom förmånen är det viktigt att vi har samma förhållningssätt oavsett var patienten bor.

Sedan har vi även aspekten avseende vad skatte-medel bör användas till. Patienters behov och önskemål om vård kommer alltid att vara större än de resurser som är tillgängliga – vare sig det handlar om ekonomiska resurser eller vårdpersonal, vilket innebär att prioriteringar alltid kommer behöva göras. Nya möjligheter att behandla sjukdomar som tidigare antingen inte har någon bra behandling eller där det nya alternativet innebär en effektivare behandling i kombination med en ökande livslängd gör att behoven och efterfrågan hela tiden ökar.

Hur ska då dessa prioriteringar göras? I Sverige görs våra hälso- och sjukvårdsprioriteringar utifrån den etiska plattformen. Den etiska plattformen består av tre principer som är rangordnade i förhållande till varandra. Dessa tre principer är människovärdesprincipen, solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

1) **Människovärdesprincipen:** innebär att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård på lika villkor oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning. Människovärdesprincipen är en övergripande princip som kan sägas utgöra en ram inom vilken prioriteringsbeslut alltid måste ske.

2) **Behovs- och solidaritetsprincipen:** den hälso-nyttan som skapas ska vara solidariskt fördelad vilket innebär att det större behovet ges företräde framför det mindre behovet.

3) **Kostnadseffektivitetsprincipen:** handlar om mängden hälso-nyttan som skapas per satsad krona. Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Denna princip är dock underordnad de två andra principerna, vilket betyder att svåra sjukdomar ska prioriteras framför lindrigare åkommor, även om de är dyrare.

Med en begränsad tillgång till skatte-medel gäller det att prioritera, utifrån ovanstående principer, vad som bör subventioneras med skatte-medel och vad som får ses som patientens eget ansvar.

Det är alltid svårt med prioriteringar inom vården men om vi inte gör några prioriteringar så riskerar vi att få undanträngningseffekter.

Likabehandling oavsett boendeform

Huvudsyftet med den ovanstående rekommendationen är att samhällets skattepengar



inte ska finansiera behandling av lindriga åkommor av egenvårdskaraktär utan i första hand användas för behandling av svårare åkommor där behovet är större. En jämlik hantering för alla patienter eftersträvas, dvs samma hantering ska gälla oavsett om man behöver hjälp av kommunal hälso- och sjukvård eller om man kan hantera sin behandling på egen hand.

Ej begränsa utbudet

Nästa sida av myntet handlar om att inte undanhålla behandlingsalternativ för vissa patienter. Eftersom det finns många alternativ för behandling av torr hud och torra ögon som inte klassas som läkemedel innebär det också att dessa alternativ inte kan förskrivas på recept. Om patienter inom kommunal vård och omsorg endast erbjuds produkter som är klassade som läkemedel innebär det att de inte får tillgång att prova den produkt som kanske skulle ge den bästa effekten. Det är således viktigt att alla patienter får samma möjlighet till behandling med tillgängliga alternativ, oavsett boendeform.

Ej längre möjligt att välja "ej förmån"

Tidigare gick det att skriva ett recept på mjukgörande eller tårsubstitut till en patient

utan förmån genom att markera ej förmån (EF) i Pascal vid receptförskrivningen, men detta är inte längre en möjlighet för läkemedel som har en generell subvention.

Valet om det ska vara med eller utan förmån finns endast för de läkemedel som har en begränsad subvention där förskrivaren behöver ta ställning till om patienter uppfyller kriterierna för att få läkemedlet med förmån eller inte.

Hantering inom kommunal vård och omsorg

Frågan om hur man ska hantera mjukgörande eller tårsubstitut som ej skrivs på recept inom kommunal vård och omsorg har noga genomarbetats i samverkan mellan läkemedelskommittén och MAS-nätverket.

Slutsatsen av dessa diskussioner har landat i följande:

- När det handlar om torr hud eller torra ögon som inte har sjukdom som orsak skrivs inget recept utan den rekommenderade insatsen sätts upp av den kommunala sköterskan på ett underlag med signeringslista så att insatsen dokumenteras och kan följas upp. På så

vis blir det möjligt att instruera personal som har dokumenterad kunskap i att administrera exempelvis ögondroppar, för att minska risken för att dropparna hanteras fel vad gäller hållbarhet och risk för kontamination mm.

- Ett separat underlag i pappersform eller i app för den aktuella rekommendationen avseende mjukgörande eller tårsubstitut behöver skapas inom kommunen. Detta ska innehålla uppföljningsparameter för den enskilde och användas för att signera och följa upp insatsen.
- Om det är en rekommendation från läkare ska den dokumenteras både på kommunal sida och i VAS.
- Det är viktigt att varje kommun har rutiner för att följa upp dessa insatser så vi får en säker hantering.

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

Pollenallergi – i de flesta fall ska recept inte skrivas

Efter en lång vinter har snön smält bort och solens värmade strålar ger oss en underbar sommargrönka. Samtidigt inleds en period med besvärande symtom för den som är allergisk mot pollen. Det finns dock god hjälp att få från receptfria läkemedel och det är hög tid att börja medicinera med dem. Här kan du läsa om läkemedelskommitténs rekommendationer vid allergisk rino-konjunktivit samt om vad som gäller angående om recept ska förskrivas eller inte. I de flesta fall ska pollen-allergin behandlas med läkemedel som patienten själv köper utan recept.

■ Bakgrund

Den vanligaste orsaken till luftvägsallergi i Sverige är pollen från björk, gräs och gråbo. Pollen ger säsongallergi beroende på växternas blomning. Björken blommar med störst intensitet i maj, gräset i juni-juli och gråbo i augusti.

Pollenallergi är en så kallad typ 1-allergi, dvs den är Ig E-förmedlad. Specifika Ig E-antikroppar har bundit till mastceller och basofila granulocyter. När allergenet binder på minst två Ig E-antikroppar aktiveras cellerna och flera substanser frigörs, däribland histamin.

Den allergiska rinokonjunktiviteten debuterar oftast före 30 års ålder. Ca 15 % av tonåringar beräknas ha allergisk rinokonjunktivit av pollen och pälsdjur. Av den vuxna befolkningen har ca 20 % någon form av rinitbesvär. Mätningar tyder på att incidensen rinokonjunktivit har ökat i västvärlden.

Behandling

Nasal steroid och peroral antihistamin i kombination har god effekt. Nasala steroider är effektivare än peroral antihistaminer mot nästäppa och har även viss effekt på ögonbesvären. Bristande effekt av behandlingen kan bero på att man inte tar sina läkemedel regelbundet under pollensäsongen.

Konsekvent medicinering ger bättre effekt än att medicinera enbart när symtomen redan brutit ut. Rekommendationerna för läkemedelsbehandling gäller även under graviditet och amning.

ANTIHISTAMINTABLETTER

Peroralt antihistamin tas regelbundet under hela säsongen. Läkemedelskommittén rekommenderar desloratadin eller cetirizin tablett. Vid graviditet väljs desloratadin före cetirizin, då det för desloratadin finns betryggande erfarenhet av behandling under graviditet och inget tyder på att substansen skulle vara fosterskadande. Användning av cetirizin i tidig graviditet har inte heller förknippats med någon ökad risk för fosterskador, men tills mer erfarenhet finns bör läkemedlet användas med viss försiktighet i tidig graviditet. Den eventuella individuella riskökningen är knappast så stor så att det finns anledning till oro om kvinnan har använt cetirizin under tidig graviditet. Antihistamintabletter innehållande loratadin, desloratadin, cetirizin, ebastin och fexofenadin finns receptfritt.

NÄSSPRAYER

Rekommenderat nässpray med nasal steroid är receptfritt mometason 50 µg/dos, 1-2 sprayningar i varje näsborre en gång om dagen. När symtomen är under kontroll kan en sprayning i varje näsborre en gång om dagen vara tillräckligt. Utöver nässpray med mometason finns även receptfria alternativ innehållande budesonid, flutikason eller triamcinolon.

Det finns också receptfritt nässpray med antihistamin för lokal behandling i näsan. Livostin, innehållande levokabastin 50 µg/dos, kan tas som tillägg vid ökade besvär, två puffar i vardera näsborren två gånger om dagen.

ÖGONDROPPAR

För lokal behandling i ögonen rekommenderar läkemedelskommittén i första hand receptfria ögondroppar

innehållande levokabastin (antihistamin) eller natriumkromoglikat.

Ögondroppar med levokabastin (Livostin) i styrkan 0,5 mg/ml doseras vanligen två gånger om dagen, men dosen kan vid behov ökas till upp till fyra gånger dagligen. Även ögondroppar innehållande antihistaminet ketotifen finns att köpa utan recept.

Ögondroppar innehållande 40 mg/ml av natriumkromoglikat (Lomudal eller Lecrolyn) tas två gånger om dagen. Natriumkromoglikat har dock inte en omedelbar effekt och behandlingen bör därför helst påbörjas före en förväntad allergi. För kontaktlinzbärare kan natriumkromoglikat i endosförpackning utan konserveringsmedel vara ett alternativ.

Vid milda besvär och som tillägg till farmakologisk behandling kan tårsubstut lindra.

På recept eller inte?

De läkemedel som rekommenderas i första hand och har god effekt vid allergisk rinokonjunktivit finns tillgängliga att köpa utan recept. De flesta som lider av pollenallergi kan framgångsrikt behandla sin allergi utan att få recept förskrivna. Läkemedelskommittén rekommenderar generellt att recept inte utfärdas vid sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom 1-3 månader med receptfri behandling. Detta inkluderar



bland annat säsongsbunden allergi, såsom pollenallergi. Vid god effekt med receptfria medel bör patienten behandla sin pollenallergi under hela säsongen utan att recept förskrivs. Läs mer i läkemedelskommitténs [rekommendation om receptfria läkemedel](#), i vilken det också finns en lista på receptfria läkemedel för en rad olika terapiområden.

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén

Källor:

- Norrbottens läkemedelskommitté, [Rekommenderade läkemedel vid allergisk rinokonjunktivit](#)
- Norrbottens läkemedelskommitté, [Receptfria läkemedel - rekommendation](#)
- Janusinfo.se, [Janusmed fosterpåverkan och Janusmed amning](#)

Tips vid pollenallergi

- Grundregeln är att undvika det specifika allergenet, vilket ibland inte är så lätt. Följ pollenprognoserna för att vara beredd på höga pollenhalter i luften.
- Vädra sovrummet på natten eller tidigt på morgonen då pollenhalterna är låga.
- Häng inte ut kläder eller sängkläder för vädring eller tork utomhus.
- Ha fönstren stängda under dagen.
- Motionera utomhus på morgonen medan daggen fortfarande binder pollen eller undvik helt att motionera utomhus.
- Byt kläder när du varit utomhus.
- Ta inte in växter med pollen inomhus.
- Undvik kontakt med husdjur som varit ute och fått pollen i pälsen.
- Pollenallergi förvärras av tobaksrök. Undvik att röka samt att vistas i rökiga miljöer.
- Skölj bort pollen ur håret innan du går och lägger dig
- Symtomen kan minska om man sköljer bort pollen från näsa och ögon med koksalt. Olika hjälpmedel finns på apotek utan behov av hjälpmedelskort, till exempel Nasaline.

Statistik om läkemedel 2021

Enligt Socialstyrelsens rapport "Statistik om läkemedel 2021" var blodtrycksläkemedel den grupp läkemedel som under 2021 användes av flest personer, och användningen har ökat de senaste fem åren. Det finns skillnader mellan män och kvinnor i vilken typ av blodtrycksläkemedel som förskrivs. Bland barn under 18 år var istället allergiläkemedel den vanligaste läkemedelsgruppen.

■ Under 2021 hämtade 65 % av Sveriges befolkning ut minst ett receptförskrivet läkemedel. Andelen var högre bland kvinnor jämfört med män, 73 % vs 58 %.

Den vanligaste läkemedelsgruppen var blodtrycksmediciner, som hämtades ut av 21 % av befolkningen. Därefter följer smärtstillande medel, antibiotika, allergimedel och antidepressiva medel. Användningen av dessa läkemedelsgrupper har ökat de senaste fem åren, med undantag för

antibiotikaanvändningen som minskat kraftigt under pandemin.

När det gäller medel mot högt blodtryck så är det vanligt att patienter får flera läkemedel i kombination. Den vanligaste typen som hämtades ut var medel som påverkar renin-angiotensin-aldosteron systemet (RAAS), följt av betareceptorblockerare, kalciumantagonister och diuretika. Jämfört med 2017 ses en ökning för RAAS-påverkande läkemedel och kalciumantagonister, medan en minskning kan ses för betareceptorblockerare och diuretika. Uttag av RAAS-påverkande läkemedel och kalciumantagonister var vanligare bland män än bland kvinnor, medan diuretika och betareceptorblockerare tvärtom var vanligare bland kvinnor jämfört med män.

Smärtstillande läkemedel var vanligare bland patienter med lägre utbildning. Denna skillnad ses genomgående, både för män och för kvinnor samt för alla grupper av

smärtstillande. Högre andel kvinnor än män hämtade ut smärtstillande läkemedel. Vanligast var gruppen övriga analgetika och antipyretika, som främst utgörs av paracetamol. Därefter kommer NSAID och coxiber, följt av opioider.

Bland barn under 18 år var den vanligaste läkemedelsgruppen från och med år 2020 allergimedel. Tidigare var antibiotika vanligast, men den stora minskningen i antibiotikaanvändning hos barn i samband med pandemin har gjort att allergimedel nu har gått förbi antibiotika, även om antibiotika fortfarande var med bland de topp fem vanligaste grupperna. De övriga tre grupperna i topp fem till barn var astmamedel, mjukgörande salvor samt kortisonsalvor.

[Rapporten finns att läsa i sin helhet på Socialstyrelsens webbplats.](#)

Jennie Lundström
Läkemedelskommittén



Recept till patienter med skyddad identitet

Vid receptförskrivning till patienter med skyddad identitet fungerar det oftast att skriva elektroniska recept i vanlig ordning. Endast i undantagsfall, bör pappersrecept utfärdas. Det är dock alltid en individuell bedömning från fall till fall vilket alternativ som är lämpligast.

Elektroniska recept – säkra att använda

I många fall är elektroniska recept det bästa alternativet vid receptförskrivning till patienter med skyddad identitet och grundrekommendationen är att använda e-recept med personnummer så långt som möjligt i de fall även journalföring sker med personnummer.

Fördelar med elektroniska recept är att patienten inte behöver hålla reda på ett pappersrecept samtidigt som det elektroniska receptet inte är sökbar i nationella läkemedelslistan utifrån patientens personnummer för patienter med skyddad identitet. På den etikett som apotekspersonalen sätter

på läkemedelsförpackningen kommer inga personuppgifter att finnas med. Normalt står, förutom dosering, även namn och inledande siffror i personnumret på denna etikett. För en patient med skyddad identitet kommer varken namn eller personnummer att finnas med på etiketten utan endast doseringen.

Elektroniska recept utan fullständigt personnummer

I vissa situationer kan det vara motiverat med undantag, t ex om journalföring sker med reservnummer istället för med personnummer. Då kan elektroniska recept med endast födelsedatum användas, dvs man utelämnar de sista fyra siffrorna. Det är då viktigt att receptet adresseras till ett specifikt apotek där patienten har för avsikt att hämta sina läkemedel. Ett recept som inte har fullständigt personnummer är inte sökbar för alla apotek utan syns endast för det apotek till vilket receptet adresserats. Denna adressering görs genom att förskrivaren markerar aktuellt apotek.

Vårdgivare:	<input type="text"/>
Ort/Apotek:	<input type="text"/>
Språk:	<input type="text"/>

Pappersrecept

Om hotbilden är mycket hög och journalföring endast sker på papper så kan pappersrecept med födelsedatum användas.

Alla recept, inklusive pappersrecept, registreras i nationella läkemedelslistan, men recept med endast födelsedatum blir inte sökbara i nationella läkemedelslistan.

För mer information om hantering av patienter med skyddad identitet, se regionens "[Rutin för hantering av patient med skyddade personuppgifter](#)".

Linda Grahn
Läkemedelskommittén

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