Innehåll

Innehåll ......................................................................................................................... 2

Förord ............................................................................................................................ 7

Levnadsvanor – rekommendationer ............................................................................. 10
  Bakgrund ...................................................................................................................... 10
  Rådgivning .................................................................................................................. 11
  Tobaksbruk ................................................................................................................ 11
  Riskbruk av alkohol .................................................................................................. 12
  Otillräcklig fysisk aktivitet ...................................................................................... 12
  Ohälsosamma matvanor ............................................................................................ 13

Läkemedelsrekommendationer med kommentarer (vuxna) ........................................... 14

Allergi ............................................................................................................................. 14
  Lokalbehandling ......................................................................................................... 14
  Systembehandling ..................................................................................................... 14

Blod, koagulation och vitamin B ..................................................................................... 15

Anemier och vitamin B .................................................................................................. 15
  Vid järnbrist .............................................................................................................. 15
  Erytropoietin ............................................................................................................ 15
  Kobalamin och folsyra .............................................................................................. 15

Venös tromboembolism ................................................................................................. 16
  Profylax ..................................................................................................................... 16
  Behandling ................................................................................................................ 16

Hemostatika .................................................................................................................... 16

Diabetes, Hormoner och vitamin D ............................................................................... 17

Diabetes .......................................................................................................................... 17
  Diabetes typ 1 .......................................................................................................... 17
  Diabetes typ 2 .......................................................................................................... 17
  Insulin ....................................................................................................................... 18
  Blodsockerhöjande medel ....................................................................................... 19

Hormoner och Vitamin D ............................................................................................... 19
  Tyreoideasjukdomar ................................................................................................. 19
  Testosteronbrist hos män ......................................................................................... 19
  Vitamin D ................................................................................................................. 19

Frakturprevention – Osteoporos .................................................................................... 21
  Högrisk lågenergifraktur/profylax vid kortisonbehandling ....................................... 21

Gynekologi och Graviditet .............................................................................................. 23

Gynekologi .................................................................................................................... 23
  Antikonception ....................................................................................................... 23
Graviditet ...........................................................................................................25
Allergi - gravida ...............................................................................................25
Asthma - gravida .............................................................................................25
Analgetika - gravida .......................................................................................26
Migrän - gravida .............................................................................................26
Antiemetika - gravida .....................................................................................26
Depression - gravida .......................................................................................26
Hypertoni - gravida .........................................................................................26
Magsår och gastroesofageal refluxsjukdom - gravida ..................................26
Afibril urinvägsinfektion/cystit - gravida .........................................................26
Reinfektionsprofillax UVI - gravida .................................................................26
Övriga antibiotykar - gravida .........................................................................26

Hjärta-kärl .........................................................................................................28
Hypertoni ..........................................................................................................28
Blodfettsänkande behandling ........................................................................29
Förmaksflimmer/fladder ..................................................................................29
Stabil koronarsjukdom ...................................................................................30
Akuta koronara syndrom ................................................................................30
Hjärtinfarkt – sekundärprevention .................................................................30
Hjärtsvikt ..........................................................................................................30
Symtomatisk ödembehandling vid hjärtsvikt ...............................................31
Ödembehandling vid venös insufficiens ........................................................31
Perifer kärlsjukdom .........................................................................................31

Hud ...................................................................................................................32
Eksem ................................................................................................................32
Psoriasis ............................................................................................................32
Mjäleksem .........................................................................................................32
Rosacea .............................................................................................................32
Mjukgörare .......................................................................................................32
Svampinfektioner ............................................................................................33
Akne ..................................................................................................................33
Hidradenitis suppurativa ................................................................................33
Huvudlöss ..........................................................................................................34
Skabbl ...............................................................................................................34
Sårbehandling ..................................................................................................34

Infektion ............................................................................................................35
Influenza ..........................................................................................................35
Akut mediaotit ................................................................................................35
Rinosinuit .........................................................................................................35
Faryngotonsillit orsakad av betaemoltytiska streptokocker grupp A ..........35
Pneumoni, samhällsförvärvarad ........................................................................................................36
Exacerbation av kronisk bronkit och KOL ..................................................................................36
Afibril UVI/cystit .............................................................................................................................36
Febril UVI/pyelonefrit .....................................................................................................................36
Erysipelas .........................................................................................................................................36
Borreliainsfektion ..............................................................................................................................36
Mjukdelsinfektioner efter bett ..........................................................................................................37
Impetigo ............................................................................................................................................37
Follikuliter ........................................................................................................................................37
Övriga hud- och mjukdelsinfektioner ...............................................................................................37
Clostridium difficile .........................................................................................................................38
Candidainfektioner ..............................................................................................................................38
Genital klamydiainsfektion ..............................................................................................................38
Herpesinfektioner ..............................................................................................................................38
Springmask och spolmask ..............................................................................................................38

Mage-tarm, Obesitas......................................................................................................................39

Mage-tarm.......................................................................................................................................39
Dyspepsi ..........................................................................................................................................39
Gastroesofageal reflux .......................................................................................................................39
Ulcus .................................................................................................................................................39
Nedtrappning av protonpumpshämmare .........................................................................................39
Illämående .......................................................................................................................................40
Pankreasisinsufficiens ......................................................................................................................40
Förstoppning ..................................................................................................................................40
Diarré ...............................................................................................................................................40
Irritable Bowel Syndrome (IBS) .......................................................................................................41
Ulcerös kolit .....................................................................................................................................41
Proktit ..............................................................................................................................................41
Mikroskopisk kolit (kollagen kolit, lymfocytär kolit) ..........................................................41
Ändtarmsirritation ..............................................................................................................................42

Obesitas..........................................................................................................................................43

Munhåla ...........................................................................................................................................44
Antibakteriella medel .........................................................................................................................44
Antibiotikaprofylax ............................................................................................................................44
Hematologi och koagulation .............................................................................................................44
Karies ..............................................................................................................................................44
Muntorrtt och karies ..........................................................................................................................44
Orala bakteriella infektioner ............................................................................................................44
Orala svampinfektioner .....................................................................................................................44
Orala virusinfektioner .......................................................................................................................45
Aftösa lesioner ..................................................................................................................................45

Neurologi och stroke.....................................................................................................................46
Migrän ..............................................................................................................................................46
Epilepsi ............................................................................................................................................46
Restless legs syndrom .......................................................................................................................47
Parkinsons sjukdom ...........................................................................................................................47
TIA/Stroke – akutbehandling ............................................................................................................47
TIA/Stroke – sekundärprevention ....................................................................................................48
Ögon ........................................................................................................ 65
  Konjunktivit.......................................................................................... 65
  Torra ögon .......................................................................................... 65
  Svetsblänk .......................................................................................... 65
  Främmande kropp (slipgrad)............................................................... 65
  Läkemedel mot glaukom – råd till icke-ögonspecialist.......................... 65

Öron, näsa, hals ................................................................................... 66
  Extern otit ........................................................................................... 66
  Icke-allergisk rinit .............................................................................. 66
Förord

Rekommenderade läkemedel 2019 är en sammanställning över läkemedelskommittén specifik rekommendationer för läkemedel och hjälpmedel och även för läkemedelsanvändning i kommunal hälso- och sjukvård mm. Underlaget har utarbetats av regionens medicinska grupper och arbetsgrupper. Vid gruppernas arbete har hänsyn tagits till ett flertal variabler såsom medicinsk ändamålsenlighet, levnadsvanor och andra icke-farmakologiska åtgärder, terapitradition, ekonomiska konsekvenser av lagda förslag, hälsoekonomi, miljöaspekter, äldre och jämlik vård.


Läkemedelskommittén rekommendationer skall ses som rådgivande och bör i normalfallet följas om inte skäl för undantag finns. Recommedationerna rör framförallt basläkemedel och är grupperade efter terapiområde. Recommedationerna tar för varje indikation oftast endast ett preparat av flera likvärdiga alternativ.

Vi menar att det är av vikt att förskrivare, sjuksköterskor och andra som arbetar med läkemedel är mycket väl förtrogna med de preparat som används och då underlättar det om rekommendationerna är begränsade till ett av ibland flera i stort sett likvärdiga preparat.

Vi har valt att göra kortfattade kommentarer till rekommendationerna och hänvisar för översiktliga sammanställningar till Läkemedelsboken och FASUT 3 samt inlagda länkar till dokumentation eller riktlinjer.

Läkemedel 2019 har fastställts av medicinska kommittén/läkemedelskommittén den 4 december 2018.

Läkemedelskommittén, medicinska kommittén, läkemedelsrådet, läkemedelscentralen, förvaltningsgrupp läkemedel inklusive mallgrupp läkemedel

Medicinska kommittén/läkemedelskommittén är landstingets expertorgan för medicinska kunskapsfrågor inklusive läkemedelsfrågor. Läkemedelsfrågor hanteras för哮喘ande av läkemedelskommitténs arbetsutskott, Lka, och av Läkemedelsråd Kronoberg samt respektive medicinsk grupps refererande. Läkemedelsrådet är sammansatt av olika professioner, representanter från region och kommun samt geografiskt och trafikeras cirka en gång per månad. Läkemedelsrådet handlägger läkemedelsfrågor av medicinsk karaktär.

Frågor av läkemedelshanterings- och linjearbeteningskaraktär handläggs huvudsakligen av Läkemedelscentralen. Läkemedelscentralens uppgift är att övergripande ansvara för landstingets läkemedelsförsörjning och att vara en resurs för landstingsledningen, läkemedelskommittén och den medicinska kommittén i läkemedelsfrågor.

Medlemmar i kommittén framgår av hemsidan: länk medicinska kommittén.

Förvaltningsgrupp läkemedel är en grupp utsedd av regionledningen som har att ansvara för regionens arbete med läkemedel i Cambio Cosmic. Ordförande är Johan Carlsson.
Mallgrupp läkemedel har som övergripande uppgift att utforma mallar för läkemedels-ordinationer i Cambio Cosmic på förutsebart sätt och stödja god och rationell läkemedels-behandling

**Målsättning**

Målsättningen för läkemedelsrekommentationerna är att ge stöd till bästa möjliga läkemedels-behandling med rätt indikation med så få biverkningar som möjligt till rätt patienter och med mest kostnadseffektiva läkemedel.

**Förskrivarens, ordinatörens ansvar**

Den gemensamma läkemedelslistan i Cambio Cosmic ger stora möjligheter till helhetsbedömning av patientens samlade läkemedelsordination. För att detta ska fungera krävs att den enskilde förskrivaren tar ansvar, stämmer av ordinationer och uppdaterar. Inaktuella ordinationer tas bort.


**Miljö och läkemedel**

Läkemedelskommitténens målsättning är att ta hänsyn även till läkemedlens miljöaspekter. I några fall finns skrivna kommentarer om miljöaspekter i kommentarer till rekommendationerna. Avgörande för att utveckla detta är att det tas fram nationella kunskapskällor och transparanta miljöbedömningar för olika läkemedel. Samarbete sker med regionens miljöenhet. Även ur miljösynpunkt gäller att det viktigaste är att patientens får rätt läkemedel på rätt indikation, dos och tid.

**Äldre och läkemedel**

Allt större möjligheter till behandling och fler läkemedel som används för att minska risk för sjukdom har gjort att det totala antalet läkemedel som en sjuksköterska ordinerar uppgår till allt fler och det finns uppgifter att antalet har fördubblats de senaste 20 åren.

Olika specialiteters ambitioner om bästa möjliga vård av sjukdom och systematisk uppföljning med kvalitetsregister som följer upp hur många som får behandling bidrar till detta. Det är vårdgivarens ansvar att personella resurser avsätts för att göra en sammanvägd bedömning av patientens medicinering och att det fortlöpande görs bedömningar för att ge rätt läkemedel. Ett verktyg som används är systematiska läkemedelsanmärkningar med samtidig utbildning även till omvårdnadspersonal. Helhetsbedömning måste dock även göras fortlöpande när patienten träffar sin ordinarie läkare eller läggs in på sjukhus.

Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre är grannlaga och kräver individuella överväganden. Stöd finns att hämta i skrift framtagen av det regionala läkemedelsrådet Uppsala-Örebro, Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

Socialstyrelsen har tagit fram en diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre, tänkt att användas vid uppföljning av läkemedelsbehandling och vid läkemedelsanmärkningar för äldre.

http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/onodigalakemedeltillaldreskaminskamedchecklista
Utskriven läkemedelslista
Patienten ska alltid erhålla en uppdaterad utskriven aktuell läkemedelslista från Cambio Cosmic respektive Pascal när patienten skrivs ut från vårdavdelning. Detsamma gäller i öppenvård vid nyförskrivning av läkemedel och vid läkemedelsförändringar samt om patienten har ≥5 läkemedel.

Kostnadsansvar läkemedel
Primärvården har ett ekonomiskt ansvar för allmänläkemedel för patienter listade på sin vårcentral oavsett förskrivare. Klinikläkemedlens kostnad belastar den klinik där dessa har förskrivits. Ansvar för kostnaden för klinikläkemedel förskrivna utanför klinikerna fördelas enligt lista till de olika centrumen.
Läkemedelskommittén har som uppdrag att fortlöpande definiera en lista på allmän- och klinikläkemedel. För detaljer se Vårdgivarwebben: [länk sammanställningen](#)
Levnadsvanor – rekommendationer

Lokala medicinska riktlinjer och aktuella länkar finns på Region Kronobergs hemsida Medicinska riktlinjer Levnadsvanor.

Bakgrund

Rökning, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsbördan i Sverige och påverkar utvecklingen av det vi kallar för levnadsvanerelaterade sjukdomar. Enligt WHO kan goda levnadsvanor förebygga 80 procent av all hjärt- och kärlsjukdom, 30 procent av all cancer samt förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes (WCRF).

I den nationella enkätundersökningen Hälsa på lika villkor (Hälsa på lika villkor 2018), som genomförts vart femte år i Kronobergs län sedan 2004, visar bland annat att fler har ökat sin fysiska aktivitet och färre röker. Trots det är det många som vill ändra sina levnadsvanor. Tre av fyra uppger att de vill öka sin fysiska aktivitet, sluta röka, eller förbättra sina matvanor. Bland de som hade en riskabel alkoholkonsumtion var det tre av tio som ville minska sitt alkoholintag. Många förväntar sig att hälso- och sjukvården ska ta upp levnadsvanor vid vårdmötet samt erbjuda hjälp och stöd i levnadsvaneförändringar.

Hälsoskillnader mellan grupper i samhället ökar vilket leder till att hälsoan blir alltmer ojämlik fördelad i befolkningen. Personer med förgymnasial och gymnasial utbildning rapporterar i högre utsträckning stillasittande fritid, dagligrökning, ohälsosamma matvanor samt övervikt och fetma jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Psykisk ohälsa är särskilt tydligt hos kvinnor där större andel rapporterar självskadat nedsatt psykiskt välbefinnande än män. Suicid är dock vanligare bland män än kvinnor samt bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med som har gymnasial eller eftergymnasial utbildning (Folkhälsans utveckling 2018-års rapport).

I Kronobergs län har enkätundersökningar genomförts till samtliga elever i Åk 5, 8 och gymnasiet, Åk 2 sedan 2003. För användning av alkohol och tobak ses en trend till minskning för båda könen i de tre årskurserna liksom en ökad andel som angav att de aldrig provat dricka alkohol eller röka/snusa. Pojkar uppger att de är mer fysiskt aktiva än flickor och det var få som uppgett att de var fysiskt aktiv 60 minuter dagligen. Detta visar även på en minskad andel över tid som är fysiskt aktiv dagligen i alla tre årskurserna. Även matvanorna har förbättrats i de tre årskurserna. Andelen som angav att de åter frukost, frukt och grönt dagligen har minskat i jämförelse med undersökningen 2003. (Barns och ungas hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län 2015).


Nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen 2018) innehåller rekommendationer om metoder för att stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Riktlinjerna betonar stöd till riskgrupper med mål att förbättra sina levnadsvanor. Riskgrupper definieras som vuxna med särskild risk ex pga. sjukdom eller social utsatthet/skörhet, inför operation, vid graviditet samt barn och unga under 18 års ålder. Vuxna generellt, både kvinnor och män, ska också erbjudas stöd att förbättra sina levnadsvanor.
Rådgivning
Enkla råd bör erbjudas som en självklar del i bedömningssamtal med patienter inom hälso- och sjukvården. De enkla råden är en grund för mer omfattande åtgärder. De flesta rekommenderade åtgärderna består av rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

Rådgivande samtal
Personcentrerad dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient anpassas till den specifika personens ålder, hälsa risknivåer mm. Samtalen tar 5-10 minuter, men ibland upp till 30 minuter. Samtalet kan inkludera motiverande strategier, ex. motiverande samtal. Eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Åtgärden kan kompletteras med fler kontakter.

Kvalificerat rådgivande samtal
Ett kvalificerat rådgivande samtal innebär utöver det rådgivande samttalet att personalen har fördjupad ämnets kunskap samt utbildning i den metod som används. Samtalen kan inkludera motiverande strategier och eventuell komplettering med olika verktyg och hjälpmedel samt med särskild uppföljning. Åtgärden är teoribaserad och strukturerad. Tidsmässigt är åtgärden mer omfattande än rådgivande samtal och innebär ofta återkommande samtal/kontakter, individuellt eller i grupp.

Tobaksbruk
Tobak är den största enskilda riskfaktorn för sjukdom och för tidig död. Det är aldrig för sent att sluta röka eller snusa.

För personer med särskild risk rekommenderar Socialstyrelsen kvalificerat rådgivande samtal, vilket i Region Kronoberg innebär kontakt med tobaksavvänjare. Gravida bör erbjudas rådgivande samtal. Barn och unga under 18 år bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal (Medicinsk riktlinje Tobak).

Även ett kort samtal om tobaksbruk kan vara mycket kostnadseffektivt. Fråga om patienten någon gång använt tobak och journalför tobaksvanor (Lathund för dokumentation).

Fråga vid tobaksbruk om patienten vill sluta. Erbjud stöd för tobaksavvänjning. Det finns möjlighet att hänvisa till tobaksavvänjare som finns på samtliga vårdcentraler, Primärvårdens hälsoenhet samt sjukhusen i Växjö och i Ljungby (Tobaksavvänjare i Region Kronoberg). Fr.o.m. 1 januari 2016 är alla besök hos tobaksavvänjare i Region Kronoberg kostnadsfria. Ett alternativ är att hänvisa till ett nationellt telefonstöd, där hjälp erbjuds via telefon 020-84 00 00 (Sluta-röka- linjen).

En medicinsk riktlinje är framtagen för tobaksfrihet i samband med operation. I riktlinjerna rekommenderas tobaksuppehåll vid alla operationer två månader före respektive två månader efter operation. Vid vissa typer av operationer såsom höftprotes och knäprotes, ryggooperation, fetmaoperation, kärloperation samt viss plastikkirurgi krävs att patienten är dokumenterad rökfri två månader innan operation. Alla patienter som röker och där operation planeras ska erbjudas kontakt med tobaksavvänjare på sjukhusen eller på vårdcentralen för hjälp och stöd att bli tobaksfri. I vissa fall kan även kostnadsfritt nikotinläkemedel erbjudas i kombination med samtalsstöd under en månad till patienter som ska opereras. Sjukhusens tobaksavvänjare har möjlighet att erbjuda ett nikotinläkemedelskit för individuellt utprövning. Inneliggande patienter erbjuds nikotinplåster vid behov (Medicinsk riktlinje Tobaksfri i samband med operation).
Riskbruk av alkohol

Dryckesmönster, kön, ålder och individuell känslighet har stor betydelse för risken att utveckla ett riskbruk. Vuxna med riskbruk av alkohol, barn och unga under 18 år samt gravida som har ett bruk av alkohol har kraftigt förhöjd risk för sjukdom och ohälsa och bör erbjudas rådgivande samtal. I samband med operation bör patienter med riskbruk av alkohol stödjas med rådgivande samtal till ett uppehåll av alkoholkonsumtion [Medicinsk riktlinje alkohol].

För att beräkna alkoholkonsumtion används begreppet standardglas. Ett standardglas motsvarar 4 cl sprit, 50 cl folköl, 33 cl starköl/cider/alkoläsk, 12-15 cl vin eller 8 cl starkvin.

Definitionen av riskbruk är:

- Hög genomsnittlig konsumtion: fler än 14 standardglas/vecka för män och fler än 9 standardglas/vecka för kvinnor
- Intensivkonsumtion: 5 eller fler standardglas/tillfälle minst en gång i månaden för män och 4 eller fler standardglas/tillfälle minst en gång i månaden för kvinnor.

AUDIT-formulär för kartläggning av alkoholbruk, med en instruktion gällande tolkning, finns i blankettarkivet i Cambio Cosmic. Under sökordet 'Alkohol-Audit' kan poängen dokumenteras [Lathund för dokumentation].

Rådgivande samtal om alkohol bör i första hand ske i det ordinarie patientmötet, men Primärvårdens hälsoenhet finns som en resursenhet för fortsatt hjälp och stöd. Det finns även möjlighet för att få information och råd via nationella stödfunktioner (Alkohollinjen, Alkoholhjälpen, Alkoholprofilen).

Otilräcklig fysisk aktivitet

Det är väl belagt att fysisk aktivitet kan och bör användas i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Den allmänna rekommendationen är att alla individer bör vara fysiskt aktiva motsvarande minst 150 minuter per vecka. Intensiteten bör vara måttlig, motsvarande rask promenad. Alternativt 75 minuter per vecka med hög intensitet. Specifika rekommendationer om dosering finns i Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS (FYSS).

Rådgivande samtal om fysisk aktivitet bör i första hand ske i det ordinarie patientmötet. För personer med otillräcklig fysisk aktivitet rekommenderar Socialstyrelsen rådgivande samtal med tillägg av antingen skriftlig ordnation av fysisk aktivitet (FaR) eller stegräknares eller särskild uppföljning. Gravida bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal [Medicinsk riktlinje fysisk aktivitet].

All legitimerad personal kan förskriva fysisk aktivitet på recept, FaR, alternativt remittera till Primärvårdens hälsoenhet. Vid behov kan verksamhetschefen delegera förskrivningen till icke-legitimerad personal. Receptet och det medföljande brevet med kontaktuppgifter till receptmottagare finns i Cosmic under blanketter. Region Kronoberg har länsövergripande receptmottagare (Primärvårdens hälsoenhet) som patienter kan vända sig till med sitt recept. Receptmottagarna lotsar till adekvat fysisk aktivitet och erbjuder uppföljning upp till ett år (Lathund för dokumentation) (FaR).
**Ohälsosamma matvanor**


För äldre och personer med kroniska sjukdomar är det viktigt att anpassa råden om matvanor utifrån individens näringsbehov och fysiska förmåga.


---

**Lathund för dokumentation.**

Levnadsvanor medicinska riktlinjer,
Matvanor, information och verktyg i samtals-Livsmedelsverket
SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring,
Kostindex,
Att förebygga och behandla undernäring
Läkemedelsrekommendationer med kommentarer (vuxna)
* = generiskt utbyte på apotek, + = får förskrivs av sjuksköterskor med förskrivningsrätt, (S) = förskrivs av läkare som är särskilt väl förtrogna med preparatet

Allergi

Lokalbehandling
Medicinska riktlinjer Rinit och Rhinokonjunktivit riktar sig till rådgivande sjuksköterska.

Näsa
1. *Mometason (mometason) +
2. Livostin (levokabastin) +
3. Dymista (azelastin+flutikason) +
   - Observera betydelsen av korrekt sprayteknik!
   - Livostin rekommenderas främst till patienter som har problem med näsblödning som biverkan av nasala steroider.
   - Nässköljning med fysiologisk koksaltslösning kan prövas. 1 tesked salt (utan tillsatser som jod eller örter) löses i 0,5 liter vatten.

Öga
1. *Lomudal (natriumkromoglikat) + finns i endos
1. Livostin (levokabastin) +
2. Opatanol (olopatadin) +
3. Emadine (emedastin) + finns i endos
   - Natriumkromoglikat är ett beprövat preparat som är tillräckligt vid de flesta fall av allergisk konjunktivit och har en säker biverkningsprofil.
   - Ögondroppar utan konserveringsmedel är alltid att föredra.

Systembehandling

Akutbehandling
Adrenalin (adrenalin)
Aerius (desloratadin) munlöslig tablett
*Betapred

Akutbehandling - adrenalinpenna
Emerade (adrenalin)

Underhållsbehandling
*Desloratadin (desloratadin) +
  - Förskrivning av adrenalinpenna kräver detaljerad patientinformation. Förskriv alltid två adrenalinpennor på grund av eventuellt behov av upprepad behandling.
  - Skriftlig handlingsplan ska alltid ges till de patienter som får en adrenalinpenna utskriven. Dokument finns i Cambio Cosmic under blanketter (Övrigt): ”Akut allergisk reaktion barn och ungdom handlingsplan” resp. ”Akut allergisk reaktion vuxen handlingsplan”.
  - Korttidsbehandling med prednisolon när basbehandling inte ger tillräcklig effekt.
  - Medicinska riktlinjer Anafylaxi, Allergisk rinit, Adrenalinpenna
**Blod, koagulation och vitamin B**

**Anemier och vitamin B**

**Vid järnrist**
1. Järntablett lågdoserat, receptfritt
2. Duroferon (ferrosulfat)
3. Niferex (ferroglycinsulfat)
4. Ferinject (dextriferron) (S)
5. Venofer (järnhydroxidsackaratkomplex) (S)

- Vid kronisk negativ järnbalans rekommenderas kontinuerlig daglig lågdos järnbehandling (motsvarande 20-40 mg järn p.o. dagligen). Receptfritt på apotek, t ex Järn+vitaminC.
- Vid gastrointestinala besvär kan lägre doser av peroralt järn vara framgångsrik behandling.
- Observera risken för interaktion mellan järn och andra läkemedel.
- Järnbehandling bör omprövas efter 3-6 månader.
- Funktionell järnrist (vid kroniska eller inflammatoriska tillstånd då kroppen ej kan tillgodogöra sig peroralt järn) behandlas med parenterala järnpreparat.
- De parenterala preparaten är upphandlade och bör hanteras som rekvisitionsläkemedel.
- Vid användande av parenterala järn preparat måste alltid risken för anafylaktiska reaktioner övervägas. [Medicinsk riktlinje iv järnbehandling (inkl patientinformation)](#)
- Medicinsk riktlinje: Behandling av järnristanemi

**Erythropoietin**
Eporatio (epoetin theta) (S)

**Kobalamin och folsyra**
*Behepan (hydrocokobalamin)*
*Folacin (folsyra) tabl 1 mg*

- För remissions- och underhållsbehandling av vitamin-B12-rist och folatrist [se medicinsk riktlinje](#)
- Behepan inj bör ges subkutant för att minska risk för hematom.
- Alla kvinnor bör inför planerad graviditet börja ta folsyra, minst 400 µg x 1.
- Kvinnor som behandlas med antiepileptika eller har inflammatorisk tarmsjukdom bör behandlas med folsyra 5 mg x 1 när graviditet planeras eller sättas in vid konstaterad graviditet.
- Diagnostiken av vitamin B12-rist har ofta varit oprecis. Säkerställd brist skall behandlas medan däremot diagnosen bör omprövas/säkerställas hos patienter som fått B12 p.g.a. lätt förhöjt homocysteinn eller p.g.a. allmänna symptom.

**Vitamin B, övrigt**
Neurobion (vitamin B1, B6 och B12) indikerat vid misstanke om brist vid alkoholrelaterte tillstånd eller vid grav malabsorption och INR<1,5. Obs! Ges intramuskulärt.
Tiacur/Tiamin (vitamin B1) används vid leverskada eller antikoagulantiabehandling eller INR >1,5. Ges intravenöst.
- Vid misstanke om Wernickes syndrom ska vitamin B1 ges i hög dos.
Beviplex Forte (vitamin B1, B2, B6 och nikotinamid) Se även Alkoholberoende
Venös tromboembolism

Profylax
Eliquis *(apixaban)* vid elektiv höft- och knäplastik
Klexane *(enoxaparin)*

- Vid INR <1,8 hos warfarinbehandlade patienter med hög eller mycket hög risk för tromboemboli ges subkutan profylaxdos av lågmolekylärt heparin en gång dagligen tills INR är inom terapeutisk nivå.
- Vanlig profylaxdos är Klexane endosspruta 100mg/ml 0,4 ml x 1, sc.
- Obs dosreduktion vid nedsatt njurfunktion vid behandling med lågmolekylära hepariner.
- Lågmolekylärt heparin bör användas som rekvisitionsläkemedel. Inj Klexane 0,4 ml är upphandlat.
- Vid elektiv höft och knäplastik införs Eliquis som profylax mot VTE. Behandlingstider är 30 respektive 10 dagar postoperativt.
- Eliquis i lågdos (2,5 mg x2) kan ges som recidivprofylax till patienter med hög risk för återfall eller där behov av tillsvidarebehandling finns d.v.s. efter avslutad planerad behandlingstid för primär VTE.

Behandling
1. Eliquis *(apixaban)*
2. Pradaxa *(dabigatran)*
2. Warfarin Orion *(warfarin)*

- Vid behandling av venös tromboembolism med warfarin skall denna alltid kompletteras med parenteral antikoagulantia (Arixtra) de första fem dagarna och tills INR är terapeutiskt.
- Antidot mot Pradaxa (Praxbind) finns tillgänglig. Behandling med Pradaxa kan övervägas till vissa patientgrupper samt utifrån patientpreferens och blödningsrisk.
- Antidot mot FXa-hämmare (andexanet alfa) är godkänd av FDA men ännu inte tillgänglig i EU.
- Vårdprogram för venös tromboembolism Södra sjukvårdsregionen
- Venös tromboembolism, akut handläggning
- Kliniska råd vid behandling med Nya perorala antikoagulantia SSTH

Hemostatika
*Cyklokapron (tranexamsyra)*
Konakion *(fytomenadion)*

- Råd vid förhöjt INR hos warfarinbehandlade patienter:
  - INR 3-5 utan blödning: Hoppa eventuellt över nästa dos, fortsätt med minskad dos.
  - INR>5 utan blödning: Vid lág blödningsrisk hoppa över 1-2 doser och fortsätt med minskad dos.
  - Vid hög blödningsrisk hoppar man över en dos och kan överväga 1-2 mg Konakion Novum p.o. (från lösningen 10 mg/ml, motsvarande 0,1-0,2 ml).

- Kliniska råd vid behandling med Nya perorala antikoagulantia SSTH
- Medicinsk riktlinje Warfarinbehandling lågt/högt INR
Diabetes, Hormoner och vitamin D

Diabetes

Uppmärksamma påverkbbara levnadsvanor i alla steg av diabetesbehandlingen: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat och även långvarig stress samt depression.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

- Vid ny diabetesdiagnos eller regimändring görs uppföljning inom 3 månader.

Målärden:

- Typ 1: HbA1c: 50-60 mmol/mol (anpassning beroende på komplikationer och duration).
- Typ 2: HbA1c: 45-55 mmol/mol (anpassning beroende på komplikationer och duration).
- LDL-kolesterol ≤2,5 mmol/l
- Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetes 2017
- Läkemedelsbehandling för glukoskontroll vid typ2-diabetes, Läkemedelsverket 2017
- Gemensamma riktlöv för behandling av typ 2 diabetes EASD + ADA 2018
- NDRs riskmotor
- Behandlingsstrategier och framgångsfaktorer diabetes, SKL 2017
- Kommunalt vårdprogram för äldre personer med diabetes 2017

Diabetes typ 1

Insulin, se avsnitt Insulin.

Diabetes typ 2

1. *Metformin (metformin)
2. Januvia (sitagliptin)
3. Victoza (liraglutid)
4. Jardiance (empagliflozin)
5. Insulin, se avsnitt Insulin.
6. *Mindiab (glipizid)

- Länk till Region Kronobergs algoritm för läkemedelsbehandling vid typ 2 diabetes
- Behandling av typ 2 diabetes ska individualiseras med avseende på hjärt-kärlsituation, njurfunktion, hypoglykemirisk, vikt, diabetesduration.
- God metabol kontroll tidigt i förloppet innebär bättre prognos. UKPDS 80
- Multifaktoriell intervention minskar risk för komplikationer. STENO2, uppföljningSTENO2
- Överväg diagnosen typ 1 diabetes som kan debutera i alla åldrar, och undvik fördröjning av insulinbehandling, särskilt vid snabb viktnedgång eller svårigheter att nå adekvat kontroll. Vid oklarhet ta GAD + C-peptid.

Metformin

- År förstahandsval, övervägs redan vid debut.
- Vid tillfällig akut sjukdom med bristande vätskeintag, feber eller andra risker för njurfunktionspåverkan ska metformin tillfällig sättas ut. infobroschyr
- Kontrollera njurfunktion och relatera till eGFR årligen. Vid absolut GFR <60 ml/min skall dosen anpassas. Vid GFR< 45 ml/min ej högre än 500mg 1x2. Vid GFR <30 ml/min bör metformin undvikas. www.egfr.se, Läkemedelsverket 2017
- Vid röntgenundersökning av metforminbehandlade patienter med iv jodkontrast, gäller att metformin utsätts i samband med undersökningen oavsett njurfunktion. [Se PM Metformin och intravaskulära kontrastmedel]

**Inkretinläkemedel**
- Bland dessa har GLP-1-analoger kraftigare HbA1c-sänkande effekt och en viktsänkande effekt, jämfört med DPP4-hämmarna.
- I de flesta fall är Victoza att föredra som första injektionsläkemedel.
- Kardiovaskulära långtidsdata har visat fördel för Victoza, och inga ökade risker för Januvia.
- Patienter med sänkt njurfunktion har en sämre kardiovaskulär situation, men sitagliptin varken påverkar eller försämrar det eller njursituationen, oavsett baseline eGFR. För liraglutide finns viss långtidsdata som visar lägre utveckling av albuminuri och diabetessnegropati (jämfört med placebo).
- [Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes LEADER NEJM 2016]
- [Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes TECOS NEJM 2015]
- [Liraglutide and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes NEJM 2017]
- [Effect of Sitagliptin on Kidney Function and Respective Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes: Outcomes From TECOS 2016]
- [Safety of sitagliptin in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: outcomes from TECOS Diab Ob Met 2017.]

**SGLT₂-hämmare**
- Verkningsmekanism för SGLT2-hämmare är glukosuri. Ca 10% i studier drabbas av urogenitala biverkningar. Begränsad effekt vid GFR <60 ml/min. Utsättes vid GFR <30 ml/min.

**Sulfonylurea**
- Dygsdosen glipizid (Mindiab) bör inte överstiga 10 mg. Ökad risk för hypoglykemier.

**Repaglinind**
- Kortverkande insulinfrisättare som även kan ges vid nedsatt njurfunktion. Tas direkt före måltid.

**Insulin**

**Snabbverkande insulin**
- Insulin Lispro Sanofi (insulin lispro)

**Medellångverkande insulin med snabbt insättande effekt**
- Humalog Mix25 (insulin lispro, insulin lispro protamin)

**Medellångverkande insulin**
- Humulin NPH (insulin protamin)

**Långverkande insulin** rekommenderas endast vid diabetes typ 1
1. Abasaglar (insulin glargin)
2. Levemir (insulin detemir)
   - Abasaglar (insulin glargin) är en biosimilar till Lantus.
   - Insulin Lispro Sanofi är en biosimilar till Humalog och rekommenderas av kostnadsskäl.
   - Vid behandling av diabetes typ 2 används långverkande insulin endast då behandling med NPH-insulin i adekvata doser gett problem att nå behandlingsmålet p.g.a. upprepade hypoglykemier.
Strategier för insulinbehandling vid diabetes typ 2, se Medicinska riktlinjer diabetes.

Tresiba (insulin degludek) är ett extra långverkande insulin där kostnaden ligger ca 25% högre än långverkande insulin. Används endast vid diabetes typ 1 med allvarliga problem med hypoglykemier.

**Blodsockerhöjande medel**

Glucagon (glukagon)

---

### Hormoner och Vitamin D

#### Tyreoidesjukdomar

Medicinsk riktlinje Tyreoidesjukdomar - diagnostik och behandling

#### Hypotyreos

- Levotyroxin (levotyroxin)
  - Levotyroxin (T4) är alltid förstahandspreparat, och är tillräckligt för de allra flesta.
  - I enstaka fall kan tillägg med T3 övervägas. Effekten är osäker.
  - SBU: Behandling med en kombination av syntetiska sköldkörtelhormoner (T4 + T3) alternativt sköldkörtelextrakt vid hypotyreos.

#### Tyreotoxikos

1. Thacapzol (tiamazol)
2. Tiotil (propyltiouracil)

  - Tiotil är förstahandsval till gravida.

#### Testosteronbrist hos män

Nebido (testosteron) (S)

Testogel (testosteron) (S)


#### Vitamin D

(se även Frakturprevention – Osteoporos)

- Vitamin D, receptfritt
- Benferol (vitamin D)
- Kalcipos-D forte (kalcium 500 mg + vitamin D 800 IE) när även kalktillskott är lämpligt

#### Aktivt Vitamin D

*Alfacalcidol (alfakalcidol) (S)

  - Vid fastställd allvarlig brist ordinera minst 1600 E/dygn. Vid brist med symtom ges högre doser.
• Där kraftfullare behandling behövs, såsom vid primär eller postoperativ hypoparathyreoidism, vid avancerad njursvikt, vid vissa magarmitläsöningar och ibland vid osteomalaci, används alfakalcidol (aktivt vitamin D). Behandling med alfakalcidol måste alltid följas upp regelbundet med kontroller av s-Ca och njurfunktion.

• Observera att aktivt vitamin D är ett potent läkemedel, och vid överdosering finns risk för D-vitaminintoxikation med grav hypercalcemi. Dehydrering och försämrad njurfunktion utgör risksiuationer.

• Vitamin D i mat får vi främst i oss från fet fisk, som lax, sill och makrill. Även mini-, lätt- och mellanmjölk, samt margarin och matfettsblandningar, ägg och kött, kan vara viktiga källor.

• Kravet på berikning av vitamin D har höjts från maj 2018 och gäller nu fler produkter som t.ex. även 3% mjölk och fil, vegetabiliska och laktosfria alternativ, samt flytande margarin och matfettsblandningar, även ekologiska produkter. T.o.m. maj 2020 gäller övergångsregler, så läs på förpackningen om produkten är berikad.
Frakturprevention – Osteoporos
Medicinska riktlinjer Levnadsvanor
Riktlinjer för frakturprevention och osteoporos - Kronoberg
Nationella riktlinjer för Vård av Rörelseorganens Sjukdomar (2012+2014)

Högrisk lågenergifraktur/profylax vid kortisonbehandling
Rekommendationen i Kronoberg prioriterar riskvärdering och prevention riktat mot de svårare frakturtyperna höft-, bäcken- och upprepad kotfraktur. Höftfrakturrisken värderas med kliniska riskfaktorer och FRAX för höft (utan eller med bentäthet). De nationella riktlinjerna fokuserar mer på sekundärprevention efter inträffad fraktur och den samlade osteoporosfrakturrisken med FRAX, i vilken även risken för lindrigare handledsfaktur ingår.

**Basbehandla**
- Belastad fysisk aktivitet 30-60 minuter dagligen, helst utomhus. Tobaksfri.

**Fallprevention**
- Fallsäkra närmiljön. Fysisk träning som individanpassats rekommenderas vid hög frakturrisken och osteoporos. Träning minskar fallrelaterade frakturer påtagligt.
- Träning är underanvänd terapimodell i Kronoberg.
- Patientråd ”GÅ BRA”: fallsäkra hemmiljö, egentränna. Broschyr ”GÅ BRA” beställs i Webord.
- SBU: Åtgärder förhindra fall och fraktur hos äldre.

**Frakturisk:**
- Höftfraktur eller upprepad kotfraktur är viktigast att förebygga.
- Riskvärdera med kliniska riskfaktorer. Försercena eventuellt kvinnors höftfraktrissk med 4 frågor (FRAMO-index).
- Beräkna 10-års höftfrakturrisken med FRAX före beslut om bentäthetsmätning. Mät bentäthet vid höftfrakturrisken >15%, vid längre kortisonbehandling, eller efter svår eller upprepad fraktur.
- Dolda kotfrakturer kan minska kroppslängd (>3-5 cm), orsaka ryggvärk, krum rygg och inaktivitet - ryggröntg frikostigt.

**Skelettstarkade läkemedel** rekommenderas vid:
1. Bentäthet < -2 SD (T-score) behandla om FRAX för höftfraktur >15%.
2. Bentäthet < -1 SD (T-score) eller okänd bentäthet behandla om:
   a. Ålder >85 år + tidigare höft- eller kotfraktur.
   b. Upprepade kotfrakturer eller kotfraktur + höftfraktur eller flera tidigare frakturer.
   c. kortisonbehandling lång tid (>3 månader med ≥5 mg/dygn).
   d. Uppenbart hög risk för höft- eller upprepad kotfraktur.

**Skelettstarkade läkemedel (bör kombineras med calcium + vitamin D):**
1. *Alendronat (alendronat 70 mg) veckotablett
2. *Zoledronsyra (zoledronat) intravenöst årligen
3. Prolia (denosumab) injektion per halvår

**Kalcium och vitamin D (bör kombineras med bisfosfonat/denosumab vid frakturprevention)**
Kalcipos-D forte (kalcium 500 mg+vitamin D 800 IE)

**Skelettstarkade läkemedel kombinerat med calcium + vitamin D**
- Behandlingsperiod: Frakturpreventiv effekt av bisfosfonat är påvisad under 5-10 år. Utsättning eller uppehåll av bisfosfonat/denosumab övervägs efter 3-5 års behandling. Bentäthetsmätning kan upprepas efter 2-5 års terapi. En fortsatt hög frakturrisk kan motivera längre behandlingstid eller terapibyte.
För långtidsbehandling saknas bra studieevidens.
Efter utsatt bisfosfonatbehandling kvarstår frakturpreventiv effekt på rörben under ytterligare 5 år. Skyldseffekten mot kotfraktur avtar snabbt efter utsatt bisfosfonat. För denosumab (Prolia) minskar bentätthet snabbt efter utsatt behandling.

Betydande underbehandling med skelettstärkande läkemedel föreligger i Kronoberg.

Tandläkarbedömning rekommenderas före inledda bisfosfonat- eller denosumabterapi, särskilt inför parenterala behandlingsformer. Medicinsk riktlinje Antiresorptiva läkemedel - bisfosfonater och denosumab i tandvården.

Spontanfraktur av femurskaft kan i sällsynta fall uppkomma efter >3 års skelettstärkande behandling. Röntga tidigt vid höft-/lärvärk, svårupptäckt fraktur.

**Alendronat**

- Alendronat tablett intas fastande i upprätt position och nedsköljs noga p.g.a. esofagus-skaderisk. Ges ej om ökad magsårshärd eller vid matstrupshinder! Kalciumtablett intas ej samma morgon.
- GFR ska vara > 35 ml/min före och under all bisfosfonatbehandling, absolut GFR beräknas om gränsvärde. [www.eegr.se](http://www.eegr.se).

**Zoledronat**


**Denosumab (Prolia)**


**Enbart kalcium och vitamin D**

- Täckande klädsel, mörk hud eller ständig innevistelse ökar risk för klinisk vitamin D-brist.
- Brist är vanlig bland institutionsboende kvinnor >80 år. Bland dem har begränsad frakturpreventiv effekt visats då kalcium och vitamin D (minst 800 IE) kombinerats. Svenska kvinnor > 80 år med låg vitamin D (< 50 umol/L) har ökad frakturrisk. [Buchebner 2014](#).
- Kortisonbehandling medför försämrat upptag och ökad utsöndring av kalcium. Behandling med kalcium och vitamin D är därför alltid motiverad för att förebygga kortisoninducerad förlust av benmassa.
- Om magsäcksopererad/malsorbation ska kalcium och D-vitamin-substitution ges hela livet.
Gynekologi och Graviditet

Gynekologi

Antikonception
Preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna är kostnadsfria för personer som vid inköpsstillfället inte har fyllt 21 år. Region Kronoberg subventionerar förmånsberättigade preventivmedel för kvinnor upp till 26 år. Subventionerade läkemedel Region Kronoberg

Kombinerade p-piller
1. *Prionelle (levonorgestrel+etinyløstradiol)
2. *Cilest (norgestimat+etinyløstradiol)
3. *Rosal (drospirenon+etinyløstradiol)
4. Nuvaring (etonogestrel+etinyløstradiol) vaginal månadsring, ej läkemedelsförmån

- Kombinerade p-piller kan användas av ammande kvinnor fr.o.m. 8 veckor postpartum om ej kontraindikationer föreligger.
- Prionelle är gestagendominerade p-piller.
- Rosal är mer östrogendominerat och lämpligt vid akne och hirsutism.
- Rosal är ett generikum till Yasmin. Yasmin ingår inte i högkostnadskyddet och är därmed inte utbytbart.
- För mer information om vilka p-piller som är östrogen- respektive gestagendominerade hänvisas till Janusinfos riktlinjer för behandling med hormonella preventivmetoder
- Östrogener är miljöbelastande läkemedel. Därför är det viktigt att återlämna överblivna och förbrukade läkemedel som fortfarande innehåller östrogen, d.v.s. plåster och vaginalring.

Lågdosgestagen
*Desogestrel (desogestrel)
Mini-Pe (noretisteron) ej läkemedelsförmån
Mirena (levonorgestrel) (S) hormoninlägg
Nexplanon (etonogestrel) (S) subkutant implantat

- Av lågdosgestagener rekommenderas desogestrel till yngre kvinnor med hög fertilitet.
- Mini-Pe rekommenderas som förstahandspreparat till äldre kvinnor (40 år och uppfåt).

Akut antikonception
EllaOne (ulipristal) ej läkemedelsförmån
NorLevo (levonorgestrel) ej läkemedelsförmån

- Receptfritt och delas ut gratis på ungdomsmottagningen upp till 20 år.
- EllaOne (ulipristal) tas något senare (upp till 120 timmar) efter oskyldet samtal än NorLevo.
- Kopparspiral kan sättas in upp till 5 dagar postcoitalt.
- Effekten av NorLevo kan vara sämre hos kvinnor >75kg. Läkemedelsverket 2013

Rikliga menstruationer
*Cyklokapron (tramecamysra)
Mirena (levonorgestrel) (S) hormoninlägg
- Idiopatisk menorrhag när organisk orsak har uteslutits.
- Tranexamsyra finns tillgängligt receptfritt.

Oregelbundna blödningar
1. Provera (medroxiprogesteron)
2. Primolut-Nor (norethisteron)
   - Uppdaterade kontraindikationer med ökad risk för venös och arteriell tromboembolism
     Läkemedelsverket Primolut Nor 2016

Mensförskjutning
Primolut-Nor (norethisteron)
   - Uppdaterade kontraindikationer med ökad risk för venös och arteriell tromboembolism
     Läkemedelsverket Primolut Nor 2016

Dysmenorré
*Naproxen (naproxen) +
   - Dosera naproxen 500 mg 1x2 och börja kvällen före förväntad mens.
   - Hormonell behandling med kombinerade p-piller kan också ha god effekt.

Atrofisk vaginit
1. Ovesterin (östradiol) vagitorier, vaginalkräm +
   1. Vagifem (östradiol) vagitorier, ej läkemedelsförmån +
2. Oestring (östradiol) vaginalinlägg +
   - Ovesterin och Vagifem finns tillgängligt receptfritt.
   - Vagifem är dyrare och ingår inte i läkemedelsförmån, men har mindre lokala bieffekter jämfört med Ovesterin.
   - Lokalt östrogen kan tidigast utvärderas efter 6 veckor.
   - Vid förskrivning av Oestring vaginalinlägg är det viktigt att ta ställning till vem som ska byta inlägget.

Klimakteriebesvär
Perimenopaus
**Sekventiell behandling**
1. Novofem (östradiol+noretisteron)
2. Trivina (östradiol+medroxiprogesteron)
   - Trivina kan vara ett alternativ då blödning var tredje månad är önskvärt.

**Individuellt anpassad kombination**
2. Femanest (östradiol)+ Provera (medroxiprogesteron)
2. Estradot (östradiol) plåster + Provera (medroxiprogesteron)

Postmenopaus
1. Indivina 1/2,5 (östradiol+medroxiprogesteron)
2. *Activelle (östradiol+noretisteron)
3. *Tibolon (tibolon)
   - Behandling av vasomotoriska besvär under klimakteriet med östrogen/gestagen ges i lägsta effektiva dos under kortast möjliga behandlingstid.
   - Behandling av osteoporos med kombinationsmedel ska efter WHI-studien endast ges vid samtidig gynekologisk indikation.
   - Vid utsättningsproblem rekommenderas nedtrappning.
   - Fysisk aktivitet har positiv effekt på klimakteriebesvär.
Kolpit
Candida vulvovaginit
1. Canesten (klotrimazol) lokalbehandling
2. *Daktacort (hydrokortison+mikonazol) vid mycket klåda
2. *Flukonazol (flukonazol) systembehandling
   • Varning för interaktion mellan alla systemiskt använda svampmedel och många andra läkemedel.
Bakteriell vaginos
1. Donaxyl (devaliniumklorid) lokalbehandling, antibiotikafritt alternativ
2. Zidoval (metronidazol) lokalbehandling
2. Flagyl (metronidazol) systembehandling
3. Dalacin (klindamycin) vagitorier
   • Flagyl vagitorier rekommenderas ej på grund av dålig effekt.

Cervicit
*Doxyceyklın (doxyceyklın) + Flagyl (metronidazol)
   • Doseringsplan: Doxyceyklın 200 mg dag 1 och 100 mg dag 2-9 + Flagyl 400 mg x 3
   • Ta prov för Klamydia och Myoplasma genitalium.

Premenstruellt syndrom (PMS)
1. *Escitalopram (escitalopram) 10-20 mg periodiskt med början 1-2 veckor före mens
2. *Zelle (drospirenon+etinylöstradiol) vid samtidigt antikonceptionsbehov
   • Formell indikation saknas för ovanstående läkemedel men föreslås i Läkemedelsboken som möjlig behandling.
   • Premalex (escitalopram) har indikationen PMS men är avsevärt dyreare än escitalopram.
   • P-piller har inte indikation att användas vid PMS men studier visar att p-piller innehållande drospirenon har god effekt.
   • Zelle är ett generikum till Yaz. Yaz ingår inte i högkostnadsskyddet.

Graviditet
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.
Medicinska riktlinjer Levnadsvanor
Information från svenska födelseregistret visar att det sannolikt inte föreligger någon förhöjd risk för missbildningar för nedanstående läkemedel. Registreringsinformationen i FASS kan dock i flera fall vara mer restriktiv.
Försiktighetsprincipen ska tillämpas vid förskrivning till gravida.
Se även: Janusmed fosterpåverkan

Allergi - gravida
*Desloratadin (desloratadin)
*Lomudal (natriumkromoglikat) endast ögondroppar

Asthma - gravida
Behandla som vanligt
   • Ej nyinsättning av montelukast.
**Analgetika - gravida**

*Alvedon/Panodil (paracetamol)*

- Vid behov av starkare analgetika i samband med graviditet är Citodon för närvarande bästa tillgängliga alternativ. Undvik i möjligaste mån första trimestern p.g.a. oklarhet om risk för missbildningar. Undvik längre perioder med regelbundet intag mot slutet av graviditeten p.g.a. risk för abstinenssymtom i nyföddhetsperioden.

**Migrän - gravida**

*Sumatriptan (sumatriptan)*

**Antiemetika - gravida**

1. Postafen (meklozin)
2. Calma (dimenhydrinat) tuggummi
2. Lergigan comp (prometazin+koffein+efedrin)

**Depression - gravida**

*Sertralin (sertralin)*

- Sertralin ger mindre risk för QT-förlängning och färre interaktioner jämfört med citalopram
- Internationellt finns mest dokumentation för fluoxetin. För preparat som venlafaxin (Efexor), escitalopram (Cipralex) och mirtazapin är dokumentationen fortfarande begränsad.
- Paroxetin (Seroxat) och gamla tricykliska antidepressiva preparat (klomipramin) ökar risken för hjärtfel (främst ventrikelseptumdefekt).
- Övergående utsättningssymtom/anpassningssymtom förekommer hos 5-20 % av spädbarnen. Inga bestående CNS-effekter hos barnet har noterats men undersökningar med långtidsuppföljning är ännu ofullständiga.

**Hypertoni - gravida**

1. Trandate (labetalol)
2. Lomir SRO (isradipin)

- Trandate ingår inte i högkostnadsskyddet.
- Hypertoni före graviditet uppmärksammas i samband med inskrivning vid MVC. MVC-läkare tar ställning till fortsatt behandling eller byte av läkemedel.
- Nytillkommen hypertoni/preeklampsi behandlas via MVC-läkare om inte kronisk grundsjukdom föranleder samråd med medicinläkare.

**Magsår och gastroesophageal refluxsjukdom - gravida**

Gaviscon (alginsyra)

- Skall ej användas om patienten behandlas med Ursofalk.

*Aomeprazol (omeprazol)*

**Afbril urinvägsinfektion/cystit - gravida**

1. *Nitrofurantoin (nitrofurantoin) 50 mg x 3 i 5 dagar*
1. *Selexid (pivmecillinam) 200 mg x 3 i 5 dagar*
2. *Cefadroxil (cefadroxil) 500 mg x 2 eller 1g x 1 i 5 dagar*

- Vid afbril urinvägsinfektion/pyelonefrit hänvisa till MVC/kvinnoklinik.

**Reinfektionsproffylax UVI - gravida**

1. *Nitrofurantoin (nitrofurantoin) 50-100 mg till natten*
2. *Cefadroxil (cefadroxil)* 500 mg till natten

**Övriga antibiotika - gravida**
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin)*
2. *Clindamycin (klindamycin)*
2. *Ery-Max (erytromycin) endast trimester 2-3*
2. *Doxycyklin (doxycyklin) endast trimester 1*

- Det finns övertygande kliniska data för att antibiotika tillhörande betalaktam-gruppen (penicilliner, cefalosporiner) inte medför ökad risk för fosterskada.
- Tillgängliga data från bl.a. MFR (Medicinska födelseregistret) avseende klindamycin är alltför begränsade för entydiga slutsatser men de talar inte för en ökad risk för missbildning vid användning under graviditet. Försiktighet bör dock aktas, eftersom kunskapen ännu är begränsad.
- Ökad risk för hjärt-klärmissbildning föreligger sannolikt vid användning av erytromycin under första trimestern. Behandling med makrolider under första trimestern och till kvinnor som planerar graviditet bör endast ges om alternativ saknas. Mot bakgrund av befintlig information föreligger dock ingen anledning att för närvarande avråda från makrolid-användning under andra och tredje trimestern.
- Vid användning av tetracykliner från graviditetsvecka 14 finns risk för missfärgning av barnets kommande mjölkänder. Det finns inga kliniska belägg för att de har negativa effekter på fostet vid användning under första trimestern.

- Infpreg, kunskapscentrum för infektioner under graviditet
- Läkemedelsverket behandlingsrekomendation uvi 2017
Hjärta-kärl

Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

Hypertoni

- Riktlinjer BT-mätning vårdhandboken
- För de flesta patienter med hypertoni är målbodtrycket < 140/90 mmHg.
- Beroende på förekomst av riskfaktorer, redan etablerad hjärt-kärlsjukdom, diabetes(<140/85) och/ eller hypertensiv njursjukdom (<130/80) är blodtrycksmålen lägre. Viktigt med individuell bedömning.
- Vid lindrig okomplicerad hypertoni utan andra riskfaktorer har farmakologisk behandling låg kostnadseffektivitet. Behandlas i första hand med förändring av levnadsvanor.
- ESC guidelines Hypertension 2018
- Behandlingsrekommendation Aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, Läkemedelsverket 2014

ACE-hämmare

*Enalapril (enalapril)
*Enalapril comp (enalapril 20 mg/hydrokortiazid 12,5 mg)
  - Vid risk för intorkning bör tillfällig utsättning av ACE-hämmare/ARB övervägas.

All-receptorantagonister (vid intolerans mot ACE-hämmare)
*Candesartan (kandesartan)
*Candesartan/hydrokortiazid (kandesartan/hydrokortiazid 12,5 mg)
  - Dubbel RAAS-blockad rekommenderas ej.

Kalciumantagonister
*Amlodipin (amlodipin)
  - Amlodipin är sannolikt gynnsammare än felodipin ur miljöaspekt.
  - Felodipin finns i lägre styrka; 2,5 mg.

Diuretika
*Hydrokortiazid (hydrokortiazid) 12,5-25mg
*Normorix mite (hydrokortiazid 25 mg/amilorid 2,5 mg)
  - ACE-hämmare ska ej kombineras med amilorid som ingår i Normorix mite.

Aldosteronantagonister (MRA)
*Spironolakton (spironolakton) 25-50 mg x 1
  - Vid terapiresistent hypertoni trots trippelbehandling skall tillägg av spironolakton övervägas framför betablockad och alfablockad.

Betareceptortblockerare
*Metoprolol (metoprolol) depottablett
  - Betablockerare vid hypertoni är indikerade om även annan indikation än hypertoni finns eller som tilläggsbehandling.
Blodfetssänkande behandling

1. *Atorvastatin (atorvastatin)
2. *Simvastatin (simvastatin)
3. *Ezetimib (ezetimib) som tillägg till statin

- Atorvastatin 80 mg väljs vid akuta koronara syndrom.
- Vid manifest aterosklerotisk kärlsjukdom och/eller diabetes typ 2 med ytterligare minst en riskfaktor, är målvärdet för LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l alternativt en 50%-ig reduktion av utgångsvärdet.
- För person med låg till mätlig risk (1-5% enligt SCORE) är målvärdet LDL < 3 mmol/l.

ESC-Dyslipidemi

Stor hänsyn måste tas till patientens totala sjukdomsbild och prognos. Behandlingsöversikt Aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, Läkemedelsverket 2014

Ezetimib har dokumenterad måttlig effekt som tillägg till statinbehandling till patienter efter hjärtinfarkt. Kan övervägas som tillägg vid högdos statinbehandling om målnivå LDL < 1,8 mmol/l ej uppnås.

Primärprevention med statin vid okomplicerad hyperlipidemi utan andra riskfaktorer rekommenderas inte p.g.a. höga NNT. Förändringar av levnadsvanor skall prioriteras.

Behandling med PCSK9-hämmare (Repatha och Praluent) är föremål för ett nationellt ordnat införande. Endast en liten selekterad grupp patienter är aktuell för subventionerad behandling. I nuläget rekommenderas remiss till kardiolog vid misstanke om familjär hyperkolesterolemia (FH).

Förmaksflimmer/fladder

Förmaksflimmer/fladder, checklista och pm

Frekvensreglerande

*Metoprolol (metoprolol) depottablett

Emboliprofylax vid förmaksflimmer


1. Eliquis (apixaban)
2. Pradaxa (dabigatran)
2. Warfarin Orion (warfarin)

- Warfarin Orion rekommenderas om eGFR < 30 ml/min p.g.a. begränsad erfarenhet av NOAK.
- Antidot mot Pradaxa (Praxbind) finns tillgänglig. Behandling med Pradaxa kan övervägas till vissa patientgrupper och utföra patientpreferens och blödningsrisk.
- Antidot mot FXa-hämmare (andexanet alfa) är godkänd av FDA men ännu inte tillgänglig i EU.
- Remiss till AK-mottagning Ljungby/Växjö skickas vid all nyinsättning. Kontroll av njurfunktion vid behandling med NOAK omsörs av AK-mottagningen.
- Värdera patient inför behandling med antikoagulantia avseende uppnådda blodtrycksmål och riskbruk avseende alkohol.
- Kliniska råd vid behandling med Nya perorala antikoagulantia SSTH
- Hemostas vid allvarlig blödning
- Läkemedel - blodförtunning minst lika värdefullt för äldre, SBU vetenskap och praxis 2014
- Antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer, Läkemedelsverket 2017
Stabil koronarsjukdom

Underhållsbehandling
1. *Acetylsalicylsyra (acetylsalicylsyra)
2. *Metoprolol (metoprolol) depottablett
2. *Amlodipin (amlodipin)
2. *Isosorbidmononitrat (isosorbidmononitrat)
   - Amlodipin är sannolikt gynnsammare än felodipin ur miljöaspekt.

Akutbehandling
*Nitrolingual (nitroglycerin)
Suscard (nitroglycerin)

Akuta koronara syndrom
Arixtra (fondaparinux) omgående 2,5 mg x 1 sc. Vid GFR 20-30 ml/min ges 1,5 mg x 1 sc.
Acetylsalicylsyra 75 mg (acetylsalicylsyra) 4 tabletter omgående och därefter 1 x 1
Brilique (ticagrelor) laddningsdos 2 tabletter 90 mg därefter tabl Brilique 90 mg x 2.
Seloken (metoprolol) inj 5-15 mg iv och/eller depottabl Metoprolol 25-50 mg peroral.
*Atorvastatin (atorvastatin) 80 mg x 1
*Enalapril (enalapril) 2,5-5 mg x 2 (vid nedsatt vänsterkammarfunktion)

Hjärtinfarkt – sekundärprevention
*Acetylsalicylsyra (acetylsalicylsyra)
Brilique (ticagrelor) i 12 månader efter akut koronart syndrom
*Metoprolol (metoprolol) depottablett
*Enalapril (enalapril)
*Simvastatin (simvastatin) eller *Atorvastatin (atorvastatin) till målnivå
- Målvalue LDL < 1,8 mmol/l eller 50%-ig reduktion av utgångsvärdet.
- ESC- NSTEMI guidelines 2015
- ESC- STEMI 2017
- Nationella riktlinjer Hjärtspjukvård 2015
- Clopidogrel kan ersätta Brilique (ticagrelor) vid intolerans.
- Förlängd behandling med tabl. Brilique 60 mg x 2 mer än 1 år efter hjärtinfarkten kan övervägas för personer med hög risk för ny händelse.

Hjärtsvikt
1. ACE-hämmare
*Enalapril (enalapril)
- Angeläget att nå måldos för enalapril (10 mg x 2).

1. All-receptorantagonister
*Canadestartan (kandesartan) (vid intolerans mot ACE-hämmare)
- Eftersträvad måldos för canadestartan är 32 mg x 1.
- Kreatinintegtering vid behandling med RAAS-blockad vid hjärtsvikt är vanligt men lindrig (upp till 30%) sådan efter insättning av RAAS-blockad är ingen kontraindikation för fortsatt behandling. Kräver tät uppföljning, se FASS.
- Vid risk för vätskebrist och intorkning t.ex. i samband med hög feber, kräkningar, diarré eller värmeblöja ska uppehåll övervägas med diuretika och RAAS-blockad (ACE-hämmare, All-receptorantagonister och aldosteronantagonister).

1. Betareceptorblockerare
*Bisoprolol (bisoprolol) kan övervägas till patienter med obstruktivitet
*Metoprolol (metoprolol) depottablett
  
  - Måldos för metoprolol (200 mg x 1) och bisoprolol (10 mg x 1) bör eftersträvas.

2. Aldosteronantagonister (MRA)
*Eplerenon (eplerenon) efter hjärtinfarkt
*Spironolakton (spironolakton) 25 mg x 1
  
  - Observera risken för hyperkalemi och kreatininstegring.
  - Entresto (valsartan/sakubitril) är ett specialistläkemedel vid hjärtsvikt. Entresto får ej kombineras med ACE hämmare. Föremål för ett nationellt ordnat införande och subvention innefattar patienter med kronisk hjärtsvikt med EF <35%, NYHA II-IV och som trots maximal standardbehandling (Betablockad, RAAS-blockad och MRA) har symtom. Behandling initieras av hjärtsviktsmottagning.
  
  - Nationella riktlinjer Hjärtsjukvård 2015
  - ESC guidelines 2016
  - Vårdprogram för kronisk hjärtsvikt. Södra sjukvårdsregionen

Symtomatisk ödembehandling vid hjärtsvikt
*Furix (furosemid) vid behov beroende på symtom och vikt.
  
  - Högläge av underben.
  - Stödstrumpor eller kompressionsstrumpor.
  - Vätskersrestriktion är sällan nödvändig.
  - Tiazider potentierrar effekten av furosemid. Kombineras gärna med ACE-hämmare.
  - I samråd kan patienten själv justera till lägsta möjliga dos.
  - Kaliumsubstitution behövs sällan om ACE-hämmare ges.

Ödembehandling vid venös insufficiens
I första hand lokalbehandling av perifera ödem vid venös insufficiens med:
  
  - Högläge av underben.
  - Stödstrumpor eller kompressionsstrumpor.

I andra hand diuretika vid behov:
*Hydroklorotiazid 12,5-25 mg (hydroklorotiazid)
*Normorix mite (hydroklorotiazid 25 mg/amilorid 2,5 mg)
*Furix (furosemid) vid behov vid terapisvikt

Perifer kärlsjukdom
1. *Enalapril (enalapril)
1. *Simvastatin (simvastatin)
1. *Acetylsalicylsyra (acetylsalicylsyra)
*Clopidogrel (clopidogrel) vid ASA-överkänslighet
  
  - Behandling med ACE-hämmare och statin övertägs till patienter med etablerad arteriosklerotisk kärlsjukdom.
  - Undvik klopidogrel i kombination med omeprazol. Byt till pantoprazol om syrahämning krävs.
Hud

Eksem
Mildison Lipid (*hydrokortison*) (gr I) +
Emovat (*klobetasonbutyrat*) (gr II) +
Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III) +
Dermovat (*klobetasolpropionat*) (gr IV)

- Vid ögonlockseksem rekommenderas Mildison Lipid (gr I).
- Vid akut ögonlockseksem (akut svullnad med vätskande inslag och klåda sedan 24-48 timmar) används Emovat 2 gånger dagligen i 2-3 dagar ("Obs!" på receptet) därefter Mildison Lipid 1 gång dagligen i 5-7 dagar.
- Protopic är ett specialistpreparat. Protopic salva används vid kroniska torra eksem t ex i ansikte/på ögonlock. Vid sveda/hetta efter påstrykning glesa ut till varannan dag (alternativt Protopic i 0,03%) i några dagar. Reaktionen är vanlig och övergående.
- Alla patienter med eksem ska använda mjukgörare även när huden är fin.

Psoriasis
Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III)
Diprosalic (*betametasondipropionat*+*salicylsyra*) (gr III)
Dermovat (*klobetasolpropionat*) (gr IV)
Enstilar (*kalcipotriol*+*betametasondipropionat*)

- Diprosalic är ett alternativ vid behov av kraftigt avfjällande effekt.
- Dermovat (gr IV) används vid kort tids intensivbehandling.
- Pevisone kräm är oftast ett bra val vid invers psoriasis, d.v.s. vid psoriasis i hudveck

Behandlingsrekommendation Psoriasis Läkemedelsverket 2011

Mjälleksem
1.*Ketokonazol (*ketokonazol*) schampo + (hårbotten och ansikte)
2.*Cortimyk (*mikonazol*+*hydrokortison*) (gr I) (ansikte)
2.*Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III) lösning (hårbotten)

Rosacea
1. Rozex (*metronidazol*)
2. Finacea (*azelainsyra*)
3. Soolantra (*ivermektin*)
4. *Tetralysal (*lymecyclin*)

- Rekommenderad behandlingstid 3 månader.
- Vid hudirritation - lokalbehandla varannan dag i 10 dagar därefter dagligen.

Mjukgörare
Receptförskrivning endast vid diagnostiserad hudsjukdom eller annan sjukdom med hudkomplikationer. I övrigt hänvisas till egenvård.
Canoderm (*karbamid*) +
Miniderm (*glycerol*) +
Propyderm/Propyless (*propylenglykol*) +
Svampinfektioner
Lokalbehandling vid obetydlig inflammation
*Terbinafin (terbinafin) kräm +
Pevaryl (ekonazol) +
Lokalbehandling vid inflammatoriskt inslag
*Cortimyk (mikonazol+hydrokortison) (gr I) +
Pevisone (ekonazol+triamcinolon) (gr II)

Akne
Komedoakne
Differin (adapalen) +

Mild papulopustulös akne
Basiron AC (bensoylperoxid) +
Differin (adapalen) +
Finacea (azelainsyra) +

Medelsvår papulopustulös akne
1. Epiduo (adapalen+bensoylperoxid) +
2. Duac (bensoylperoxid+klindamycin) högst tre månader
3. Acnatac (tretinoin+klindamycin) högst tre månader. Ej vid graviditet.
4. *Tetralysal (lymecyklin) högst tre månader

Svår akne
I svåra fall samt vid otillräcklig effekt av ovanstående, remiss till hudläkare för ställningstagande till behandling med isotretinoin.

- Basiron AC och Duac ingår inte i läkemedelsförmånen.
- Acnatac får inte ges till kvinnor i fertile ålder som saknar effektiv preventivmetod under behandlingstiden och fram till en månad efter avslutat behandling.
- Acnatac är kontraindicerat till patienter som själva haft hudcancer eller som har släktningar som har haft hudcancer.
- Tetralysal kan ges i högst två kurer. En kur omfattar Tetralysal+lokalbehandling i 3 månader följt av 3 månader med enbart lokalbehandling. Vid återfall – remiss till hudläkare.
- Kombinerade östrogendominerade p-piller kan ha bra effekt mot akne.
- [Behandlingsrekommendation Akne Läkemedelsverket 2014](#)

Hidradenitis suppurativa
Oklar inflammatorisk sjukdom med inflammerade knutor i främst axiller och ljumskar, närmast jämförbar med akne. Rökstopp och viktnedgång angeläget.
1. Finacea (azelainsyra) utvärtes som profylax
2. *Tetralysal (lymecyklin) 3 månader vid svårare skov
   - Undvik incisioner.
   - Avstå från perorala antibiotika i övrigt.
   - Vid behandlingssvikt eller uttalade besvär – remiss till hudklinik.

Impetigo, se infektionsavsnittet!
Huvudlöss
Hörnstenarna vid behandling av huvudlöss är noggrann och utförlig information och diagnostik samt väl genomförd behandling inklusive kamning med luskam och kontaktspårning. Kammen ska rengöras efter användning.

1. Medicintekniska produkter: silikonolja, växtoljor
2. Tenutex (disulfiram+bensylensoat) +
   - [1177.se - huvudlöss]

Skabb
Tenutex (disulfiram+bensylensoat) +

Sårbehandling
- Lokal särinfektion behandlas med: täta omläggningsintervall, noggrann rengöring/debridering, antiseptiska läsningar och förband (se nedan), eksembehandling, kompression efter kontroll av cirkulation.
- Vid nedsatt arteriell cirkulation kan antiseptika användas som komplement till antibiotika
- Utvärdera alltid antiseptikabehandling efter en kur på 2-3 veckor.
- Svårhämtande sår har alltid koloniserade av bakterier. Peroral antibiotikabehandling är endast aktuell vid kliniska tecken till djupare eller spridd infektion. Se infektionsavsnittet!
- Fotsår hos patient med diabetes kräver hög vaksamhet och särskilda behandlingsöverväganden.

Antiseptiska läsningar/antimikrobiella förband
- Ättiksyra 5 mg/ml lösning, vid pseudomonaskolonisation +
- Kaliumpermanganat 0,1% lösning, för vätskande eksem +
- Iodosorb (jodförband), kraftigt uppsugande
- Prontosan (polyhexanid, PHMB), omslag 15 min eller gel
- Activon (medicinsk honung)
- Aquacel Ag+Extra (silverförband), kraftigt uppsugande, max 2-4 veckor
  - Upphandlande förband för sårbehandling
  - Lokal medicinsk riktlinje sårläkning – sårsamordnarens sida
  - Läkemedelsverkets behandlingsriktlinje hud och mjukselinfektioner 2018

Smärtande sår
- Xylocain salva (lidokain) +
- Instillagel, Xylocain gel (lidokain), för långsamläkande smärtamma sår inför omläggnings +
- Zipzoc (zinkoxid), vid kläda och skör hud +
Infektion
Bedöm kritiskt tidigare eventuella reaktioner i samband med antibiotikabehandling, och varningsmärk journalen bara för de patienter som haft allvarliga reaktioner och som utretts adekvat för detta, Penicillinallergi – vuxna

Kom ihåg möjligheten till kostnadsfritt återbesök inom en vecka då man valt att avvakta med antibiotikabehandling. Länk till blankett

Rekommendationerna bygger på Stramas nationella behandlingsrekommendationer. De kan även laddas ner som app till mobiltelefoner (Strama Nationell).

Influenza
- Vaccination i första hand till personer med ökad risk för komplikationer, de så kallade riskgrupperna.
- Medicinsk riktlinje influensa
- Folkhälsomyndigheten: Rekommendationer om influensavaccination till riskgrupper 2018

Akut mediaotit
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 5 dagar. I 10 dagar vid recidiv
2. *Amoxicillin (amoxicillin) i 10 dagar vid recidiv eller terapisvikt
3. Ery-Max (erytromycin) i 7 dagar vid pc-allergi
4. *Bactrim (trimetoprim+sulfametoxazol) i 7 dagar vid pc-allergi och terapisvikt
   - Rekommendera nytt läkarbesök efter 2–3 dagar vid utebliven eller tveksam förbättring samt omgående vid försämring, oavsett om antibiotikabehandling ges eller inte.
   - Om terapisvikt, ta nasofarynxodling före behandling.
   - Medicinsk riktlinje akut mediaotit

Rinosinuit
1. *Mometason (mometason) nässpray
2. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 7-10 dagar
3. *Amoxicillin (amoxicillin) i 7-10 dagar vid recidiv eller terapisvikt
4. *Doxycyklin (doxycyklin) i 7 dagar vid pc-allergi
   - Nasala steroider har visats reducera den inflammatoriska processen och öka symtomlättnaden vid måttliga till svåra besvär. De patienter som kan ha nytta av antibiotika är de med svår (unilateral) värk och feber, ofta bifasiskt förlopp och ÖLI >10 dagar.
   - Dosering av mometason vid sinuit, 2 puffar i vardera näsborren 2 gånger dagligen, i 2 veckor, därefter 2x1 till symtomfrihet.
   - Medicinsk riktlinje Rinosinuit

Faryngotonsillit orsakad av betahemolytiska streptokocker grupp A
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 10 dagar
2. *Clindamycin (clindamycin) i 10 dagar vid pc-allergi samt vid recidiv
3. *Cefadroxil (cefaclor) i 10 dagar vid recidiv
   - Lindrig streptokokktonsillit behöver inte antibiotikabehandlas
   - Före provtagningsprov (ex Strep-A) använd Centorkriterierna: (feber≥38,5, ömmande lymfokörtlar i käkviknarna, beläggning på tonsillerna, frånvaro av hosta). Minst tre av Centorkriterierna ska vara uppfyllda.
   - Vid misstanke om peritonsillit kontakta öronmottagningen
Medicinsk riktlinje faryngotonsillit

Pneumoni, samhällsförvärvid
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 7 dagar
*Doxyacyklin (doxycyklin) i 7 dagar vid pc-allergi eller terapisvikt

Medicinsk riktlinje Bronkit och pneumoni i öppenvård

Exacerbation av kronisk bronkit och KOL
*Amoxicillin (amoxicillin) i 5-7 dagar
*Doxyacyklin (doxycyklin) i 5-7 dagar

- De patienter som har nytta av antibiotikabehandling är de med missfärgade upphostningar tillsammans med ökad mängd upphostningar eller ökad dyspné.
- Odling rekommenderas (i första hand från sputum). Antibiotikaresistens är ett tilltagande kliniskt problem.
- Läkemedelsverkets riktlign, KOL 2015
- Stramas nationella behandlingsrekommendationer

Afebril UVI/cystit
*Nitrofurantoin (nitrofurantoin) i 5 dagar (kvinnor), 7 dagar (män)
*Selexid (pivotril) i 3-5 dagar (kvinnor), 7 dagar (män)

- **Kvinnor:** Vid lätta besvär rekommenderas symtomlindrande behandling, ökat vätskeintag och exspektans. Vid måttliga besvär eventuellt recept i reserv.
- **Män:** Odla alltid, resistens förekommer. Aktuella data finns på www.mikrobiologi.org
- Nitrofurantoin ska ej användas vid GFR<40 ml/min pga för låg urinkoncentration.
- Kinoloner rekommenderas ej vid afebril urinvägsinfektion hos kvinnor eller män.
- Stramas nationella behandlingsrekommendationer
- Urinvägsinfektioner i öppenvård, behandlingsrekommendation Läkemedelsverket 2017

Febril UVI/pyelonefrit
1. *Ciprofloxacin (ciprofloxacin) i 7 dagar (kvinnor) 14 dagar (män)
2. *Bactrim (trimetoprim+sulfametoxazol) i 10 dagar (kvinnor), 14 dagar (män), endast efter resistensbestämning

- Odla alltid, resistens förekommer. Aktuella data finns på www.mikrobiologi.org
- Tänk på dosreduktion vid nedsatt njurfunktion.
- Stramas nationella behandlingsrekommendationer
- Urinvägsinfektioner i öppenvård, behandlingsrekommendation Läkemedelsverket 2017

Erysipelas
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 10 dagar
*Clindamycin (klindamycin) i 10 dagar vid pc-allergi

- Tänk på att öka pcV-dosen efter vikt, se mallar i Cosmic.
- Typisk erysipelas orsakas av streptokocker. Vid misstanke om stafylokockgenes används flukloxacillin, som har tillräckligt god aktivitet även mot streptokocker.
- Stramas nationella behandlingsrekommendationer
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 2018

Borreliainfektion
Erytema migrans
1. *Kåvepenin (fenoximetylpenicillin) i 10 dagar
*Doxyacyklin (doxycyklin) i 10 dagar vid pc-allergi
Diagnosen av okomplicerad erytema migrans är klinisk. Serologiska tester har inget värde för diagnos.

Medicinsk riktlinje Erythema migrans

Övriga borreliainfektioner

se Läkemedelsverkets riktlinjer Borrelia 2009, och hud- och mjukdelsinfektioner 2018

Mjukdelsinfektioner efter bett

Kattbett
1. *Kåvepenin (fenoximetypylenicillin) i 10 dagar vid tidigt debuterande infektion (<2 dygn)
2. *Amoxicillin-klavulansyra (amoxicillin-klavulansyra) i 10 dagar vid sent debuterande (>2 dygn) eller lednära infektion

*Doxycyklin (doxycyklin) i 9 dagar vid pc-allergi (både vid tidigt och sent debuterande infektion)

- Vid sent debuterande infektioner skall även stafylokocker täckas in i behandling – ge amoxicillin-klavulansyra.

Hundbett och människobett
1. *Amoxicillin-klavulansyra (amoxicillin-klavulansyra) i 10 dagar
2. *Doxycyklin (doxycyklin) i 9 dagar vid pc-allergi

Stramas nationella behandlingsrekommendationer

Impetigo

Lokal behandling
1. Noggrann uppblötning och rengöring av krustor med tvål och vatten i en vecka.
2. Fucidin (fusidsyrakräm) i 7 dagar

- Impetigo behandlas i första hand lokalt.

Peroral behandling

- Rekommenderas endast vid utbredd och progredierande impetigo, ofta den bullösa formen, samt vid impetigo som inte svarat på lokalbehandling.

3. Flukloxacillin (flukloxacillin) i 7 dagar

Stramas nationella behandlingsrekommendationer

Follikuliter

1. Klorhexidinlösning
2. Fucidin (fusidsyrakräm) kräm om klinisk misstanke eller odlingssvar talar för stafylokock-genes

- Djupare furunklar och abcesser behandlas i första hand med incision utan tillägg av antibiotika. Först vid feber, påverkad allmäntillstånd, hög ålder, immunosuppression eller samsjuklighet rekommenderas peroral antibiotika (flukloxacillin).

Hidradenitis suppurativa se Hud!

Övriga hud- och mjukdelsinfektioner
1. *Flukloxacillin (flukloxacillin) i 10 dagar
2. *Clindamycin (klindamycin) i 10 dagar
• Paronykier behandlas med alsolspritsomslag och/eller extirpation av nedväxande nageldelar. Antibiotika ska inte ges.
• Intertriginös dermatit kan orsakas av streptokocker. Behandling med PcV.
• Dränera abscesser. Antibiotikabehandling är ofta onödigt.
• Svårläkta sår är alltid koloniserade av bakterier. Antibiotikabehandling är endast aktuell vid kliniska tecken till djupare eller spridd infektion.
• Lokalbehandling av infekterade sår, se sårbehandling i hudavsnittet
• Vid komplicerade tillstånd t.ex. fotsårinfektion vid diabetes eller allvarliga djupa infektioner krävs särskilda behandlingsöverväganden.
• Stramas nationella behandlingsrekommendationer
• Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 2018

Clostridium difficile
Sätt ut all antibiotika om det går.
Flagyl (metronidazol) i 10 dagar
  • Medicinsk riktlinje Clostridium Difficile-enterit

Candidainfektioner
  • Se munhålans sjukdomar samt gynekologi

Genital klamydiainfektion
1. *Doxycyklin (doxycyklin) i 9 dagar
  *Azitromycin (azitromycin) endast då doxycyklin är kontraindicerat
  • Behandla patienten samt provta och behandla ev. fast partner. Remittera till central smittspårning som spår och gör smittskyddsanmälan. Rutin Hantering vid positiv klamydia
  • Vid terapivikt övertyg provtagning för Mycoplasma genitalium. Behandling ges med azitromycin 500 mg dag 1 därefter 250 mg dag 2-5.
  • Läkemedelsverkets riktlinjer Sexuellt överförbara bakteriella infektioner 2015

Herpesinfektioner
Herpes simplex perioralt eller genitalt
*Valaciclovir (valaciclovir) i 5 dagar
  • Lindriga fall behöver sällan behandling.
  • Vid svår primärinfektion framför allt genitalt rekommenderas behandling i 10 dagar.
  • Effekten är bättre vid tidigt insatt behandling.

Herpes zoster (bältros)
*Valaciclovir (valaciclovir) i 7 dagar
  • Lägre dosering vid nedsatt njurfunktion p.g.a. konfusionsrisk.
  • Alla patienter över 50 år bör erbjuda antiviral behandling. Behandling startas snarast och senast 72 timmar efter debut av utslag. För individer under 50 år med okomplicerad bältros rekommenderas inte antiviral behandling p.g.a. marginell klinisk nytta.

Varicella (vattkoppor)
*Valaciclovir (valaciclovir) i 7 dagar
  • Vuxna med varicella rekommenderas antiviral behandling inom ett dygn från debut av blåsor. Kan även övervägas till yngre i svårare fall.

Springmask och spolmask
Vanquin (pyrvinembonat) endast vid springmask, receptfritt +
Vermox (mebendazol) +
**Mage-tarm, Obesitas**

**Mage-tarm**
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

**Dyspepsi**
Novaluzid (aluminium+magnesium) +

*Ranitidin (ranitidin) +

- Antacida kan minska absorptionen av ett flertal andra läkemedel.
- Ranitidin har snabbare symtomlindrande effekt än omeprazol.
- Iberogast är ett receptfritt växtbaserat läkemedel där det finns studier som visar effekt både vid funktionell dyspepsi och IBS. Då det vid utsättning av PPI efter ≥ 4 veckors behandling föreligger risk för rebound hyperaciditet kan Iberogast prövas innan behandlingsförsök med PPI. Obs överkänslighet mot gråbo m fl korgblommiga växter. Innehåller alkohol.

**Gastroesofageal reflux**
1. *Omeprazol (omeprazol) +
2. *Esomeprazol (esomeprazol)

- Omeprazol upptätras till lämplig dos och kan ökas till 20 mg 2x2 vid sår i matstr upen (esofagit grad C och D enligt Los Angeles klassifikationen).
- Medicinska riktlinjer Gastroesofageal reflux

**Ulcus**
Nexium HP (amoxicillin, esomeprazol, klaritromycin)

*Omeprazol (omeprazol)

- Helicobacter pylori-odling för resistensbestämning tas efter två eradikeringssörsök.

**Duodenalsår**

- Helicobacter pylori vanligaste orsak, lägre bakteriedensitet än vid ventrikelsår.
Eradikeringsskur för Helicobacter pylori i 1 vecka (Nexium HP, alt se Medicinska Riktlinjer helicobacter pylori). Behöver inte kontrollgastroskoperas. I svåra fall kan livslång behandling med protonpumpshämmare behövas.

**Ventrikelsår**

- Helicobacter pylori och NSAID är vanligaste orsak. Helicobacter pylori-positivt ulcer ges eradikeringsskur 1 vecka (Nexium HP, alt se Medicinska Riktlinjer helicobacter pylori), därefter ytterligare Omeprazol 20 mg x 1 i 4-8 veckor. Måste kontrollgastroskoperas till läkning för att utesluta cancer.

**Nedtrappning av protonpumpshämmare**
Protonpumpshämmare (PPI) är generellt säkra läkemedel som kan användas kontinuerligt på rätt indikation. Vid långtidsanvändning på svag indikation bör man dock ta hänsyn till biverkningar i form av ökad risk för Clostridium difficile, lunginflammation och frakturer. Pat med dyspepsi, lindrig GERD (Los Angeles A eller B) utan Barrett, eller med oklar indikation kan pröva nedtrappning efter 3 månaders symtomfrihet. Längre tids användning (> 2 mån) av PPI ger reboundeffekt på syrakecretionen och ökade dyspeptiska besvär. Nedtrappning behövs inte efter
behandling av Helicobacter pylori eller efter 4-8 veckors behandling av peptiskt ulcer. 

**Nedtrappningsschema**
- Halvera doseen under 4 veckor (förskriv eventuellt lägre styrka).
- Ta halva doseen varannan dag under 4 veckor.
- Pröva att sluta.
- Om det fortfarande finns behov av tillfällig syrahämning har Ranitidin och Novaluzid snabbare syrahämmande effekt än protonpumpshämmare.

**Illamående**
1. Postafen (meklozin) +
2. *Ondansetron (ondansetron)
2. *Prometazin (prometazin)
   - Primperan (metoklopramid) ska bara förskrivas för korttidsanvändning (upp till 5 dagar) p.g.a. risken för neurologiska biverkningar. Primperan är indicerad för illamående och kräckning postoperativt, i samband med cytotostikabehandling eller akut migrän. Maximal dygndos är 0,5 mg/kg. Läkemedelsverket 2013
   - Ondansetron 4-8 mg x 1-2, för tillfällig bruk. Obs förstoppningsrisk.
   - Ondansetron och prometazin kan ge QT-förlängning och hjärtarytmi. Den rekommenderade maxdosen av intravenöst ondansetron vid ett dostillfälle är 16 mg. Läkemedelsverket 2012

**Pankreasinsufficiens**
Creon 25 000 (pankreatin).
- Normaldosering 2 kapslar 3 gånger dagligen, eventuell effektförstärkning med PPI vid behov. En extra kapsel kan tas i samband med mellanmål.
- F-Elastas är ett sensitivt test för att hitta patienter med moderat-svår pankreasinsufficiens.

**Förstoppning**
**Snabbverkande**
Klyx (natriumdokusat+sorbitol) +
Resulax (sorbitol) +
**Volymökande**
1. Lunelax (ispaghula), vattenlösligt – bulkmedel +
2. Inolaxol (sterkenliagummi), ej vattenlösligt, olämpligt vid IBS – bulkmedel +
1. *Laktulos (laktulos) – osmotiskt verkande +
2. Importal Ex-Lax (laktitol) – osmotiskt verkande (vid intolerans mot Laktulos) +
2. *Movicol (polyetylenlykol) – osmotiskt verkande +
   - Bulkmedel ska inte användas vid opioidorskad förstoppning och ska användas med försiktighet till äldre med dåligt vätskeintag.

**Tarmmotorikstimulerande**
*Gilaxoral (natriumpikosulfat) +

**Diarré**
**Ospecificerad**
*Loperamid (loperamid) +
- Loperamid kan användas vid tillfällig och kronisk diarré utan blod.
- Bulkmedel (t.ex. Lunelax, Inolaxol) binder vatten och kan i vissa fall förbättra diarrébesvär.
• Kodein vid palliation av svårbemästrad diarré. I vissa fall kan även opiumtinkturen Dropizol (oral lösning) användas.

**Gallsaltsinducerad**

Lestid (*kolestipol*)

Questran (*kolestyramin*)

• Kolestyramin och kolestipol binder vissa läkemedel, vars absorption från tarmen och eventuell enterohepatisk recirkulation minskar. Justera alltid doseringstider i förhållande till annan medicinering.

• Kolestipol har neutral smak och har beredningsformer som medger möjlighet till finjustering och tolerans.

• Läkemedelsförmån finns för pulver Lestid och pulver Questran men inte tabl Lestid.

**Irritable Bowel Syndrome (IBS)**

*Svensk Gastroenterologisk Förening – riktlinje för IBS*

**Buksmärta**

1. *Alvedon (paracetamol)*
2. Papaverin (*papaverin*)
3. Egazil (*hyoscyamin*)

• *Amitriptylin (amitriptylin)*
  - Spasmolytika har som grupp visat sig ha måttlig effekt (dock ej bättre än paracetamol).
  - Vid terapiresistent smärta föreslås lågdos amitriptylin (10-50 mg till natten). Även SSRI kan övervägas.

**Diarré**

• Se ovanstående råd om diarré.

**Förstoppning**

• Se ovanstående råd om förstoppning. Välj vattenlösligt bulkmedel vid IBS.

**Svår IBS-C med förstoppning**

• Constella (*linaklotid*) ingår i högkostnadsskyddet med en begränsning som innebär att läkemedlet subventioneras för patienter med svår IBS-C (svår colon irritabile med förstoppning) som inte får effekt av eller inte tolererat annan behandling. **TLV 2013**

• Resolor (*prukaloprid*) där andra möjligheter är uttömda. Effekten avtar med tiden.

**Ulcerös kolit**

Asacol (*mesalazin*) (S)
Pentasa (*mesalazin*) (S)

• Mesalazin kan med fördel administreras en gång dagligen.

**Proktit**

Prednisolon klyasma (*prednisolon*)

• Prednisolon klyasma 31,25 mg ges i dosen 1 klyasma 2 gånger dagligen i 14 dagar, därefter till kvällen under 2-4 veckor. Systemeffekten är gynnsam tidigt i sjukdomsförloppet. Absorptionen motsvarar ca 25 mg prednisolon per dag vid denna dos.

• Vid diabetes rekommenderas Entocort klyasma p.g.a. lägre systemeffekter.

• Vid okomplicerad proktit ges förslagsvis supp Pentasa/Mesalal som underhållsbehandling efter kortisonkuren.

• Hänvisning till samverkansdokument kolorektala sjukdomar. **KRBU**

**Mikroskopisk kolit (kollagen kolit, lymfocytär kolit)**

Entocort (*budesonid*)
• Diagnosen ställs med koloskopi där biopsier visar kollagen eller lymfocytär kolit.
• Skov av vattning oblodig diarré kan ofta framgångsrikt behandlas med Entocort 3 mg i nedtrappning 3 kaps på morgonen i 4 v, 2 kaps på morgonen i 4 v och 1 kaps på morgonen i 4 v.
• Vid täta recidiv eller om diarrén återkommer under nedtrappning kan en kontinuerlig underhållsdos Entocort 3-6 mg dagligen användas.

Ändtarmsirritation
Xyloproct (**lidokain+hydrokortison+aluminiumdiacetat+zinkoxid**)

• Överförskrivning vanlig. Se även råd om hemorrojdliknande besvär i riktlinjen för Kolorektal basalutredning (**KRBU**). Enbart 1/5 av patienter med anala besvär har rätt indikation. Risk finns även att cancerdiagnostik kan försenas.
• Utredning med rektoskopi eller koloskopi ska göras för att utesluta annan blödningskälla.
• Doloproct (**lidokain + flukortalon**) kan prövas efter undersökning om Xyloproct haft otillräcklig effekt (max behandlingstid 14 dagar, stark kortikosteroid, observera kontraindikationerna).
Obesitas
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat och även långvarig stress samt depression

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor
Länk till SBU-rapport – Mat vid fetma

- Farmakologisk behandling är endast komplement och skall kombineras med diet och fysisk aktivitet.
- Orlistat ingår i läkemedelsförmånen vid behandling av patienter med BMI ≥30 samt patienter med diabetes typ 2 och BMI ≥28. Behandlingen bör kombineras med diet och ökad fysisk aktivitet.
- Ytterligare två godkända läkemedel med indikation viktreduktion är tillgängliga: Mysimba (naltrexon+bupropion) tabletter och Saxenda (liraglutid) injektionspenna. Båda är avsedda som tillägg till en kalorireducerad kost och ökad fysisk aktivitet för vikthållning hos vuxna patienter med BMI ≥30 eller BMI ≥27 tillsammans med minst en viktrelaterad komorbiditet (t.ex. diabetes typ 2, dyslipidemi eller hypertoni).
- Behandling med Mysimba eller Saxenda ska avslutas efter tolv veckors behandling med fulldos om patienten inte har förlorat minst 5 procent av sin initiala kroppsvikt.
- Mysimba och Saxenda ingår inte i läkemedelsförmånen och dygnskostnaden är för Mysimba ca 36 kr, och för Saxenda med doseringen 3 mg/dag ca 83 kr.

Obesitaskirurgi

- Efter obesitaskirurgi är livslång uppföljning nödvändig, framförallt avseende malabsorption och metabola faktorer.
- Vitamin- och mineralsubstitution rekommenderas enligt följande:
  - Behepan 1 mg x 1
  - Kalcipos-D forte 500 mg/800 IE x 2
  - Folsyratillförsel alltid till gravid/ammande kvinna. För övriga ges multivitamin-preparat som även innehåller folsyra.
  - Multivitamin- och mineraltablett (Zn, Mg, Cu, vit A, vit C, vit E, B1, B3, B6 och folsyra) x1
  - Duroferon 100 mg, 1x1 (speciellt viktigt till menstruerande kvinnor)

Norrlands riktlinjer för monitorering och supplementering med vitaminer/mineraler samt uppföljning efter obesitaskirurgi, SOReg 2017

- Indikationer för obesitaskirurgi är ålder 18-60 år och BMI ≥ 38-40 kg/m², samt BMI ≥ 35 med följdskador t.ex. typ 2 diabetes, hjärt-kärlsjukdom, led/ryggbesvär, sömnapné.
- Obesitaskirurgi bör enligt nationella diabetesriktlinjerna erbjudas till patienter med typ 2 diabetes med svår fetma, BMI >40 kg/m², och kan även erbjudas patienter med BMI 35-40 kg/m² och svårigheter att uppnå glukos – och/eller riskfaktorkontroll. Kunskap om läkemedelsfarmakokinetik efter obesitaskirurgi är begränsad och innebär att läkemedel kan tas upp både väsentligen bättre och sämre.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetes 2017
Läkemedelsboken – nutrition överviktt-fetma
Munhåla
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

Antibakteriella medel
Corsodyl gel (klorhexidin)
Hexident (klorhexidin)
Paroex (klorhexidin) ej läkemedel. Innehåller inte alkohol.

Antibiotikaprofylax
*Amoxicillín (amoxicillin) vid pc-allergi
*Clindamycin (klindamycin) vid pc-allergi

- Medicinsk riktlinje Antibiotikaprofylax i tandvården

Hematologi och koagulation
*Cyklokapron (tranexamsyra)

- Medicinsk riktlinje Antikoagulantia inför tandextraktion

Karies
*Dentan (natriumfluorid) lösning +
Duraphat (natriumfluorid) tandkräm

- Medicinsk riktlinje Karies, vuxentandvård

Muntorrhet och karies
Fludent (natriumfluorid) sugtablett 0,25 mg +
Saliversättning med natriumfluorid APL munhålelösning 0,02% (natriumfluorid)

- Vid behov av saliversättning vid konstaterad muntorrhet kan saliversättning med natriumfluorid APL munhålelösning 0,02% (natriumfluorid) användas och förskrivs på recept. Kombineras med Fludent sugtablett 0,25 mg 6 tablettar per dag
- Medicinsk riktlinje Muntorrhet (xerostomi)

Orala bakteriella infektioner
1. *Kävepenin (fenoximetylpenicillin)
*Clindamycin (klindamycin) vid pc-allergi
Flagyl (metronidazol) i kombination med Kävepenin

- Flagyl ges i kombination med Kävepenin där patienten inte svarar på behandling med bara Kävepenin. Kävepenin + Flagyl har ungefär samma spektrum som clindamycin.
- Medicinsk riktlinje Antibiotikabehandling i tandvården
- Behandlingsrekommendation Antibiotikabehandling i tandvården- Läkemedelsverket 2014

Orala svampinfektioner
Lokal behandling
*Nystimex (nystatin) +
Systemisk behandling
*Flukonazol (flukonazol)
- Viktigt med förebyggande munhälsovård.
- Troligtvis sker viss överdiagnostik och överbehandling av oral svamp.
- Symtomfri kronisk svampinfektion hos för övrigt frisk patient behöver inte alltid behandles. Orsaken bör dock utredas. Enbart vitaktig tunga är ingen indikation för behandling.
- Systemisk behandling används om patienten är kraftigt immunsupprimerad.
- Systemisk behandling med Flukonazol kapslar 50 mg 1x1 inleds med en behandlingstid på 7 dagar. Vid behov förlängning av behandlingstiden till 14 dagar.
- Varning för interaktion med andra läkemedel vid systembehandling med svampmedel.
- Medicinsk riktlinje Orala svampinfektioner

Orala virusinfektioner
Se i övrigt Infektionsavsnittet
*Valaciclovir (valaciclovir)
  - Medicinsk riktlinje Virushämmande läkemedel i munhålan

Aftösa lesioner
Triamcinolon APL (triamcinolon) munhålepasta 0,1%
Hexident (klorhexidin)
  - Orsaken är okänd.
  - Enhetlig behandling saknas.
  - Den kliniska bilden är ofta tydlig.
  - För symptomlindring kan lokalt ytanestetikum ordineras, t.ex. benzydamin (Andolex munsköljvätska, Zyx sugtabletter), Aloclair, Sinaftin eller lidokain (Lidokainhydroklorid i Oral Cleaner APL, 5mg/ml; Lidokain APL, munhålepasta 5%)
  - Tandkräm utan tillsats av natriumlaurylsulfat bör användas, t.ex. Zendium och Biotene.
  - Sköljning med klorhexidin eller lokal kortikosteroidbehandling har också visat viss effekt.
Neurologi och stroke

Migrän
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

Akutbehandling
1. *Bamyl koffein (acetylsalicylsyra+koffein)
2. *Naproxen (naproxen)
3. *Sumatriptan (sumatriptan) tablett
4. Zomig Nasal (zolmitriptan)

• Icke-farmakologisk behandling bör ingå tidigt i behandlingen.
• Vid svårbehandlad migrän överväg samtidig spänningshuvudvärk eller läkemedelsinducerad huvudvärk.
• För injektionsbehandling är generiskt sumatriptan förstahandsval.
• Munlösligt ondansetron kan användas mot illamående.

Profylax
1. *Metoprolol (metoprolol) depottablett
2. Topiramat (topiramat) (S)

• Botulinumtoxin kan användas vid migränhuvudvärk med mer än 15 huvudvärksdagar per månad när minst två andra profylaxbehandlingar inte har haft effekt. Ska endast användas efter neurologbedömning.
• Aimovig (erenumab) är föremål för nationellt ordnat införande och bör endast förskrivas enligt separat riktlinje.

Epilepsi

Akutbehandling
1. Stesolid prefill (diazepam)
2. Buccolam (midazolam) peroral munhålelösning

• Behanda akuta anfall hos vuxna med 10-20 mg Stesolid om anfallet varat mer än 3 minuter och fortfarande pågår.
• Intramuskulärt midazolam kan vara ett alternativ för patienter som saknar fungerande venös infart.
• Buccolam är en förfylld spruta för peroral användning. Buccolam är godkänt endast för barn och tonåringar, och den högre dosen (10 mg) kan användas även till vuxna patienter där anfallsbehandling med rektalt diazepam inte är lämpligt.

Underhållsbehandling vid strukturell epilepsi

• Yngre patienter, patienter med genetisk epilepsi eller epileptiska syndrom bör behandlas av neurolog eller läkare med stor erfarenhet av epilepsibehandling.

Lamotrigin (lamotrigin)
Levetiracetam (levetiracetam)

• Övriga läkemedel bör ses som specialistläkemedel.
• Levetiracetam doseras efter njurfunktion.
• Byte till generika bör övervägas vid receptförnyelse.
• Kvinnor som behandlas med antiepileptika bör behandlas med folsyra 5 mg 1x1 när graviditet planeras eller sättas in på folsyra vid konstaterad graviditet.
**Restless legs syndrom**
Informera om möjligt samband med alkohol, rökning och koffeinintag.
Rekommendationen gäller när besvären ej kan dämpas tillfredsställande med lätta analgetika.
Överväg sekundär RLS, exempelvis järnbrist, diabetes, läkemedelsbiverkan (neuroleptika, antidepressiva) eller polyneuropati.
1. *Pramipexol (pramipexol)*
2. *Levodopa/benserazid (levodopa+benserazid)*
3. Gabapentin (gabapentin)
   - Vid långtidsbehandling av yngre patienter med dopaminerga preparat, beakta risken för augmentation (med behov av dosökning p.g.a. läkemedelspåverkan).
   - Läkemedelsboken

**Parkinsons sjukdom**
**Motoriska symtom**
1. *Levodopa/benserazid (levodopa+benserazid)*
1. *Pramipexol (pramipexol) depottablett*
1. *Ropinirol (ropinirol) depottablett*
2. *Entacapone (entakapon)*
3. *Rasagilin (rasagilin)*
   - Till yngre patienter rekommenderas i första hand dopaminagonister.
   - Amantadin (licens) kan användas vid svåra motoriska fluktuationer.

**Icke-motoriska symtom**
**Kognitiv svikt**
1. *Rivastigmin (rivastigmin)*
2. *Memantin (memantin)*

**Depression**
1. *Venlafaxin (venlafaxin)*
2. *Mirtazapin (mirtazapin)*

**Hallucinationer**
1. *Quetiapin (quetiapin)*
2. *Clozapin (clozapin) (S)*
   - Överväg i första hand att reducera doserna dopaminerga läkemedel, övrig läkemedelsbiverkan och latent kognitiv svikt.

**Ortostatisk hypotension**
1. Effortil (etilefrin)
2. Florinef (fludrokortison) (S)
3. Midodrin (midodrin) (S)
   - Patienter med Parkinsons sjukdom bör följas via Parkinsonteam.
   - Patienter med Parkinsons sjukdom i komplikationsfas är ofta biverkningskänsliga. All läkemedelsbehandling oavsett indikation bör noggrant utvärderas avseende nytta och biverkningar.
   - Behandlingsriktlinjer Parkinsons sjukdom SWEMODIS 2014
   - Läkemedelsboken
   - Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2016

**TIA/Stroke – akutbehandling**
Patienter med misstänkt TIA eller stroke skall akutmmitteras till akutmottagning för utredning
och behandling på strokeenhet.

1. Reperfusionsbehandling

2 *Acetylsalicylsyra (acetylsalicylsyra) 300 mg bolusdos + *Clopidogrel (klopidogrel) 300 mg bolusdos

- Medicinsk riktlinje Akut handläggning av misstänkt stroke
- Efter intravenös trombolys ges trombocythämning med acetylsalicylsyra i monoterapi tidigast efter 24 timmar.
- Vid omfattande stroke där trombolys ej kunnat ges rekommenderas acetylsalicylsyra i monoterapi.
- Om behandling inte kan påbörjas inom 24 timmar från insjuknandet bör trombocythämning endast ges i monoterapi enligt nedan.
- Vid bakomliggande aterosklerotisk sjukdom ges kombinationsbehandling med acetylsalicylsyra och clopidogrel i 3 veckor. Ange sluttid vid ordination.

**TIA/Stroke – sekundär prevention**

Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

**Blodtryckssänkande behandling**

Se avsnitt Hypertoni

**Lipidsänkande behandling**

1. *Atorvastatin (atorvastatin)
2. *Ezetimib (ezetimib) som tillägg till statin

- För patienter med påvisad ateroskleros i carotisartärerna bör högintensiv kolesterol sänkning (LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l) överbägas.

**Trombosprofylax för patienter utan förmaksflimmer**

1. *Clopidogrel (klopidogrel)
2. *Acetylsalicylsyra (acetylsalicylsyra) 75 mg x1

- Undvik klopidogrel i kombination med omeprazol. Byt till pantoprazol om syrahämning krävs.
- Långtidsbehandling med dubbel trombocythämning bör undvikas pga risk för blödning.

**Emboliprofylax för patienter med förmaksflimmer**

1. Eliquis (apixaban)
2. Pradaxa (dabigatran)
2. Warfarin Orion (warfarin)

- Nationella riktlinjer för vård vid stroke
- Bland patienter med genomgången stroke/TIA finns en ökad förekomst av förmaksflimmer. Var frikostig med diagnostik, t.ex. tum-EKG.
Obstruktiva lungsjukdomar, Tobaksavvänjning

Obstruktiva lungsjukdomar
Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor
- Notera vikten av att instruera och följa upp patientens inhalationsteknik!
- Inhalationsspray används när pulverinhalator inte är lämplig eller vid behov av spacer. Lämplig spacer är Optichamber Diamond (upphandlad).
- Det bör finnas en skriftlig behandlingsplan för patienter med KOL respektive astma.
- Inhalatorsammanställning på Vårdgivarwebben

SABA = kortverkande beta-2-stimulerare, LABA = långverkande beta-2-stimulerare, ICS = inhalationssteroider, LAMA = långverkande antikolinergika, LTRA = leukotrienreceptor-antagonister

Asthma
Symtomens svårighetsgrad skattas med hjälp av AKT (Astma Kontroll Test)

Kortverkande beta-2-stimulerare (SABA)
Buventol Easyhaler (salbutamol)
Ventilastin Novolizer (salbutamol)
Ventoline Evohaler (salbutamol) inhalationsspray
- Lägsta styrkan rekommenderas i första hand för att minska biverkningar.

Antiinflammatoriska läkemedel (ICS och LTRA)
1. Giona Easyhaler (budesonid)
1. Novopulmon Novolizer (budesonid)
1. Flutide Evohaler (flutikason) inhalationsspray
2. *Montelukast (montelukast)
- Montelukast (LTRA) kan användas som tillägg till ICS respektive ICS+LABA.

Kombinationsbehandling (ICS+LABA)
Bufomix Easyhaler (budesonid+formoterol)
Seretide Evohaler (flutikason+salmeterol) inhalationsspray
- Kombinationsmedel är aldrig förstahandsmedel. De rekommenderas endast vid otillräcklig effekt av SABA och ICS.

Övriga
Spiriva Respimat (tiotropium)
*Betapred (betametasone) akutbehandling
Prednisolon (prednisolon) vid exacerbation
- Spiriva Respimat (tiotropium) kan övervägas som tillägg vid steg 4 när kombinationsbehandling inte är tillräcklig
- Nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) Socialstyrelsen 2015
- Medicinsk riktlinje: Astmanfall - akutbehandling på vårdcentral/akutmottagning
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom – KOL
Vid dagligräkning rekommenderas kontakt med tobaksavvänjare. Uppmärksamma fysisk träning, nutrition, vaccination och identifiera och behandla samsjuklighet. Utnyttja KOL-skola.

Länk till regionens rehabriktlinjer KOL

- Läkemedelsbehandling endast vid symtom och införs stegvis. Den baseras på en sammanvägning av symtomens svårighetsgrad, grad av lungfunktionsnedminskning samt förekomst av exacerbationer.
- För detaljer se läkemedelsverkets riktlinjer s 8. Läkemedelsverkets riktlinjer KOL 2015
- Symtomens svårighetsgrad skattas med hjälp av CAT (COPD Assessment Test). CAT<10 = lindriga eller sporadiska symtom, CAT ≥10 = betyder symtom.

Kortverkande beta-2-stimulerare (SABA) vid behovsmedicinering vid lindriga eller sporadiska symtom.
Buventol Easyhaler (salbutamol)
Ventilastin Novolizer (salbutamol)
Ventoline Evironhaler (salbutamol) inhalationsspray

Långverkande antikolinergika (LAMA) vid övervägande exacerbationsanamnes.
Eklair Genuair (aklindinium)
Braltus Zonda (tiotropium)
Spiriva Respimat (tiotropium) inhalationsspray

Långverkande beta-2-stimulerare (LABA) vid övervägande symptomamnes.
Onbrez Breezehaler (indakaterol)
Striverdi Respimat (olodaterol) inhalationsspray

Kombination LAMA+LABA vid otillräcklig effekt av LAMA eller LABA
Ultibo Breezhaler (indakaterol+glykopyrron)
Spiolto Respimat (tiotropium+olodaterol) inhalationsspray

Inhalationssteroider (ICS) vid exacerbationer trots LAMA, LABA eller LABA+LAMA
Giona Easyhaler (budesonid)
Novopulmon Novolizer (budesonid)
Flutide Evironhaler (flutikason) inhalationsspray

- Byte till ICS+LABA vid exacerbationer och betydande symtom trots behandling med LAMA.
- Byte till ICS+LABA vid gravt nedsatt lungfunktion (FEV1<50% av förväntat normalvärde) och betydande symtom trots behandling med LAMA+LABA.
- Observera behov av inhalationssteroider vid blandform astma/KOL.

Kombination ICS+LAMA+LABA vid behov av tripelbehandling
Trelegy Ellipta (flutikason+umeklidinium+vilanterol)
Trimbow (beksloktason+glykopyrron+formoterol) inhalationsspray

Övriga
*Betapred (betametason) akutbehandling
*Prednisolon (prednisolon) vid exacerbation
- Långtidsbehandling med perorala steroider rekommenderas inte.
- Nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) Socialstyrelsen 2015
Tobaksavvänjning

**Steg 1**
1. Kvalificerat rådgivande samtal med tobaksavvänjare
2. Sluta röka-linjen (telefon: 020-84 00 00)

**Steg 2**
1. Nikotinläkemedel (receptfritt men bör noteras på läkemedelslistan) *
2. Champix *(vareniklin)*
3. Zyban *(bupropion)*

- Läkemedelsbehandling ska kombineras med motiverande stöd.
- Zyban: Ta hänsyn till interaktionsproblematik
- Patienter kan vid kraftig nikotinabstinens erhålla nikotinläkemedel lämpligast i form av plåster (preoperativt) operationsdagen.
- Behandla inneliggande patienter med nikotinabstinens endast vid behov med depotplåster.
- Snus och e-cigaretter är inte tobakavvänjningsmedel.
- Tobaksavvänjare finns på alla vårdcentraler och på sjukhusen i Växjö och i Ljungby.

**Medicinsk riktlinje Tobak 2017**
**Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder**

**Tobaksrökning kan interagera med många olika läkemedel.**
Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård i livets slutskede definieras som ”palliativ vård som ges under patientens sista tid i livet när målet med vården är att lindra lidande och främja livskvalitet”. Prognostiskt är kvarvarande tid i livet kort från dagar till enstaka månader.

- Nationellt vårdprogram palliativ vård
- Läkartidningen nr 47/2016, tema palliativ vård

Vid behovsordinationer av läkemedel

- Se över läkemedelslistan. Ha endast kvar de läkemedel patienten har nytta av just nu.
- Ordinera vid behovsläkemedel mot smärta, ångest, illamående, rosslighet och andnöd samt mot andra eventuella symtom.
- Läkemedel ordineras parenteralt, i första hand subkutant, men tänk på att anpassa administrationssätt till de infarter som patienten redan har.
- Undvik intramuskulär administration – liten muskelmassa, risk för skada, often smärtsamt.
- Undvik suppositorier – osäkert upptag, kan vara obehagligt och integritetskränkande.
- Rekommenderade läkemedel finns i de kommunala basförråden och tas i första hand därifrån.
- Blankett: ”Planeringsunderlag vid vård i livets slutskede” i hemsjukvården finns i Cambio Cosmic (under journal-Ny blankett- i blankettbiblioteket).
- I Cambio Cosmic finns ordinationspaket (VILS) för dessa läkemedel.

Smärta

Morfin (morfin) injektion 10 mg/ml

Dos: För de som inte står på opioider tidigare: 2,5-5 mg (0,25–0,5 ml) sc vb
   Vid stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen sc vb
   - Justera dos efter ålder, lägre dos till äldre patienter p.g.a. av sämre njurfunktion.
   - Olika opioider är inte dosekvivalenta, konverteringsguide opioider

Illamående

Haldol (haloperidol) injektion 5 mg/ml

Dos: 1-2,5 mg (0,2-0,5 ml) sc vb max 2 gånger per dygn

Konfusion

Viktigt att åtgärda behandlingsbara orsaker t.ex. urinretention, förstoppning, hyperkalcemi, läkemedelsbiverkningar om möjligt.

Haldol (haloperidol) injektion 5 mg/ml

Dos: 1-2,5 mg (0,2-0,5 ml) sc vb max 2 gånger per dygn

Ångest

1. Midazolam (midazolam) injektion 5 mg/ml

Dos: 2,5 mg (0,5 ml) sc vb
2. Stesolid Novum (diazepam) injektion 5 mg/ml

Dos: 2,5- 5mg (0,5-1 ml) sc vb
   - Behandling med midazolam är mer lättstyrd p.g.a. kort halveringstid (1,5–2,5 tim).
   - Diazepam är mer svårstyrtyg p.g.a. mycket lång halveringstid och aktiv metabolit.
   - Midazolam ges i halv dos vid njursvikt och diazepam ges med försiktighet vid njursvikt.
   - Vissa patienter kan behöva kompletterande ordination i form av buccal administrering av midazolam eller rektal administrering av diazepam.
**Rosslighet**
Robinul *(glycopyron)* injektion 0,2 mg/ml  
**Dos:** 0,2 mg(1 ml) sc vb

**Andnöd**
1. Morfin *(morfin)* injektion 10 mg/ml  
   **Dos:** För de som inte står på opioider tidigare: 2,5-5 mg (0,25–0,5 ml) sc vb  
   Vid stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen sc vb
2. Midazolam *(midazolam)* injektion 5 mg/ml  
   **Dos:** 2,5 mg (0,5 ml) sc vb
Furix *(furosemid)* injektion 10 mg/ml kan ges vid hjärtsviktsorsakad andnöd och vid lungödem.  
   **Dos:** 20-40 mg (2-4 ml) iv/sc
   - Viktigt att ta reda på bakomliggande orsak till andnöd.
Psykiatri

Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor såsom tobak, fysisk aktivitet, alkohol och matvanor.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

Beroendeframkallande läkemedel såsom vissa smärtstillande, sömnmediciner, ångestlättande läkemedel m.m. ska förskrivas med restriktivitet för de flesta patienter, gäller inte vård i livets slutskede.

- Om alternativ finns som inte är beroendeframkallande bör man i första hand välja detta.
- Beroendeframkallande läkemedel ska ej kombineras med alkohol.
- Om man ändå p.g.a. besvärens art måste använda beroendeframkallande läkemedel bör man planera för så kort behandlingstid som möjligt och i vissa fall redan från början planera uttrappning. Den läkare som förskrivit läkemedlet har ansvar för att en plan för uppföljning, utvärdering och att trappa ned dosecation vid behov kommer till stånd. Antingen via fortsatt egen kontakt, riktlinjer för hantering på respektive enhet eller via remiss till vårdgivare som kan ta över fortsatt behandlingsansvar.

Flera psykiatriska läkemedel (antidepressiva, ångestlindrande/sedativa, antipsykotika, demensläkemedel m.fl.) ger QT-förlängning i någon grad. Undvik att kombinera flera läkemedel som förlänger QT-tiden och följ vid behov upp med EKG. QTdrugs.org

Psykiatri – allmänpsykiatri – (ej äldre)

Sömnstörning

- Förstahandsbehandling vid sömnbesvär är information och sömnförbättrande åtgärder.
  1. *Zopiklon (zopiklon)
  1. *Zolpidem (zolpidem)
  2. Propavan (propiomazin)

- Vid behov av läkemedelsbehandling bör denna ges under kortare tid eller intermittert. **Förskriv liten förpackning:** Zolpidem har kortare verkningstid än Zopiklon och lämpar sig bäst vid renodlade insomningsproblem.
- Propavan kan ges vid otilräcklig effekt av ovanstående eller vid missbruksrisk. Den kan också ges som tillägg till zopiklon eller zolpidem, framför allt vid frekventa uppvaknanden under natten och tidigt uppvaknande.
- **SBU – Behandling av sömnbesvär hos vuxna 2010**

Tillfällig ångest

- Förstahandsbehandling vid ångest är information om symtom och ångesthanterings-strategier t.ex. enl. KBT-modell.
  1. *Atarax (hydroxizin)
  2. *Oxascand (oxazepam)

- Oxazepam har god ångestlättande effekt vid intermittent behandling av svår ångest. Beakta risken för tolerans, missbruk och beroende. **Förskriv liten förpackning.**
- Beatablockad, t.ex. propranolol, kan provas mot hjärtklappning sedan man uteslutit kontraindikation.
Ångestsyndrom

- Vid lätta till måttliga tillstånd kan kognitiv beteendeterapi rekommenderas som ensam förstahandsbehandling.

1. *Sertralin (sertralin)
2. *Venlafaxin (venlafaxin)

- Bensodiazepiner rekommenderas ej p.g.a. risken för beroendeutveckling.
- Vid behandling av ångestsyndrom rekommenderas behandlingsstart på låg nivå (Sertralin 25 mg, Venlafaxin 37,5-75 mg) och långsamt upptrappning. För god effekt är det viktigt med adekvat dos (Sertralin 50-200 mg, Venlafaxin 150-300 mg) under tillräcklig tid (flera månader). Efter uppnådd stabilitet kan behandlingen behöva fortsätta i flera år.
- Vid generaliserat ångestsyndrom kan pregabalin övervägas till patienter med låg risk för missbruk eller beroendeutveckling.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation depression, ångest- och tvångssyndrom 2016

Depression (unipolär)

- Det bör ges hög prioritet för insatser mot ohälsosamma levnadsvanor hos patienter med depression. Man bör som förstahandsval motivera patienten till ökad fysisk aktivitet och dessutom fråga om tobaksbruk, alkoholvanor, matvanor och vid behov erbjuda stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor.
- Vid lätta till måttliga tillstånd kan kognitiv beteendeterapi rekommenderas som förstahandsbehandling.

1. *Sertralin (sertralin)
2. *Mirtazapin (mirtazapin)
3. *Venlafaxin (venlafaxin)

- Venlafaxin är särskilt indicerat vid otillräcklig effekt av förstahandsmedel, eller vid behandling av mättlig-svår depression.
- Vid behandling av depression är det viktigt med tillräcklig dos (Sertralin 50-200 mg, Mirtazapin 30-45 mg, Venlafaxin 150-300 mg) under tillräcklig tid samt en aktiv uppföljning. Behandling bör fortsätta minst 6 månader efter remission, längre vid recidiv. Profylaktisk långtidsbehandling kan bli aktuellt vid återkommande depressioner.
- Bipolär depression bör behandlas av specialistpsykiatrin.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna 2016

Alkoholberoende

Återfallsförebyggande

Antabus (disulfiram)
Campral (akamprosat)
*Naltrexon (naltrexon)

Vitamintillskott

Beviplex Forte (vitamin B1, B2, B6 och nikotinamid)
Behandling med Antabus kan kompletteras med antingen Campral eller Naltrexon eller båda.

Om alkohol i utandningsluft skall mätas innan intag av Antabus bör det framgå av ordination.

Antabus kan doseras 2-3 gånger per vecka eller dagligen beroende på dos. Leverprover och PK ska kontrolleras vid start av behandling samt upprepas inom de första tre månaderna.

Uppföljning av behandlingsresultatet skall göras regelbundet. Vid utebliven effekt två till tre månader efter behandlingsstart bör läkemedelsbehandlingen omprövas och byte till annat preparat övervägas. Campral eller Naltrexon kan användas som långtidsbehandling men Antabus bör avslutas efter 6-12 månader om detta är möjligt.

- **SBU Behandling med naltrexon (Revia, Naltrexon Vitalfo) vid alkoholberoende 2011**
- **SBU Behandling med akamprosat (Campral och Aotal) vid alkoholberoende 2011**

---

**Psykiatri – specialistpsykiatri**

**Psykos – schizofreni och liknande sjukdomar**

1. *Risperidon (risperidon) (S)*
2. *Olanzapin (olanzapin) (S)*
3. *Clozapin (clozapin) (S)*
*Aripiprazol (aripiprazol) (S) vid nyinsjuknande

- Risperidonbehandling inleds med låg dos, 0,5 mg x 1-2, för att undvika postural hypotension. Risk för prolaktinstegring. I doser över 3-4 mg ökar risken för extrapyramidala biverkningar. Finns även som injektion, vilket rekommenderas särskilt vid missbruk, beroende och till patienter som avbryter sin behandling och återinsjuknar.
- Olanzapin ges i en dos till natten p.g.a. risk för sedation.
- Clozapin har god effekt men det finns risk för biverkningar, varför särskild uppföljning krävs, vilken kräver behandlingsföljsamhet. Rekommenderas särskilt vid svårbehandlad sjukdom och suicidal problematik.
- Alla preparaten ger risk för viktökning och metabolt syndrom (risperidon i något mindre grad), varför särskilt uppföljningsprogram krävs.
- **Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom Svenska psyk fören m fl**
- **Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd 2018**

**ADHD hos vuxna**

1. Strattera (atomoxetin) (S)
2. *Metylfenidat (metylenidat) (S)*
2. Elvanse Vuxen (lisdexamfetamin) (S)

- Strattera är framförallt effektivt mot hyperaktivitet samt kan övervägas vid risk för missbruk, svåra tics och sömnstörning. Full effekt av behandlingen uppnås inom 1-2 månader och är därefter kontinuerlig.
- Metylenidat är effektivt framförallt mot koncentrationstörningen och finns i flera olika beredningsformer med varierande proportioner av kortverkande och långverkande substans. I första hand rekommenderas de mest depotverkande preparaten, vilket ger jämnare effekt och lägre risk för missbruk.
- Behandling får ej initieras utan noggrann diagnostik (inkluderande basal neuropsykiatrisk utredning). Uppföljning ska ske strukturerat i särskilt behandlingsteam inom specialistpsykiatri eller vuxenhabiliteringen.
- Metylenidat och Elvanse får endast förskrivas av läkare med specialistkompetens i barn-
och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättsspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Även Strattera bör skrivas ut av specialist.

- HSLF-FS 2017:74
- Läkemedelsverkets riktlinjer ADHD 2016
- ADHD - diagnostik och behandling, världens organisation och patientens delaktighet, SBU 2013

Bipolär sjukdom
Återfallsförebyggande behandling
Lithionit (lithium) (S)
Ergenyl (valprainsyra) (S)
Lamotrigin (lamotrigin) (S)
*Olanzapin (olanzapin) (S)
*Quetiapin (quetiapin) (S)
- Litiumbehandling är välbeprövat och effektivt både vid mani och depression men kräver strukturerad uppföljning och det finns risk för påverkan på tyreoidea och njurar.
- Antiepileptika: Ergenyl (framförallt mot mani vid bipolär I) och Lamotrigin (framförallt vid bipolär II).
- Ergenyl ska undvikas till kvinnor i fertil ålder p.g.a. hög risk för fosterskador vid graviditet.
- Atypiska neuroleptika kan också användas som återfallsförebyggande samt vid skov: Olanzapin (framförallt vid mani). Seroquel depot/Quetiapin (framförallt vid depression)
- Risk för viktökning och metabol påverkan, varför särskilt uppföljningsprogram krävs.

Graviditet och amning
- Vid svårare psykiatriska tillstånd bör den gravida eller ammande kvinnan ej undanhållas farmakologisk behandling, som kan behöva skötas inom specialistpsykiatri, se särskild rubrik Graviditet samt - Medicinsk riktlinje Psykisk ohälsa under graviditet och barnets första levnadsår 2013
- Sertralin rekommenderas som förstahandsval vid behandling av ångestsyndrom och depression under graviditet och amning, då det har god dokumentation och lägst passage över i bröstmjölk vilket medger fortsatt amning.
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation depression, ångest- och tvångssyndrom 2016

Psykiatri – äldrepsykiatri
Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2017

Demens
- Lokalt vårdprogram för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen 2017
- Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD Läkemedelsverket 2008
- Utvärdering av tolerabilitet och ställningstagande till eventuell dosökning av kolinesterashämmare eller memantin efter 4–6 veckor.

Alzheimers sjukdom/blanddemens
*Donepezil (donepezil) – mild till måttlig Alzheimers sjukdom/blanddemens
*Memantin (memantin) – måttlig till svår Alzheimers sjukdom
- Vid biverkan av donepezil kan de andra kolinesterashämmarna prövas.
- Om det är tveksamt att patienten har någon nyttja längre av dessa preparat, kan utsättningsförsök göras. Viktigt med uppföljning inom 2-3 veckor och återinsättning om
försämring.
- Donepezil bör ej kombineras med Citalopram p.g.a. risk för interaktion (QT-förlängning).

**Demens vid Parkinsons sjukdom och Lewy body demens**
1. *Rivastigmin (rivastigmin)
2. *Memantin (memantin)

- Rivastigmin finns som plåster och kan prövas vid svåra GI-besvär men är dyrare. Exelon (rivastigmin) finns även som oral lösning.
- Båda patientgrupperna är känsliga för antipsykotiska läkemedel med ökad risk för malignt neuroleptikasyndrom. Risken ökar även för förvirring, medvetandesänkning och fall.

**Depression - äldre**
1.*Mirtazapin (mirtazapin) framförallt vid samtidig ångest och sömnstörning. Kan ge ökad aptit.
2. *Sertralin (sertralin)
3. *Duloxetin (duloxetin) vid recidiverande depression.

- GDS-15 (Geriatric Depression Scale) är ett screeninginstrument avsett att upptäcka depression hos äldre. MADRS självskattnings (Montgomery Åsbergs Depression Rating Scale) kan användas för att gradera allvarlighetsgraden och följa symtomen. Vid misstanke på kognitiv svikt används även MMSE (Mini Mental State Examination) och klokttest.
- Vid lätt till måttlig depression rekommenderas KBT som ensam förstahandsbehandling.
- Tänk på att börja med låg dos och trappa upp långsamt hos äldre. Rekommenderad maxdosa: Sertralin 100 mg, Mirtazapin 45 mg och Duloxetin 60 mg.
- Mycket viktigt med utvärdering av effekten efter 2-3 månader, eftersom SSRI i korttidsstudier inte visats vara bättre än placebo för personer över 65 år. Vid god effekt av SSRI finns dock vetenskapligt stöd för att fortsatt behandling förebygger recidiv.
- SSRI ger i kombination med NSAID en markant ökad risk för gastrointestinal blödning och bör undvikas. Även SSRI i kombination med lågdos ASA ökar blödningsrisken.
- Antidepressiva läkemedel ökar risken för fall med 60 %. I kombination med opioider ökar risken ytterligare.
- Läkemedelsbehandling av depression och ångestsyndrom hos äldre. Läkemedelsverket 2016
- Medicinsk riktlinje – Depression hos äldre
- SBU – Behandling av depression hos äldre 2015
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen 2017

**Orostillstånd – äldre**
- Vid oros- och konfusionstillstånd hos äldre ska smärta och annan somatisk orsak utredas och behandlas. Sätt ut konfusionsframkallande farmaka. Se bilaga 1: Läkemedelsgrupper med betydande antikolinerga effekter i Indikatorer för god läkemedelstjänst hos äldre, Socialstyrelsen 2017
- Orostillstånd ska ej behandlas med neuroleptika. Om patienten behandlas med neuroleptika utan att ha psykotiska symtom bör alternativ prövas.
- Överväg i första hand icke farmakologiska åtgärder, t.ex. samtal/stöd.
Oro med depressiva inslag
- Se Depression-äldre

Tillfällig oro
*Oxascand (oxazepam)
- Regelmässig omprövning pga risk för toleransutveckling, dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar och fall.
- Om patienten står på långverkande bensodiazepiner som Stesolid bör utsättning eller byte till Oxascand prövas.

Oro med psykotiska inslag
*Risperidon (risperidon)
- Behandling ska ske med lägsta effektiva dos och följas upp kontinuerligt avseende ev. utsättning.
- Läkemedelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom – BPSD Läkemedelsverket 2008

Sömnstörning – äldre
*Zopiklon (zopiklon)
- Förstahandsbehandling vid sömnbesvär är information och sömnförbättrande åtgärder. Använd gärna broschyren Sov Gott och patientversion av Säröbomb.
- Tänk på att kartlägga patientens sömn med beteendeschema under hela dygnet innan läkemedel provas. Var noga med att utvärdera effekten av läkemedel.
- Tänk på möjligheten till sömnskola.
- Pröva alternativa metoder vid sömnstörning för personer i särskilda boende. Beakta särskilt tillräcklig aktivitet på dagtid.
- Vid behov av läkemedelsbehandling bör denna ges under kortare tid eller intermittent. Maxdos Zopiklon 5 mg till de mest sjuka äldre. Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre – Behandlingsrekommendationer
- Om patienten står på antingen långverkande bensodiazepiner (Nitrazepam, Flunitrazepam) eller Propavan ska byte till Zopiklon eller utsättning övervägas.
Smärta

Uppmärksamma påverkbara levnadsvanor: tobak, fysisk aktivitet, alkohol, mat, långvarig stress.

Medicinska riktlinjer Levnadsvanor

Innan en smärtbehandling påbörjas:

- Diagnos grundad på noggrann anamnes samt noggrann somatisk undersökning. Vid behov kontrolleras laboratorieprover samt röntgen.
- Gör smärtanalys och förankra denna hos patienten.
- Läkemedelsbehandling ska i möjligaste mån väljas utifrån smärtmekanism – nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk – och smärtgenererande strukturer.
- Det är viktigt att klargöra patientens förväntningar på behandlingen för att komma fram till en realistisk ambitionsnivå.
- Region Kronoberg - Rehabilitering av patienter med långvarig benign smärta
- SBU Rehabilitering vid långvarig smärta
- SoS Nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar 2012
- Lmv behandlingsrekommendation långvarig smärta 2017

Akut smärta

- Principen för behandling av akuta smärttillstånd bör vara kraftfull analgetisk terapi, i första hand för att minska patientens lidande.
- Det finns belägg för att effektiv smärtlindring i det akuta skedet postoperativt eller efter trauma minskar risken för kvarstående sensitisering.
- Behandlingstidens längd avpassas efter förmodad läkningstid för underliggande skada. Akut smärta har oftast ett förutsägbart förlopp och varaktigheten är sällan mer än några dagar till veckor när det gäller nociceptiva tillstånd. Vid neuropatiska tillstånd kan behandlingstiderna bli längre.

Långvarig smärta

- Långvarig smärta – smärta som kvarstår efter tre månader eller efter ett normalt läkningsförlopp.
- Den långvariga smärten kan inte betraktas som akut smärta utsträckt i tid eftersom andra smärtmekanismer är verksamma. Den långvariga smärten är i regel multifaktoriell.
- Multimodalt omhändertagande och ett biopsykosocialt synsätt är viktigt.
- Läkemedel är inte en självklar del vid behandling av långvarig smärta. När läkemedel används ska de ses som en del i det multimodala omhändertagandet.
- Fokus och mål är att höja funktionsnivån trots den föreliggande smärten.

Beroendeframkallande läkemedel såsom vissa smärtsstillande, sömnmediciner, ångestdämpande läkemedel mm. ska förskrivas med restriktivitet för de flesta patienter, gäller inte vård i livets slutskede.

- Om alternativ finns som inte är beroendeframkallande bör man i första hand välja detta.
- Beroendeframkallande läkemedel ska ej kombineras med alkohol.
- Om man ändå p.g.a. besvärens art måste använda beroendeframkallande läkemedel bör man planera för så kort behandlingstid som möjligt och redan från början planera uttrappning. Den läkare som förskrivit läkemedlet har ansvaret för att plan för uppföljning, utvärdering och att trappa ned doserna vid behov kommer till stånd. Antingen via fortsatt egen kontakt, riktlinjer för hantering på respektive enhet eller via remiss till vårdgivare som kan ta över fortsatt behandlingsansvar.
**Nociceptiv smärta**

**Paracetamol**

*Alvedon/Panodil (paracetamol) +

- Paracetamol är basen i behandlingen av nociceptiv smärta. Utvärdera och ompröva.
- Dosanpassning kan behövas vid nedsatt njurfunktion. [Janusinfo dosering av paracetamol](https://www.janusinfo.se/dosering/paracetamol)

**COX-hämmare (NSAID)**

*Ibuprofen (ibuprofen) +
*Naproxen (naproxen)*

- Vid risk för intorkning ska man göra tillfälligt uppehåll av COX-hämmare.
- OBS! Kontraindikation för COX-hämmare vid hjärtsvikt och njursvikt.
- Antikoagulantia-behandlade patienter med stort behov av COX-hämmare rekommenderas celecoxib i lägsta möjliga dos.
- COX-hämmare ger i kombination med SSRI en markant ökad risk för gastrointestinal blödning och bör undvikas.
- Vid ulcusrisk och vid samtidig behandling med acetylsalicylsyra bör ibuprofen/naproxenbehandling kombineras med omeprazol 20 mg.

**Opioidkänslig smärta**

**Konverteringsguide opioider**

1. Morfin/Dol contin (morfin)

   1. *Oxikodon/Oxikodon Depot (oxikodon) kortvarig akut smärta*
   2. *Buprenorfin (buprenorfin) plåster*

   2. *Fentanyl (fentanyl) plåster, om perorala medel prövats i adekvata doser eller inte kan/bör ges.

- Opioidbehandlingen bör omvärderas när smättraståndet normalt borde ha minskat och alltid inför förnyelse av recept. Patienten bör ha en nedtrappningsplan.
- Opioider ska kombineras med laxantia (undvik bulkmedel).
- Vanligt med illamående första 1-2 veckorna när man inleder behandling med opioider. Postafen 25 mg x 2 har oftast god effekt under denna tid.
- Vid nedsatt njurfunktion kan metaboliter av morfin ackumuleras. Oxikodon, buprenorfin och fentanyl är sannolikt bättre i dessa fall, men skärpt observans och dosanpassning kan vara nödvändig.
- Alla opioider är beroendeframkallande och oxikodon, ketobemidon och fentanyl är utmärkt sig genom att de kan ge snabb beroendeutveckling i många fall.
- Tramadol tolereras ofta dåligt av äldre. Välj hellre låg dos av annan opioid.
- Citodon rekommenderas ej på grund av att kodein omvandlas till morfin för effekt med betydande individuella variationer. Risk för överdosering av paracetamol och vanliga opioidbiverkningar som förstopning, beroende, utsättningssymtom.

**Utsättning av opioider efter långvarigt bruk**

- Reducera först dosen av kortverkande opioider stegvis med 10% av ursprungsdosen var 3-5 dag och därefter långverkande opioider stegvis med 10% av ursprungsdosen varje vecka beroende på dos och behandlingstidens längd.
- Abstinens (såsom oro, ökad smärta, sömnstörning, allmän sjukdoms- och myrkröpningar, illamående/kräkningar, diarré, muskelsmärta) kan vara mycket besvärligt för patienten. Planering, information, motivation och uppföljning är viktigast för att förebygga och behandla symtom på opioidabstinens. Använd inte bensodiazepiner eller opioider vid abstinenssymtom.
- Vid abstinenssymtom som ångest, sömnstörning, oro och illamående kan Atarax, Lergigan eller Postafen ges.
• Vid nedtrappning av fentanylplåster minskas dosen var sjätte dag. Lägsta dosen fentanylplåster (12 mikrogram/timme) kan sitta kvar en vecka, därefter tas plåstret bort och nedtrappningen är avslutad.

• Tramadol kan vara mycket svårt att sätta ut mot bakgrund av dess antidepressiva effekt. Utsättning av tramadol innebär både abstinens för opioiden men också utsättningssyftet som kan beskrivas som serotonerga med oro, ångest, overklighetskänslor, panikattackar, illusioner och parestesier. Minska med 50 mg Tramadol varannan vecka. Vid tramadolnedtrappning kan venlafaxin eller duloxetin ges en period.

Kortison för intra- och periartikulär injektion
Depo-Medrol (metylprednisolon)
Lederspan (triamcinolon)
  • Depo-Medrol används i första hand för små leder (fingrar, fötter, fotleder, handleder) och mukdelar, Lederspan för stora leder (knä, axlar, höfter). Det förekommer att Lederspan injektioner leder till hudatrofi och därför bör Lederspan endast användas till stora leder, djupt under huden.
  • Kortison ska inte användas för epikondylit – SBU Kortikosteroidinjektioner vid tennisarmbåge (lateral epikondylalgia) är skadliga på lång sikt 2014

Akut stensmärta
Voltaren (diklofenak) inj
  • Vid behov av opioidinjektion kan Spasmofen vara ett alternativ.

Neuropatisk smärta
Trigeminusneuralgi
1. Tegretol Retard (karbamazepin)
2. Gabapentin (gabapentin)

Postherpetisk, diabetesneuropatisk och övrig neuropatisk smärta
1. *Amitriptylin (amitriptylin)
2. Gabapentin (gabapentin)
3. *Duloxetin (duloxetin)

  • Amitriptylin eller gabapentin - inget av preparaten är överläget med avseende på effekten. Biverkningsprofilen är mycket olika och kan därför bli avgörande för val av behandlingsstrategi.
  • Vid sömnbesvär och/eller depression är amitriptylin förstahandsval.
  • Upptrappningsschema amitriptylin: Börja med 10 mg amitriptylin till kvällen. Öka dosen försiktigt (med 10 mg/vecka i början) till önskad effekt.
  • Upptrappningsschema gabapentin: Till patienter med akut debut av neuropatisk smärta såsom postoperativt eller cancersmärta kan man börja med gabapentin 100 mg x 3, öka var tredje dag till god effekt eller 600 mg x 3. Utvärdera effekt! Om viss effekt = fortsatt upptrappning till max 1200 mg x 3
  • Vid utebliven effekt eller besvärande biverkningar med gabapentin kan byte till pregabalin övervägas.
  • Pregabalin är narkotikaklassat och medför risk för missbruk och beroendeutveckling.

Gikt
Akutbehandling
*Naproxen (naproxen)
*Prednisolon (prednisolon)
*Colrefuz (kolkicin)

- Samtliga bedöms som likvärdiga i effekt. Val av behandling styrs av patientens ålder, komorbiditet och övrig medicinering.
- Naproxen används i högsta rekommenderade dos i 5-10 dagar.
- Prednisolon (30mg x1 i 5 dagar) kan användas när naproxen är kontraindicerat och vid samtidig AK/NOAK-behandling.
- Colrefuz: dosreduktion vid nedsatt njurfunktion, försiktighet vid hjärtsvikt, gastrointestinala sjukdomar och till multisjuka äldre.

Behandlingsrekommendation om läkemedel vid gikt - Läkemedelsverket 2016

**Profylax**

1. *Allopurinol (allopurinol)*
2. *Probecid (probenecid)*

- Förebyggande åtgärder vid gikt: Levnadsveneförändringar bör alltid diskuteras med patienten. Se över patientens läkemedelslista.
- Uratsänkande behandling ska vara målstyrad, med sikte att sänka s-urat till <360µmol/l
- Vid högt s-urat, låg ålder, förekomst av tofi eller komorbiditet kan det vara en fördel att starta uratsänkande behandling redan efter den första giktattacken om diagnosen är säkerställd.
- Allopurinol är förstahandsval vid uratsänkande behandling. Dosen bör ökas med 100mg i taget, från 100mg upp till max 900mg/dygn.
- Probenecid kan användas vid kontraindikation mot, eller biverkningar av allopurinol. Verkningslöst vid eGFR<50ml/min.
- Vid insättning av uratsänkande behandling kan skydd med NSAID, kortison eller kolkicin ges samtidigt.
- Uratsänkande behandling ska inte avbrytas vid ny giktattack.
- OBS interaktionsrisk för allopurinol och för probenecid.

**Medicinsk riktlinje Gikt**

**Nociplastisk smärta**

- Begreppet nociplastisk smärta är relativt nytt och omfattar tillstånd som fibromyalgi, långvarig ryggsmärta och irritabel tarm. LV långvarig smärta 2017
- Central sensitiserings (förstärkt smärtupplevelse) är den mest kända bakomliggande mekanismen till nociplastisk smärta. Smärta upplevs utan befintlig eller hotande vävnadsskada.
- Läkemedelsbehandling är inte en självklar del i behandlingen. Målet är att med hjälp av strukturerade psykologiska och fysioterapeutiska metoder stärka patientens friska sidor, uppmontra fysisk och ändamålsenlig aktivitet, stödja normala sysslor och tona ner den livsstörning som den långvariga smärta medför.
- Läkemedelsbehandling liknar den vid neuropatisk smärta det vill säga SNRI och gabapentinoider, medan opioider bör undvikas.
- Vid fibromyalgi kan undantagsvis tramadol användas i korta perioder vid intensiva smärtperioder men ska undvikas som stående behandling.
Urologi och Inkontinens

Benign prostatahyperplasi
*Alfuzosin (alfuzosin)
*Finasterid (finasterid)

- Behandling med alfuzosin medför risk för ortostatism.
- Om patienten får KAD tillsvidare bör preparaten sättas ut.
- Godartad prostataförstoring, SBU 2011

Erektildysfunktion
1. Sildenafil (sildenafil)
2. Tadalafil (tadalafil)
3. Invicorp (avptadil+fentolamin) (S)
4. Bondil (alprostadil) (S)
5. Caverject Dual (alprostadil) (S)

- Sildenafil och tadalafil är inte rabatterade och har fri prissättning varför kostnaden kan variera stort beroende på apotek.
- Erektildysfunktion av organisk orsak kan med fördel behandlas med PDE-5 hämmer inom primärvården. Vid behandlingssvikt sker behandling av läkare med vana av denna behandling.

Träningssinkontinens/överaktiv blåsa
1.*Tolterodin (tolterodin) depotkapsel
2. Betmiga (mirabegron)
3. Vesicare (solifenacin) förväntad patentutgång 2019

- Innan läkemedel sätts in ska patienten utredas med miktions- och vätskelistor. Utifrån vad dessa listor visar ska i första hand blåsträngning instrueras och ev. vätskeintag justeras. Om inte tillräcklig effekt av detta kan läkemedel förskrivas.
- Till patienter där trängningsbesvären kan bero på prostataförstoring, bör kirurgi övervägas och dessa patienter remitteras till urolog för bedömmning.
- De antikolinerga preparaten Tolterodin och Vesicare rekommenderas ej till äldre p.g.a. biverkningar.
- Betmiga (mirabegron) är ett betastimulerande preparat. Observera risk för blodtryckssstegning.
- TLV omprövning av inkontinensläkemedel, 2014
- Behandlingsrekommendation vid överaktiv blåsa, Läkemedelsverket 2011
- Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen 2017

Nocturn polyuri/nattlig enures

- Vid nocturi bör patienten utredas med miktions- och vätskelistor. Inkontinenssamordnare Vårdgivarwebben
- Om miktionsschema visar på nocturn polyuri kan Minirin övervägas, främst till patienter <65 år. Viktigt med vätskerestriktion och att ta hänsyn till patientens övriga läkemedelsbehandling och att ge råd om livsstilsåtgärder i syfte att minska nattliga urinvolymer.
- Desmopressin har en vätskeretinerande effekt. Viktigt att kontraindikationer beaktas och att doseringen är noggrann. Kontrollera s-Natrium!
Ögon
Se Allergi vad gäller allergisk konjunktivit!

Konjunktivit
1. Mekanisk rengöring med ljummet vatten. Torka med mjukt papper. Om textilhandduk används ska denna inte användas av andra och den bör tvättas varje dag. Var noga med handhygien!
2. Fucithalmic (fusidinsyra) *
3. *Kloramfenikol (kloramfenikol) *
   • Vid utebliven förbättring av egenvård efter 5-7 dagar kan antibiotika övervägas.
   • Droppar utan konserveringsmedel är alltid att föredra
   • Vid trånga tårkanaler är droppar att föredra framför salva.

Torra ögon
Hyprosan (hypromellos) *
Oftagel (carbomer) *
   • Om ingen bakomliggande ögonsjukdom (t.ex. Keratoconjunctivitis sicca) ska recept inte skrivas. Hänvisa till egenvård. Dropparna är receptfria.
   • Droppar utan konserveringsmedel är alltid att föredra
   • Medicinska riktlinjer torra ögon och tärensättningsmedel

Svetsblänk
Oxibuprokin (oxibuprokin)
   • Ögondroppar Oxibuprokin (lokalbedövande), ev. i kombination med Oftagel (smörjande).

Främmande kropp (slipgrad)
1. Fucithalmic (fusidinsyra)
2. *Kloramfenikol (kloramfenikol)
   • Efter borttagning av främmande kropp ska patienten använda ögonsalva i tre dagar.

Läkemedel mot glaukom – råd till icke-ögonspecialist
   • Många patienter behandlas med trycksänkande ögondroppar mot sjukdomen glaukom (grön starr). En del av dessa läkemedel kan ha systemiska biverkningar. Det gäller främst betablockerare (Timosan, Timolol, m.fl.) och karbanhydrashämmare (Trusopt, Azopt) eller kombinationer av dessa substanser (Cosopt, Azarga).
   • Det är viktigt att ögonläkare kontaktas innan ändringar eller utsättning görs av någon av dessa droppar. Alternativa terapier är ofta möjliga. Om patienter läggs in på jourtid kan sådan kontakt dock vänta tills nästföljande dag. Det gäller även om patienter som läggs in inte har ordinarie ögondroppar med sig och tillgång till rätt ögondroppar inte finns på vårdavdelningen. Om patienten är utan trycksänkande droppar 1-2 dagar är det oftast ingen fara.
Öron, näsa, hals
Mediaotit, Faryngotonsillit och Rinosinuit – se infektionsavsnittet

Extern otit
Behandling ska föregås av rengöring och inspektion.
1. Terracortril med Polymyxin B (hydrokortison+oxitetracyklin+polymyxin B) +
2. Betnovat (betametason) kutan lösning
2. Diprotit (betametason) örondroppar
2. Locacorten-Vioform (flumetason+kliokinol)
  - Högst en veckas behandlingstid med betametason p.g.a. risk för hudatrofi.
  - Otinova öronspray som innehåller aluminiumacetat och ättiksyra, men ingen antibiotika, är ett alternativ vid lindrig-måttlig extern otit. Det är en medicinteknisk produkt som inte ingår i läkemedelsförmånen och säljs receptfritt.

Icke-allergisk rinit
1. *Mometason (mometason)
2. Atrovent Nasal (ipratropium) vid långvarig rinnsnuva