

**Rekommenderade
läkemedel
2026
Vuxna**



REGION
KRONOBERG

Rekommenderade läkemedel 2026

Vuxna

Rekommendationerna är framtagna av läkemedelskommittén i Region Kronoberg med underlag från regionens medicinska grupper. Rekommendationerna bör följas om inte särskilda skäl för undantag finns. Det är av stort värde att alla som arbetar med läkemedel är väl förtrogna med de preparat som används. Därför är rekommendationerna ofta begränsade till ett av flera jämförbara läkemedel.

Rekommenderade läkemedel 2026 finns som webbversion i sin helhet på Vårdgivarwebben under Vårdriktlinjer/Läkemedel. Där finns länkar till relevanta medicinska riktlinjer, nationella riktlinjer och andra referenser för fördjupad information. På Vårdgivarwebben finns även information om aktuella **restnoteringar av läkemedel**, och förslag till alternativ.

Rekommendationer för barn finns i Rekommenderade Läkemedel Barn 2026.

Läkemedelsnamnen avser alla styrkor och beredningsformer samt utbytbara generika om annat ej angivits. Siffrorna 1, 2 och 3 avser som regel första-, andra- och tredjehandsval.

TECKENFÖRKLARING

- (S) = bör endast förskrivas av den som är särskilt väl förtrogen med läkemedlet.
- ⊕ = får förskrivas av sjuksköterskor med förskrivningsrätt.
För detaljer i regelverket se HSLF-FS 2018:43.
- ⚡ = läkemedel som bör undvikas till äldre enligt Socialstyrelsen.
- ⚠ = läkemedel som bör pausas vid risk för intorkning (se sid 81).
- EF = ingår ej i läkemedelsförmånen

Producerad av kommunikationsavdelningen, Region Kronoberg.

Innehållet är framtaget av läkemedelskommittén.

Tryck: Löwex Trycksaker AB. Jan 2026.

Allergi	4–5
Anemier	5–6
Diabetes, hormoner, vitamin D	6–11
Gynekologi, graviditet	11–19
Hjärta och kärl	19–26
Hud	26–32
Infektioner	32–39
Kronisk njursvikt	40
Mage och tarm, obesitas	41–47
Munhåla	47–49
Neurologi och stroke	50–53
Obstruktiva lungsjukdomar, tobaksavvänjning	53–57
Palliativ vård i livets slutskede	57–59
Psykiatri	59–66
Rörelseorganen	66–69
Smärta	69–72
Urologi och inkontinens	72–74
Ögon, öron, näsa och hals	74–76
Kommunala förråd, praktiska tips mm	77–83

Allergi

ALLERGISK RINOKONJUNKTIVIT

Rökning och passiv rökning är förknippat med besvär från näsa, luftvägar och ögon.

LOKALBEHANDLING

NÄSA

1. Mometason



2. Azelastin/flutikason



2. Livostin (levokabastin)



- Observera betydelsen av korrekt sprayteknik!
- Livostin rekommenderas främst till patienter som har problem med näsblödning som biverkan av nasala steroider.
- Nässköljning med fysiologisk koksaltlösning kan provas. 1 tesked salt (utan tillsatser som jod eller örter) löses i 0,5 liter vatten.

ÖGA

1. Natriumkromoglikat finns i endos



2. Emadine (emedastin) finns i endos



3. Opatanol (olopatadin)



- Ögondroppar utan konserveringsmedel är att föredra. Endospipetter och Lecrolyn Sine (natriumkromoglikat) flaska är fria från konserveringsmedel.
- Natriumkromoglikat är tillräckligt vid de flesta fall av allergisk konjunktivit och har en säker biverkningsprofil.
- Opatanol (olopatadin) kan vara ett alternativ vid svåra ögonbesvär. Innehåller konserveringsmedel. Eftersträva kort behandlingstid.

SYSTEMBEHANDLING

1. Desloratadin

2. Prednisolon, korttidsbehandling

- Initiera allergibehandling med antihistamin peroralt regelbundet under aktuell pollensäsong, lägg till lokalbehandling vid behov.
- Korttidsbehandling med peroralt prednisolon 20-30 mg i 3-5 dagar när basbehandling inte ger tillräcklig effekt.

ALLERGEN IMMUNTERAPI/AIT

- Allergivaccination (allergen immunterapi, AIT) är ett alternativ vid fleråriga, långvariga och kraftiga allergibesvär av pollen/pälsdjur/kvalster och otillräcklig effekt av medicinering. Remiss skickas till allergimottagning för utredning. All immunterapi ska utredas och initieras av specialistmottagning.
- Patienter med anafylaxi av bi/geting ska alltid remitteras för ställningstagande till immunterapi.

AKUTBEHANDLING VID ANAFYLAXI

Adrenalin injektion

Epipen (*adrenalin*) inj. penna

Jext (*adrenalin*) inj. penna

Syrgas (*medicinsk oxygen*)

Ringer-acetat/Natriumklorid infusion

Ventoline (*salbutamol*) inhalation

Desloratadin

- Adrenalin är det viktigaste läkemedlet. Ges tidigt och intramuskulärt i låret.
- Desloratadin ges när patienten är stabiliserad.
- Rutinmässig steroidbehandling vid akut anafylaxi rekommenderas inte.
- Forskrivning av adrenalinpenna kräver detaljerad patientinformation.
- Forskriv 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".
- Medicinska riktlinjer för anafylaxi och adrenalinpenna finns på vårdgivarwebben under Andningsorgan och Allergi/Anafylaxi.

Anemier

JÄRNBRIST

Uppmärksamma intag av järnrika livsmedel samt intag av livsmedel som hämmar upptag av järn.

1. **Järntablett** lågdoserat, receptfritt

2. **Duroferon** (*ferrosulfat*)

2. **Niferex** (*ferroglycinsulfat*)

3. **Monofer** (*järnderisomaltos*) (rekvireras)

4. **Ferinject** (*dextriferron*) (rekvireras)

EF

EF

- Bekräfta järnbristanemi innan behandling sätts in. Utred orsak.
- Vid kronisk negativ järnbalans rekommenderas kontinuerlig daglig lågdos järnbehandling (motsvarande 20-40 mg järn p.o. dagligen). Receptfritt på apotek, t.ex. Järn+vitamin C.
- Hög dos peroralt järn kan paradoxalt ge lägre järnupptag pga uppreglering av hepcidin. Järnupptaget är likvärdigt vid peroralt järn 100 mg dagl (som kan vara lättare att komma ihåg) och 100 mg varannan dag (som kan ge färre gastrointestinala biverkningar).
- Observera risken för interaktion mellan järn och andra läkemedel.

- Järnbehandling bör omprövas efter 3-6 månader.
- Funktionell järnbrist (vid kroniska eller inflammatoriska tillstånd då kroppen ej kan tillgodogöra sig peroralt järn) behandlas med parenterala järnpreparat.
- Vid användande av parenterala järnpreparat måste alltid risken för anafylaktiska reaktioner övervägas.
- Monofer ger en minskad risk för hypofosfatemi och kan ges i högre engångsdoser. Ferinject kan användas inom verksamheter där preparatet är etablerat.

KOBALAMIN- OCH FOLSYRABRIST

Diagnostiken av vitamin B12- och folsyrabrist har ofta varit oprecis. Säkerställd brist ska behandlas medan däremot diagnosen bör omprövas/säkerställas för övriga.

1. Betolvidon (*kobalamin*) tabl

2. Hydroxokobalamin inj (rekvireras)

- Inj. hydroxokobalamin bör ges subkutant för att minska risk för hematom.

Folsyra tabl 1 mg

- Alla kvinnor bör inför planerad graviditet börja ta folsyra, minst 500 µg x 1.

RENAL ANEMI

1. Eporatio (*epoetin teta*) (S)

2. Evrenzo (*roxadustat*) (S)

Diabetes

Fysisk aktivitet förbättrar insulinkänsligheten. Personer med diabetes bör rekommenderas aerob fysisk aktivitet för att förbättra glukoskontrollen mätt som HbA1c, och vid typ 2-diabetes även muskelstärkande aktivitet. Tobaksbruk orsakar insulinresistens. Erbjud alltid tobaksavvänjning. Matvanor ska möta individuellt näringsbehov, främja en hälsosam vikt och mål om blodsocker, blodfetter och blodtryck.

Vid debut av typ 2-diabetes och högt blodsocker samt hos yngre patienter ska läkemedelsbehandling övervägas tidigt i förloppet.

Vid ny diabetesdiagnos eller regimändring bör uppföljning av behandlingseffekt göras inom 3 månader.

Målvärden:

- $\text{HbA1c} \leq 52$ mmol/mol rekommenderas som generellt mål
- $\text{HbA1c} \leq 48$ mmol/mol rekommenderas till patient med lägre ålder, kort diabetesduration eller utan samsjuklighet
- $\text{HbA1c} \leq 69$ mmol/mol accepteras vid högre ålder, längre diabetesduration, manifest hjärt-kärlsjukdom, svår biverkning/hypoglykemi
- Symtomatisk behandling utan målnivå rekommenderas till skör patient
- För målnivåer för blodtryck och kolesterol se kapitel Kardiovaskulär sekundärprevention

TYP 1-DIABETES

Insulin, se avsnitt Insulin

TYP 2-DIABETES

BIGUANIDER

Metformin



SGLT2-HÄMMARE

Forxiga (*dapagliflozin*)



Jardiance (*empagliflozin*)



GLP1-ANALOGER

Ozempic (*semaglutid*) veckobehandling

DPP4-HÄMMARE

Sitagliptin

INSULIN

Se avsnitt Insulin.

- Behandling av typ 2-diabetes ska individualiseras med avseende på hjärt-kärlsituation, njurfunktion, vikt, hypoglykemirisk och diabetesduration. Se algoritm sid 9.
- God metabol kontroll tidigt i förloppet innebär bättre prognos.
- Kardiovaskulära långtidsdata har visat fördel för vissa GLP1-analoger och för SGLT2-hämmare.
- Ozempic (semaglutid) rekommenderas framför andra GLP1-analoger av effekt- och klimatskäl.
- Vid metforminbehandling: kontrollera njurfunktion årligen. Vid absolut GFR <60 ml/min skall dosen anpassas. Vid GFR <45 ml/min ej högre än 500 mg 1x2. Vid GFR <30 ml/min bör metformin undvikas.

- Vid tillfällig akut sjukdom med bristande vätskeintag, feber eller andra risker för njurfunktionspåverkan ska metformin och SGLT2-hämmare tillfälligt sättas ut.
- Vid röntgenundersökning med intravenös jodkontrast skall metformin sättas ut vid GFR under 45 ml/min och 1,73m².
- SGLT2-hämmare har avtagande glukossänkande effekt vid minskande GFR <45 ml/min.
- Om sulfonylurea är nödvändigt finns repaglinid, som inte bör kombineras med insulin p.g.a. hypoglykemirisken.

INSULIN

SNABBVERKANDE INSULIN

Insulin Aspart Sanofi (*insulin aspart*)

Insulin Lispro Sanofi (*insulin lispro*)

MIXINSULIN

Humalog Mix25 (*insulin lispro, insulin lispro protamin*)

MEDELLÅNGVERKANDE INSULIN

Humulin NPH (*insulin protamin*)

LÅNGVERKANDE INSULIN

Rekommenderas vid typ 1-diabetes, och vid typ 2 endast vid hypoglykemiproblematik.

Abasaglar (*insulin glargin*)

Toujeo (*insulin glargin*)

- Använd om möjligt cylinderampuller, av miljö- och kostnadsskäl.
- Toujeo är ett prisvärt alternativ vid typ 2-diabetes och insulindoser över 50E per dygn.
- Vid behov av både GLP1-analog och insulin kan Xultophy (liraglutid + insulin degludek) övervägas.

BLODSOCKERHÖJANDE MEDEL

Glucagon (*glukagon*)

Typ 2-diabetes – behandlingsalgoritm 2026 (Glukossänkande läkemedelsbehandling)

Fetma (BMI >30 kg/m ²)	Manifest kardio- vaskulär sjukdom/ Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)	Mest sjuka äldre	Patienter utan samsjuklighet
Rökstopp och levnadsvanor				
1. Metformin* 2. SGLT-2-hämmare 3. GLP-1-RA**	1. Metformin* 1. SGLT-2-hämmare 2. GLP-1-RA**	1. DPP-4-hämmare** 2. GLP-1-RA** 3. Repaglinid 4. Insulin	1. DPP-4-hämmare** 2. Insulin	1. Metformin* 2. DPP-4-hämmare** 3. SGLT-2-hämmare 4. GLP-1-RA** 5. Insulin
* Vid eGFR 30-44 ml/min: maxdos 1000 mg/dygn. Vid eGFR 45-59 ml/min: maxdos 2000 mg/dygn. Vid eGFR >60 ml/min: maxdos 3000 mg/dygn. ** Både GLP-1-RA och DPP-4-hämmare är inkretinläkemedel och ska ej kombineras. Reducerad dos vid nedsatt njurfunktion. OBS! SGLT2-hämmare kan användas i njurskyddande syfte vid njursvikt, oberoende av HbA1c-nivå				

Hormoner och vitamin D

TYREOIDEASJUKDOMAR

HYPOTYREOS

Levaxin (*levotyroxin*)

- Levotyroxin (T₄) är alltid förstahandspreparat, och är tillräckligt för de allra flesta.
- I enstaka fall kan tillägg med T₃ övervägas. Effekten är osäker.

TYREOTOXIKOS

Thacapzol (*tiamazol*)

- Alla gravida ska behandlas av endokrinolog.

TESTOSTERONBRIST HOS MÄN

Testosteron injektion (S)

Tostrex (*testosteron*) (S)

- Testosteron ska bara förskrivas vid tydlig brist och av specialkunnig läkare. Något egentligt manligt klimakterium förekommer ej enligt aktuellt evidensläge. PSA skall kontrolleras 1-2 ggr/år vid all testosteronsubstitution. Vid hög ålder bör substitutionen omprövas.

VITAMIN D

Vitamin D bildas i huden genom solbestrålning under sommar-månaderna. Effekten minskar med ökad ålder. D-vitaminrika livsmedel är fet fisk som t.ex. lax, sill och makrill, mjölk och berikade växtbaserade drycker, ägg, kött samt berikade matfetsblandningar och margarin.

Vitamin D, receptfritt

Kolecalciferol (*vitamin D*)

Kalcium/Kolecalciferol (*kalcium 500 mg + vitamin D 800 IE*) när även kalktillskott är lämpligt

- 800 IE (20 µg) rekommenderas till personer med heltäckande klädsel, mörk hud eller som inte vistas utomhus samt de över 75 år, då de alla har större risk för vitamin D-brist. De ska rutinmässigt rekommenderas ta receptfritt vitamin D så länge de vistas på nordlig breddgrad. Särskilda provtagningar behövs ej om inga uppenbara symptom.
- Serumnivåer 25(OH)-D-vitamin <25 nmol/l definieras som allvarlig brist och är en behandlingsindikation. 25-50 nmol/l benämns insufficiens. Behandlingsindikation föreligger om samtidigt låga kalciumnivåer och högt PTH eller högt ALP. Behandlingsindikationen förstärks om patienten tillhör riskgrupp eller har symptom.
- Vid brist med symptom ges högre doser. Dosen ska anpassas efter önskad serumnivå och patientens svar på behandling. Om behov över 1600 IE använd gärna tablett med högre styrka (2000 IE).

AKTIVT VITAMIN D

Etalpha (*alfacalcidol*) (S)



- Ges vid grav malabsorption, hypoparatyreoidism, grav njursvikt. Behandling med aktivt vitamin D 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 hyperkalcemi. Dehydrering och/eller kraftigt försämrad njurfunktion utgör risksituationer, och då bör aktivt vitamin D alltid pausas!
- Etalpha och Alfacalcidol Strides är ej utbytbara på apotek pga att Alfacalcidol Strides innehåller jordnötsolja
- Etalpha 0,25 mikrogram ingår ej i förmånen.

Gynekologi

Östrogener är miljöbelastande läkemedel. Därför är det viktigt att uppmana patienten att återlämna överblivna och förbrukade läkemedel som fortfarande innehåller östrogen, t.ex. plåster och vaginalring. Hormonspiral och p-stav är rekommenderade då de är långtidsverkande preventivmedel, som dessutom har lägre miljöpåverkan än övriga beredningsformer.

ANTIKONCEPTION

Preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna är kostnadsfria för personer som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år. Region Kronoberg subventionerar förmånsberättigade preventivmedel för kvinnor till och med 25 år.

KOMBINERADE METODER

1. Prionelle (*levonorgestrel+etinyllöstradiol*)

2. Dienorette (*dienogest+etinyllöstradiol*)

2. Dizminelle (*drospirennon+etinyllöstradiol*)

3. Drovelis (*drospirennon +estretrol*)



4. Ornibel (*etonogestrel+etinyllöstradiol*) vaginal månadsring

- För mer information om vilka p-piller som är östrogen- respektive gestagendominerade hänvisas till Janusinfos riktlinjer för behandling med hormonella preventivmetoder.
- Kombinerade metoder återstartas som tidigast åtta veckor efter förlossning.
- Vid nyförskrivning rekommenderas som förstahandsval ett monofasiskt lågdoserat p-piller med levonorgestrel. Som andrahandsval rekommenderas preparat med annan hormonprofil.
- Drovelis är mer östrogendominerat och lämpligt vid akne och hirsutism.

- Vid användande av monofasiska kombinerade p-piller kan hormonfri period med fördel stå över. Vid 21-dagarsregim ska hon fortsätta med nästa tablettkarta utan att göra något tablettuppehåll. Vid 28-dagarsregim ska hon avstå från placebotabletterna och direkt påbörja nästa karta. Förskjutningen av blödning kan pågå så länge kvinnan önskar. Under förskjutningen kan genombrottsblödning uppträda. Då rekommenderas uppehåll i 4 dagar.

GESTAGENA METODER

Lågdosgestagen

1. Mirena (*levonorgestrel*) hormonspiral

2. Kyleena (*levonorgestrel*) hormonspiral

3. Mini-Pe (*noretisteron*)



- Kyleena innehåller något lägre dos levonorgestrel jämfört med Mirena. Mirena är att föredra om blödningsfrihet önskas. Kyleena är något mindre vilket kan vara fördelaktigt hos kvinnor som inte fött barn.

Mellandosgestagen

1. Nexplanon (*etonogestrel*) subkutant implantat

2. Desogestrel

3. Slinda (*drospirenon*)



Högdosgestagen

Depo-Provera (*medroxyprogesteron*) (S)

- Minipiller (Mini-Pe) ger sämre preventiv säkerhet än kombinerade hormonella preventivmedel och rekommenderas därför inte som förstahandsmetod till unga kvinnor.
- Hormonspiral är den hormonella metod som innebär minst systempåverkan och kan användas oavsett ålder och paritet. Blödningsmängden reduceras kraftigt och vissa får amenorré.
- Den preventiva och blödningsminskande effekten av mellanpiller är jämförbar med den för kombinerade p-piller. P-staven är en långverkande metod och medför därför en högre säkerhet.
- Preparatet Slinda har högre blödningskontroll och annan biverkningsprofil än annan mellandosgestagen metod, och något högre preventiv säkerhet jämfört med andra mellandospiller.
- Depo-Provera: Oregelbundna, ibland svårbehandlade, blödningar kan uppstå. Många blir helt blödningsfria under behandlingen. Återgång av fertiliteten kan dröja upp till ett år efter avslutad behandling, vilket bör beaktas vid val av denna metod.
- Gestagena metoder kan användas av ammande kvinnor direkt efter förlossningen.

AKUT ANTIKONCEPTION

1. EllaOne (*ulipristal*)

EF

2. Levonorgestrel (*levonorgestrel*)

EF

- Receptfritt och delas ut gratis på ungdomsmottagningen t.o.m. 20 år.
- Ulipristal är effektivt upp till fem dygn efter oskyddat samlag. Kondom rekommenderas fram tills nästa menstruation. Hormonell metod återstartas tidigast efter 5 dygn.
- Av akutpreventivmedel rekommenderas ulipristal då det är effektivare än levonorgestrel oavsett hur lång tid det har gått sedan det oskyddade samlaget. Skyddseffekten kan vara lägre vid hög kroppsvikt.
- Patienter som använt hormonell preventivmetod senaste 7 dagarna, rekommenderas istället levonorgestrel eller kopparspiral. Ulipristal medför i detta fall interaktionsrisk.
- Kopparspiral är den mest effektiva metoden för akutprevention och effektiviteten påverkas inte av kroppsvikten. Insättning ska göras inom fem dygn efter oskyddat samlag.

RIKLIGA MENSTRUATIONER

1. Tranexamsyra

2. Mirena (*levonorgestrel*) hormonspiral

3. Qlaira (*estradiol+dienogest*)

4. Desogestrel

- Hormonell antikonception minskar blödningsmängden effektivt.

OREGELBUNDNA BLÖDNINGAR

Primolut-Nor (*noretisteron*)

Provera (*medroxiprogesteron*)

- Behandling av utebliven mens/glesa menstruationer hos yngre kvinnor (35 år och yngre) är beroende på bakomliggande orsak och ska handläggas av gynekolog.
- Provera eller Primolut-Nor kan ges direkt för blödningsstopp om kvinnan har en långdragen blödning som inte upphör spontant.
- Alternativ behandling: Hormonell antikonception.

MENSFÖRSKJUTNING

Primolut-Nor (*noretisteron*)

Provera (*medroxiprogesteron*)

- Dosering av gestagen vid mensförskjutning: tablett Primolut-Nor 2 gånger dagligen i 10–14 dagar eller tablett Provera 10 mg en gång dagligen i 10–14 dagar. Behandlingsstart 3 dagar före väntad menstruation. Blödning kommer 2–3 dagar efter behandlingens slut.
- Menstruationen kan förskjutas med monofasiska kombinerade p-piller hos de som använder detta.

DYSMENORRÉ OCH ENDOMETRIOS

Fysisk aktivitet anpassat till individen inverkar sannolikt gynnsamt på välbefinnande och smärta varför detta bör rekommenderas patienter med menstruationsrelaterad smärta.

Naproxen



- Dosera naproxen 500 mg 1x2 och börja kvällen före förväntad mens.
- Tillägg av paracetamol 500mg 2x4 kan förbättra den smärtlindrande effekten.
- Förutom smärtlindring är kontinuerlig användning av kombinerade hormonella preventivmedel eller hormonspiral effektiva metoder.
- Kombinerade monofasiska p-piller rekommenderas användas utan uppehåll för att minska menstruationsrelaterade besvär. Om blödning uppstår kan 4 dagars uppehåll göras med bibehållen preventiv effekt. Se kombinerade metoder under avsnitt Antikception.
- Vid utebliven behandlingseffekt av smärtlindring i kombination med hormonellt preventivmedel efter minst tre månader alternativt klar misstanke om endometrios, bör patienten remitteras vidare till gynekolog.

ATROFISK VAGINIT

1. Ovesterin (östriol) vagitorier, vaginalkräm. Receptfritt i första hand



2. Blissel (östriol) vaginalgel, lågdosalternativ



3. Gynoflor (östriol+lactobacillus acidophilus)



4. Oestring (östradiol) vaginalinlägg



- Lokalt östrogen kan tidigast utvärderas efter 6 veckor.
- Vid förskrivning av Oestring vaginalinlägg är det viktigt att ta ställning till om patienten kan byta inlägget själv eller behöver hjälp. Av miljöskäl ska ringen efter användning lämnas för destruktion till apoteket.
- Lokal vaginal östrogenbehandling kan ges till kvinnor med behandlad bröstcancer. För kvinnor med pågående behandling med aromatashämmare som adjuvant terapi är Blissel ett alternativ. Detta är en effektiv behandling utan systemisk påverkan.
- Blissel kan också vara ett alternativ då ett lågdosalternativ är önskat av patienten.

KLIMAKTERIEBESVÄR

Uppmärksamma levnadsvanornas betydelse som förstahandsval eller i kombination med hormonpreparat för att lindra kroppsliga och psykologiska besvär kopplat till klimakteriet.

FAST KOMBINATION

Perimenopaus

Novofem (östradiol+noretisteron)

Postmenopaus

1. **Indivina 1/2,5** (östradiol+medroxiprogesteron)
2. **Activelle** (östradiol+noretisteron)
3. **Tibolon**

INDIVIDUELL KOMBINATION

Östrogen

- Femanest** (östradiol)
- Estradot** (östradiol) depotplåster
- Lenzetto** (östradiol) transdermal spray
- Estrogel** (östradiol) transdermal gel
- Divigel** (östradiol) transdermal gel

Gestagen

- Mirena** (levonorgestrel) (S) hormonspiral
- Provera** (medroxiprogesteron)
- Primolut Nor** (noretisteronacetat)

- Transdermala östradiolpreparat (plåster, gel, spray) är att föredra vid ökad risk för kardiovaskulär, metabol eller leversjukdom och kan övervägas vid stigande ålder.
- Om patienten har sin livmoder kvar ska gestagen tilläggas som skydd mot endometriecancer.
- Gestagen kan ges i tablettform cykliskt (minst 12 dagar varje månad eller 14 dagar vid utglesad terapi) eller tillföras uterus via hormonspiral (Mirena) som då ofta ger blödningsfrihet.

ICKE HORMONELL BEHANDLING

Veoza (fezolinetant) tablett

- Rekommenderas och ingår i förmån endast till patienter som ej kan behandlas med hormoner, eller som har avbrutit behandling med hormoner av medicinska skäl.
- Indikation vid måttliga till svåra vasomotorsymtom. Effekten är begränsad till vasomotorsymtom och ger något lägre effekt än hormonbehandling.
- Ej godkänt till patienter med pågående eller tidigare bröstcancer.
- Risk för leverpåverkan, regelbunden provtagning rekommenderas.

VAGINALA INFEKTIONER

CANDIDA VULVOVAGINIT

1. **Canesten** (klotrimazol) lokalbehandling
1. **Cortimyk** (hydrokortison+mikonazol) vid mycket klåda
2. **Flukonazol** systembehandling

- Vid graviditet rekommenderas klotrimazol i första hand.

- Vid recidiverande candidavaginit, dvs. minst fyra tillfällen på ett år kan peroral långtidsbehandling övervägas. Diagnos bör vara säkerställd med odling.
- Candidabehandling bör kompletteras med oljeregim. Detta innebär att vid tvätt använda olja istället för tvål och vatten till underlivet. Vitt vaselin, Locobase repair eller babyolja kan användas efter tvätt.

BAKTERIELL VAGINOS

1. **Donaxyl** (*dekvaliniumklorid*) (receptfritt) vaginaltablett, antibiotikafritt alternativ
 2. **Dalacin** (*klindamycin*) vagitorium eller vaginalkräm
 2. **Zidoval** (*metronidazol*) vaginalgel
 3. **Metronidazol** systembehandling
 4. **Gynoflor** (*estriol+lactobacillus acidophilus*) EF
- Gravida rekommenderas i första hand Donaxyl.
 - Recidiv är vanligt efter behandling. Recidiv kan behandlas med metronidazol 400mg x 3 i 5-7 dagar eller alternerande lokalbehandling.
 - Vid upprepade recidiv rekommenderas Gynoflor (*estriol+lactobacillus acidophilus*) 1 vaginaltablett i 6 dagar för återställande av vaginalfloran.

PREMENSTRUELLT (DYSFORISKT) SYNDROM (PMS/PMDS)

1. **Escitalopram** 10-20 mg periodiskt med början 1-2 veckor före mens
 2. **Dizminelle** (*drospirenon+etinylostradiol*) vid samtidigt antikonnptionsbehov
- Olika SSRI-preparat förefaller effektmässigt likvärdiga. Både behandling under lutealfas och kontinuerlig behandling förefaller effektivt.
 - P-piller har inte indikation att användas vid PMS men studier visar att p-piller innehållande drospirenon har god effekt. Monofasiska p-piller rekommenderas användas utan uppehåll för att minska menstruationsrelaterade besvär. Om blödning uppstår kan 4 dagars uppehåll göras med bibehållen preventiv effekt. Se kombinerade metoder under avsnitt antikonnption.

Graviditet

Information från svenska födelseregistret visar att det sannolikt inte föreligger någon förhöjd risk för fosterskador 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.

Uppmuntra till fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor samt att avstå tobak och alkohol.

I samband med graviditet kan övervikt och fetma utgöra en hälsorisk inte bara för den gravida utan även för fostret och det nyfödda barnet.

ALLERGI – GRAVIDA

Desloratadin



Lomudal (*natriumkromoglikat*) endast ögondroppar



NÄSTÄPPA – GRAVIDA

Mometason nässpray

- Vid otillräcklig effekt med mometason rekommenderas kontakt med mödravården för behandlingsalternativ.

ASTMA – GRAVIDA

Behandla som vanligt

- Det är viktigt med adekvat behandling av astma under graviditeten. Behandling med montelukast bör dock ske med viss återhållsamhet, tills mer erfarenhet finns av substansen. Graviditet ska dock inte förhindra adekvat behandling med montelukast, om denna är nödvändig för kontroll av kvinnans astmasjukdom.

ANALGETIKA – GRAVIDA

Paracetamol



- Vid behov av starkare analgetika i samband med graviditet är tablett morfin bästa tillgängliga alternativ. Undvik i möjligaste mån behandling under 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

ILLAMÅENDE – GRAVIDA

Kostråd ges alltid i första hand.

1. Postafen (*meklozin*)



2. Lergigan comp (*prometazin+koffein+efedrin*)



3. Bonjesta (*(doxylamin + pyridoxin)*)



- Kombination av preparat kan vara nödvändig för att uppnå tillräcklig effekt. Vid otillräcklig effekt av initial läkemedelsbehandling rekommenderas kontakt med mödravården.
- Omeprazol 20 mg x 1 kan provas som tillägg vid frekventa kräkningar.
- Mer än tre veckors duration av frekventa kräkningar kan leda till tiaminbrist och risk för Wernickes encefalopati. Vid längre duration av kräkningar rekommenderas tillägg av tiamin.

DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM – GRAVIDA

Sertralin

- Sertralin rekommenderas som förstahandsval vid behandling av ångestsyndrom och depression under graviditet och amning, då det har god dokumentation och lägst passage över i bröstmjolk vilket medger fortsatt amning.
- Om kvinnan behandlas med sertralin, citalopram, escitalopram eller venlafaxin innan graviditeten rekommenderas fortsatt behandling med samma preparat. Dosjustering kan behöva övervägas.
- Om patienten behandlas med fluoxetin eller paroxetin rekommenderas kontakt med behandlande läkare. Nyinsättning bör undvikas under första trimestern. Dosjustering kan behöva övervägas.
- Beakta att en obehandlad psykisk sjukdom hos den blivande modern kan utgöra en risk både för kvinnan själv och det ofödda barnet. Beslut kring läkemedelsbehandling kräver individualiserad risk-nyttoanalys.

HYPERTONI – GRAVIDA

Trandate (*labetalol*) (S)

- Medicinsk behandling inleds när BT $\geq 150/100$
- Nyttillkommen hypertoni/preeklampsi behandlas via MVC-läkare om inte kronisk grundsjukdom föranleder samråd med medicinläkare.
- Trandate ingår inte i högkostnadsskyddet. Förskrivs enligt undantagshantering till dessa patienter.
- Förutom ovanstående kan licenspreparatet nifedipin vara ett alternativ. Även Apresolin (hydralazin) kan komma ifråga.

GASTROESOFAGEAL REFLUX – GRAVIDA

Gaviscon (*algsyra*)



Omeprazol



INFEKTIONER – GRAVIDA

Vid infektioner hos gravida, se Infpreg, kunskapscentrum för infektioner under graviditet.

Gällande antibiotikabehandling, se Strama Nationell - Antibiotikabehandling vid graviditet.

AFEBRIL UVI/CYSTIT – GRAVIDA

1. Nitrofurantoin i 5 dagar

1. Selexid (*pivmecillinam*) i 5 dagar

2. Cefadroxil i 5 dagar

- Odlå alltid före behandling.
- Kontrollodling 1-2 veckor efter avslutad behandling. Om fortsatt bakteriuri kontakta mödravården. Se även riktlinje Urinvägsinfektion under graviditet.

FEBRIL UVI/PYELONEFRIT – GRAVIDA

Behandlas i samråd med kvinnokliniken.

VACCINATIONER – GRAVIDA

Influensavaccination rekommenderas efter graviditetsvecka 12.

Kikhostevaccination rekommenderas efter graviditetsvecka 16. Även partner rekommenderas vaccination.

- För de gravida som har ytterligare riskfaktor kan vaccination mot influensa och covid ske även före graviditetsvecka 13.

Hjärta och kärl

Kartlägg alltid:

- Fysisk aktivitet.
- Tobaksbruk. Erbjud alltid tobaksavvänjning.
- Matvanor. Uppmärksamma risk för undernäring och övervikt.
- Snarkning med andningsuppehåll.
- Stressnivå.
- Riskbruk av alkohol. Höjer blodtrycket och ökar risken för förmaksflimmer.

Eventuell farmakologisk behandling efter individuell bedömning av totalrisk och i samråd med patient. Som stöd för detta kan riskbedömningsinstrument användas, tex SCORE2/SCOREOP. TheNNT.com kan användas som stöd för vilken nytta patienten förväntas få av farmakologisk behandling.

KARDIOVASKULÄR SEKUNDÄRPREVENTION

Icke-farmakologisk behandling enligt ovan. Optimera alltid behandlingen av samtliga arteriella kärlmanifestationer.

DIABETESBEHANDLING

Se Diabetes

BLODTRYCKSSÄNKANDE BEHANDLING

Se Hypertoni

LIPIDSÄNKANDE BEHANDLING

Se Hyperlipidemi

ANTITROMBOTISK BEHANDLING

Förmaksflimmer

Se Emboliprofylax vid förmaksflimmer.

Hjärtinfarkt

1. Acetylsalicylsyra

2. Acetylsalicylsyra + Ticagrelor (*tikagrelor*) (S)

3. Clopidogrel (*klopidogrel*)

- Dubbel trombocythämning (ASA 75 mg x 1 och tikagrelor 90 mg x 2) ges i 1 år efter genomgången akut koronart syndrom, därefter ASA i monoterapi tills vidare.
- Efter hjärtinfarkt kan dubbel trombocythämning med ASA 75 mg x 1 och tikagrelor 60 mg x 2 i ytterligare 3 år övervägas för personer med hög risk för ny händelse.
- Vid STEMI och genomförd PCI används ibland prasugrel istället för tikagrelor
- Klopidogrel kan ersätta tikagrelor vid intolerans.
- Vid samtidig behandling med antikoagulantia används klopidogrel som trombocythämmare
- Undvik klopidogrel i kombination med omeprazol. Byt till pantoprazol om syrahämning krävs.

Stroke

1. Clopidogrel (*klopidogrel*)

2. Acetylsalicylsyra

3. Acetylsalicylsyra + Rivaroxaban (S)

- Dubbel trombocythämning (ASA 75 mg x 1 och klopidogrel 75 mg x 1) ges i 3 veckor efter genomgången stroke eller TIA, därefter klopidogrel i monoterapi tills vidare. Långtidsbehandling med dubbel trombocythämning bör undvikas p.g.a. risk för blödning.
- Dubbelbehandling med ASA 75 mg x 1 och rivaroxaban 2,5 mg x 2 kan ges tills vidare i särskilda fall för att reducera kardiovaskulära komplikationer och förbättra resultatet efter stroke/TIA med uttalad ateroskleros i karotisartärerna.
- Undvik klopidogrel i kombination med omeprazol. Byt till pantoprazol om syrahämning krävs.

Perifer artärsjukdom

1. Acetylsalicylsyra

2. Acetylsalicylsyra + Rivaroxaban (S)

- Dubbelbehandling med ASA 75 mg x 1 och rivaroxaban 2,5 mg x 2 kan ges tills vidare i särskilda fall för att reducera kardiovaskulära komplikationer och förbättra resultatet efter revaskularisering av perifera artärer.

HYPERTONI

- Vid lindrig okomplicerad hypertoni utan andra riskfaktorer bör farmakologisk behandling undvikas, pga låg förväntad absolut riskreduktion och onödig medikalisering. Se även GP-evidence för NNT-kalkylator. Tillståndet behandlas i första hand med förändring av levnadsvanor.
- Beroende på förekomst av riskfaktorer, redan etablerad hjärt-kärlsjukdom, diabetes och/eller hypertensiv njursjukdom är blodtrycksmålen lägre. Viktigt med individuell bedömning.

Patientgrupp	Målblodtryck (mmHg)
Hypertoni utan komplicerande faktorer	<140/90
Hjärt-, kärlsjukdom; diabetes <65 år	<130/80
Hjärt-, kärlsjukdom; diabetes >65 år	<140/80
Kronisk njursjukdom	<130/80

- Viktigast är att uppnå blodtrycksmål oavsett med vilka läkemedel dessa uppnås. Målblodtryck ska dokumenteras. I de allra flesta fall är <130/80 önskvärt, om behandlingen tolereras.
- Ovanstående blodtrycksmål är avsedda för optimal riskreduktion hos patienter som tolererar blodtrycksmedicinering. För den enskilda patienten kan oacceptabla biverkningar eller medicinsk situation (exempelvis ortostatism, tät karotisstenos eller hög skörhetsgrad) motivera ett högre blodtrycksmål. Tänk på att 1/3 av populationen >75 år har ortostatism.
- Hembloodtrycksmätning alternativt 24-timmars blodtrycksmätning övervägs efter individuell bedömning av motivation och lämplighet. Målvärde <140/90 på mottagning motsvarar hembloodtryck <135/85, 24-timmars medel <130/80, dag <135/85, natt <125/75.
- Behandla hypertoni även vid sänkt ankeltryck (ABI <0,5 kan kräva dosjustering).
- I många fall kan behandlingen inledas med två preparat i syfte att snabbt uppnå målblodtryck, utom hos sköra äldre patienter eller hos patienter med låg kardiovaskulär risk och systoliskt blodtryck <150 mmHg.

ACE-HÄMMARE/ARB

Candesartan (*kandesartan*)

Candesartan/hydroklortiazid (*kandesartan/hydroklortiazid 12,5 mg*)

Enalapril

Enalapril comp (*enalapril 20 mg/hydroklortiazid 12,5 mg*)



KALCIUMANTAGONISTER

1. Amlodipin

2. Lerkandipin

- Lerkandipin kan vara aktuellt vid ankelsvullnad.

DIURETIKA

Hydroklortiazid 12,5-25 mg

ALDOSTERONANTAGONISTER (MRA)

Spironolakton 25-50 mg x 1

- Vid terapiresistent hypertoni trots trippelbehandling ska tillägg av spironolakton övervägas framför betablockad och alfablockad.

BETARECEPTORBLOCKERARE

Metoprolol depottablett

- Betablockerare vid hypertoni är indicerade om även annan indikation än hypertoni finns eller som tilläggsbehandling.

HYPERLIPIDEMI

- Primärprevention med statin vid okomplicerad hyperlipidemi utan andra riskfaktorer rekommenderas inte p.g.a. låg förväntad absolut riskreduktion och onödig medikalisering. Förändringar av levnadsvanor ska prioriteras.
- Sammanvägd bedömning av kardiovaskulär risk görs utifrån individuella faktorer.

Patientgrupp	Målvärde LDL-kolesterol
Måttlig kardiovaskulär risk utan diabetes Välkontrollerad diabetes typ 2 (eller typ 1 >40 års ålder) med <10 års diabetesduration och utan organskador eller aterosklerotiska riskfaktorer	<2,5 mmol/l
Hög kardiovaskulär risk med eller utan diabetes Stroke eller TIA utan storkärlssjukdom	<1,8 mmol/l
Manifest aterosklerotisk kärlsjukdom Stroke eller TIA med storkärlssjukdom Diabetes typ 2 (eller typ 1 >40 års ålder) med manifest ateroskleros eller mikrovaskulära komplikationer från minst 3 organsystem.	<1,4 mmol/l

LIPIDSÄNKANDE

1. Atorvastatin

2. Ezetimib som tillägg till statin och vid intolerans mot statin

- Remiss till kardiolog för ställningstagande till behandling med PCSK9-hämmare om man trots basbehandling har LDL över följande nivåer:

- Familjär hyperkolesterolemi >2,6 mmol/l
- Manifest koronarsjukdom >1,8 mmol/l

SPECIALISTREKOMMENDATION HYPERLIPIDEMI

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben

KRANSKÄRLSSJUKDOM

Se även ”Kardiovaskulär sekundärprevention”.

ANTIANGINÖSA LÄKEMEDEL

Amlodipin

Metoprolol

Nitrolingual (*glycerylnitrat*)

Imdur (*isosorbidmononitrat*)

Suscard (*glycerylnitrat*)

PERIFER KÄRLSJUKDOM

Se Kardiovaskulär sekundärprevention

FÖRMAKSFLIMMER/FLADDER

FREKVENSGLEDERANDE

Metoprolol depottablett

EMBOLIPROFYLAX VID FÖRMAKSFLIMMER

Värdera patient med paroxysmalt eller kroniskt förmaksflimmer/fladder för emboliprofylax med CHA₂DS₂-VA Score Calculator (chadsva.org).

Åtgärda påverkbara riskfaktorer för blödning såsom högt blodtryck och överkonsumtion av alkohol. Undvik samtidiga preparat som ökar blödningsrisken. Hos sköra äldre patienter med hög blödningsrisk måste en klinisk bedömning göras angående nyttan av behandlingen.

1. Dabigatran

2. Eliquis (*apixaban*)

3. Warfarin Orion (*warfarin*)

- Dabigatran rekommenderas vid nyinsättning pga lägre pris. Kontraindikation vid eGFR <30 ml/min. Patientgrupper där dabigatran rekommenderas är ålder 18–75 år, eGFR > 50 ml/min, ej samtidig behandling med dronedaron (Multaq).
- Warfarin Orion rekommenderas om eGFR <15 ml/min.
- Antidot (Praxbind) mot dabigatran finns tillgänglig.
- Remiss till AK-mottagning Ljungby/Växjö skickas vid all nyinsättning av warfarin.

HJÄRTSVIKT (HFrEF/HFmrEF)

ACE-HÄMMARE / ARB

Candesartan (*kandesartan*)



- Eftersträvad måldos för kandesartan är 32 mg x 1.

Enalapril



- Angeläget att nå måldos för enalapril (10 mg x 2).
- Kreatininstegring 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.

BETARECEPTORBLOCKERARE (BB)

Bisoprolol kan övervägas till patienter med obstruktivitet

Metoprolol depottablett

- Måldos för metoprolol (200 mg x 1) och bisoprolol (10 mg x 1) bör eftersträvas.

ALDOSTERONANTAGONISTER (MRA)

Eplerenon 25-50 mg x 1 vid ischemisk genes till hjärtsvikten

Spironolakton 25-50 mg x 1

- Observera risken för hyperkalemi och kreatininstegring.

SGLT2-HÄMMARE

Forxiga (*dapagliflozin*)



Jardiance (*empagliflozin*)



- Det finns viss tvekan kring evidensen avseende normoglykema patienter.

DIURETIKA

1. Furosemid beroende på symtom och vikt

- I samråd kan patienten själv justera till lägsta möjliga dos.

2. Metolazon



- Vid svår och recidiverande vätskeretention kan lågdos (½ tabl x 1, mån och tors) övervägas.

NEPRILYSINHÄMMARE MED ARB (ARNI)

Entresto (*valsartan+sakubitril*) (S)



- Entresto får ej kombineras med ACE-hämmare.
- Behandling initieras av kardiolog.

BEHANDLINGSSALGORITM HFrEF/HFmrEF

Påbörja basbehandling så snabbt som möjligt med alla de fyra läkemedelsgrupperna som minskar dödlighet. Gärna under vårdtiden men senast inom 2-4 veckor.

Ischemisk hjärtsjukdom	Uttalad stas	Nedsatt njurfunktion	Hypotension	Hypertension	Flimmer (normofrekvent)	Hög frekvens (oavsett rytm)
Börja med						
Hälsosamma levnadsvanor						
BB + SGLT2h	SGLT2h + ACEh/ARB	SGLT2h+BB	SGLT2h	ACEh/ARB + BB	SGLT2h + ACEh/ARB	BB + SGLT2h
Snart därefter tillägg av						
ACEh/ARB + MRA	BB + MRA	ACEh/ARB	BB + ACEh/ARB + MRA	SGLT2h + MRA	BB + MRA	ACEh/ARB + MRA
Intravenöst järn (vid järnbrist)						
Vid fortsatt symtomatisk hjärtsvikt						
ACEh/ARB bytes till ARNI						
Diuretika vid ödem/stas						

HJÄRTSVIKT (HFpEF)

För patienter med hjärtsvikt och HFpEF ska grundsjukdomar (t.ex. hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer) utredas och behandlingen av komorbiditeter (till exempel diabetes, njursvikt, KOL, övervikt, järnbrist/anemi) optimeras.

SGLT2-HÄMMARE

Forxiga (*dapagliflozin*)

Jardiance (*empagliflozin*)

- Det finns viss tvekan kring evidensen avseende normoglykema patienter.

DIURETIKA

Furosemid beroende på symtom och vikt

- I samråd kan patienten själv justera till lägsta möjliga dos.

VENÖS TROMBOEMBOLISM

PROFYLAX

Eliquis (*apixaban*) vid elektiv höft- och knäplastik

Innohep (*tinzaparin*)

- Vid INR <1,8 hos warfarinbehandlade patienter med hög eller mycket hög risk för tromboembolism ges subkutan profylaxdos av lågmolekylärt heparin en gång dagligen tills INR är inom terapeutisk nivå.

- Vanlig profylaxdos är Innohep (tinzaparin) 4500 E x1 subkutant.
- 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.
- Reseprofylax vid flygresor (>4 h) kan övervägas efter avslutad behandling och där man på grund av tidigare VTE bedöms ha en hög risk för recidiv. Eliquis 5 mg x 1 ges på resdagen.

BEHANDLING

1. Eliquis (*apixaban*)

2. Dabigatran

2. Warfarin Orion (*warfarin*)

- Vid behandling av venös tromboembolism med warfarin eller dabigatran skall denna alltid kompletteras med parenteral antikoagulantia (Innohep) de första fem dagarna och tills INR är terapeutiskt.
- Antidot (Praxbind) mot dabigatran finns tillgänglig. Behandling med dabigatran kan övervägas till vissa patientgrupper utifrån patientpreferens och blödningsrisk.
- Vid cancerassocierad trombos är LMWH standardbehandling men NOAK lämpar sig väl vid stabil cancersjukdom som inte engagerar slemhinnor och där blödningsrisk och läkemedelsinteraktioner inte kontraindicerar. Insättning av NOAK bör ske i samråd med onkolog.

HEMOSTATIKA

Tranexamsyra

Konaktion (*fytomenadion*)

Hud

Observera att alkohol påverkar flertalet hudsjukdomar negativt som till exempel rosacea, psoriasis och bensår. Tobak påverkar sårhäkning negativt.

EKSEM

I **melaninrik hud** blir rodnaden mindre framträdande och mer lilaaktig vilket gör det lätt att undervärdera graden av inflammation och därmed underbehandla eksemet. Torrhet och fjällning blir mer framträdande i melaninrik hud. Även hypo-/hyperpigmenteringar kan förekomma.

MJUKGÖRARE

Receptförskrivning endast vid diagnostiserad kronisk eller svår hudsjukdom eller annan sjukdom med hudkomplikationer. I övrigt hänvisas till egenvård.

Canoderm (*karbamid*)



Miniderm Duo (*glycerol+karbamid*)



Oviderm/Propyderm/Propyless (*propylenglykol*)



- Alla patienter med eksem ska använda mjukgörare även när huden är fin.
- MinidermDuo har lägre koncentration av karbamid än Canoderm. Tolereras bättre av patienter med känslig hud.
- Vid val av mjukgörare är det viktigt att man tillsammans med patient hittar ett preparat som känns bra att använda.

LOKALA GLUKOKORTIKOIDER

Mildison Lipid (*hydrokortison*) (gr I) 

Emovat (*klobetasonbutyrat*) (gr II) 

Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III) 

- Smörjning en gång dagligen tills eksemet har läkt ut, därefter 2 gånger per vecka som underhållsbehandling.
- Vid ögonlockseksem rekommenderas Mildison Lipid (gr I).
- Vid akut ögonlockseksem (akut svullnad med vätskande inslag och klåda sedan 24-48 timmar) används Emovat 1 gång dagligen i 2-3 dagar ("Obs!" på receptet) därefter Mildison Lipid 1 gång dagligen i 5-7 dagar.
- Vid svårt eksem alternativt vid terapivikt kan systemisk behandling via hudläkare vara aktuell.
- Vid eksem i hårbotten kan Locoid (gr II) eller Ovixan (gr III) kutan lösning användas.

KALCINEURINHÄMMARE

Protopic (*takrolimus*)

- Vid bristande effekt av lokala glukokortikoider vid milt till måttligt eksem, vid eksem i ansiktet och vid långtidsbehandling kan lokalbehandling med kalcineurinhämmare övervägas.
- Återhållsamhet med behandling under sommarmånaderna och i samband med exponering för solljus.

MJÄLLEKSEM

1. Fungoral (*ketokonazol*) schampo (hårbotten och ansikte) 

2. Cortimyk (*mikonazol+hydrokortison*) (gr I) (ansikte)

3. Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III) lösning (hårbotten)

URTIKARIA

Desloratadin

- Vid otillräcklig effekt inom några dagar kan dosen ökas upp till fyra gånger normal dos. Lång behandling kan krävas, inte sällan flera veckor.
- Vid svår klåda eller besvärande angioödem kan behandling kompletteras med peroral steroid, prednisolon 20-30 mg/dagligen med nedtrappning i 5-7 dagar.
- Remiss till hudkliniken vid otillräcklig effekt trots adekvat behandling i minst 8 veckor.

PSORIASIS

- Bedöm svårighetsgraden med hjälp av PASI (Psoriasis Area and Severity Index).
- Skatta patientens egen upplevelse av sjukdomens svårighetsgrad med hjälp av DLQI (Dermatology Life Quality Index).
- PASI ≥ 10 och DLQI ≥ 10 = svår psoriasis.
- Behandlingsschema och behandlingsmål vid kronisk plackpsoriasis – se sid 17-18 i Behandlingsrekommendation Psoriasis och psoriasisartrit Läkemedelsverket 2019.

MJUKGÖRARE

Se avsnitt Eksem.

LOKALA GLUKOKORTIKOIDER

1. Ovixan (*mometasonfuroat*) (gr III)

1. Diprosalic (*betametasondipropionat+salicylsyra*) (gr III)

1. Dermovat (*klobetasolpropionat*) (gr IV)

2. Enstilar (*kalcipotriol+betametasondipropionat*) skum

- Diprosalic är ett alternativ vid behov av kraftigt avfjällande effekt.
- Dermovat (gr IV) används vid kort tids intensivbehandling.
- Enstilar (kalcipotriol+betametasondipropionat) är ett alternativ då kortisonpreparat inte gett effekt efter 4 veckors behandling.
- Som underhållsbehandling rekommenderas smörjning två gånger per vecka.
- Pevisone kräm är oftast ett bra val vid invers psoriasis, d.v.s. vid psoriasis i hudveck
- Vid svår psoriasis eller vid terapisivikt kan systemisk behandling via hudläkare vara aktuell.

SPECIALISTREKOMMENDATION

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben.

ROSACEA

1. Rozex (*metronidazol*)

2. Finacea (*azelaïnsyra*)

3. Soolantra (*ivermektin*)

4. Lymecklin

- Rekommenderad behandlingstid för ovanstående läkemedel är 3 månader.
- Vid hudirritation - lokalbehandla varannan dag i 10 dagar, därefter dagligen.

SVAMPINFEKTIONER

OBETYDLIG INFLAMMATION (UTAN KLÅDA)

Terbinafin kräm



Pevaryl (*ekonazol*)



- Vid Pityriasis versicolor kan ketokonazol schampo (hårbotten + kroppen) vara en lämplig beredningsform.

INSLAG AV INFLAMMATION (MED KLÅDA)

Cortimyk (*mikonazol+hydrokortison*) (gr I)



Pevisone (*ekonazol+triamcinolon*) (gr II)

- Pevisone (*ekonazol+triamcinolon*) kan användas initialt under några dagar (max 10 dagar) vid kraftigare inflammatoriskt inslag.

NAGELSVAMP

Godartat tillstånd, oftast bara kosmetiskt störande.

Behandlingsindikationen är nagelsvamp på fingrarna eller utbredd infektion.

Lokalbehandling

Till enstaka naglar där tillståndet omfattar den distala tredjedelen av nagel. Behandling under 6-12 månader, betraktas som egenvård.

Amorolfin nagellack, en gång i veckan, receptfritt

Systemisk behandling

Behandling enbart vid utbredd nagelengagemang med påtagliga besvär och laboratorieverifierad dermatofyтинfection

1. Terbinafin

2. Itrakonazol

- Itrakonazol anses vara bättre alternativ vid påvisad candida- eller aspergillusinfektion.

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. Lymecyklin högst tre månader

- Acnatac är kontraindicerat till kvinnor i fertil ålder som saknar effektiv preventivmetod
- Lymecyklin kan ges i högst två kurer. En kur omfattar lymecyklin + lokalbehandling (utan antibiotika) 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.

SVÅR AKNE

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

HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Oklar inflammatorisk sjukdom med inflammerade knutor i främst axiller och ljumskar, närmast jämförbar med akne. Rökstopp och vikttnedgång angeläget.

1. Finacea (*azelainsyra*) utvärtes som profylax

2. Lymecyklin i 3 månader vid svårare skov

- Undvik incisioner.
- Avstå från perorala antibiotika i övrigt.
- Vid behandlingssvikt eller uttalade besvär – remiss till hudläkare.

HYPERHIDROS

LOKALISERAD HYPERHIDROS

1. Aluminiumklorid, t.ex. Absolut Torr, receptfri

2. Axhidrox (*glykopyrronium*), kräm (endast axill)



- Lokal antiperspirant med aluminiumklorid bör provas i första hand i minst 1 månad. Applicera om möjligt på torr hud.
- Botulinumtoxinbehandling i andra hand, gäller axiller och handflator. Remiss till Hudkliniken.

GENERELL/MULTIFOKAL HYPERHIDROS

Solifenacin



- Off label, dosering enligt mall.
- Kan provas som komplement till lokalbehandling.

AKTINISK KERATOS

Behandling indicerad vid påtagliga besvär i ansikte, på öron och eller hårbotten. Vid utebliven behandlingseffekt bör andra diagnoser övervägas.

Tolak (*fluorouracil*)

- Ofta uttalade lokala biverkningar (erytem, fjällning/flagnig, krustabildning, klåda, sveda, ödem och erosioner), upp till 4 veckor efter avslutad behandling.

IMPETIGO

Se avsnitt Infektioner

HUVUDLÖSS

Vid misstanke om huvudlöss finkammas håret med luskam. Upptäcks huvudlöss ska personen behandlas och omgivningen informeras. Noggrann behandling inklusive kamning med luskam (ska rengöras efter användning) krävs.

Dimetikon medicinteknisk produkt (ex Hedrin, Linicin, NYDA, Paranix)

- Tenutex (bensylbensoat/disulfiram) är godkänt för användning mot huvudlöss men är opraktiskt att använda och har flera bieffekter. Ta ställning till Tenutex i det enskilda fallet om korrekt behandling med dimetikonprodukt inte fungerar.

SKABB

Tenutex (*disulfiram+bensylbensoat*)



SÅRBEHANDLING

Uppmärksamma undernäring, rökning och alkohol.

- Lokal sårinfektion behandlas med: täta omlägningsintervall, noggrann rengöring/debridering, antiseptiska lösningar och förband.
- Vid underbenseksem följ rekommendation i avsnitt eksem samt tillämpa adekvat kompressionsbehandling (ankelindex ej äldre än 6 månader).
- Utvärdera alltid antiseptisk behandling efter en kur på 2-3 veckor. Vid utebliven effekt – ta sårodling.
- Svårläkta sår är alltid koloniserade av bakterier. Peroral antibiotikabehandling är endast aktuell vid kliniska tecken till djupare eller spridd infektion. Se infektionsavsnittet!
- Fotsår hos patient med diabetes (riskkategori 4) kräver hög vaksamhet och särskilda behandlingsöverväganden. Optimal sårbehandling, provtagning och sårodling, överväg antibiotikabehandling även vid enklare infektioner. Akutmottagning vid klinisk infektion med allmänpåverkan. Remiss till Diabetesfotteam om sår ej visat förbättring >10 dagar.
- Vid svårläkta sår som inte förbättrats inom 4-6 veckor, överväg remiss till lämplig specialistmottagning (se lokala vårdriktlinjer för vägledning).

KRITISKT KOLONISERADE OCH INFEKTERADE SÅR

Ättiksyra APL 5 mg/ml lösning, vid pseudomonas-kolonisation



Kaliumpermanganat APL 0,1% lösning, för vätskande eksem



Jodförband, kraftigt uppsugande *ej läkemedel*

Sårspollösning, biofilmsnedbrytande (appliceras i 15 min) eller gel *ej läkemedel*

Medicinsk honung *ej läkemedel*

Silverförband med surfaktant, kraftigt uppsugande, max 2-4 veckor, *ej läkemedel*

SMÄRTANDE SÅR

Inför rengöring appliceras lokalanestetika i sårbädden. **OBS** olika tid till effekt för de olika preparaten.

Xylocain (*lidokain*) salva, gel, spray ⊕

- Xylocain gel 2% (max 20 g/dygn), minst 10 min till effekt, för bästa effekt 30-60min.
- Xylocain salva 5% (max 10 g/dygn), tid till effekt – se ovan.
- Xylocain kutan spray 10 mg/dos (max 20 doser/dygn), tid till effekt: 5 min, risk för sveda.

Tapin/EMLA (*lidokain+prilokain*) kräm ⊕

- Tapin kräm (max 10 g/dygn) tid till effekt: 60 min

Zipzoc (*zinkoxid*), vid klåda och skör hud ⊕

- Vid otillräcklig smärtlindring kan Morfinhydrokloridgel APL 1mg/ml vara ett alternativ. Beställningsvara på apotek. Det går också att blanda 1 ml injektionslösning morfin 10 mg/ml med 9 ml isoton hydrogel (t.ex. Intrasis gel). Appliceras i sårbädden och kan ge smärtlindring upp till 25 h.
- Tänk på eventuellt behov av peroral smärtbehandling i samband med såromläggning – se smärtavsnittet.

Infektioner

Bedöm kritiskt tidigare eventuella reaktioner i samband med antibiotikabehandling, varningsmärk journalen bara för de patienter som haft allvarliga reaktioner och som utretts adekvat för detta.

Rekommendationerna bygger på Stramas nationella behandlingsrekommendationer. Se app Strama Nationell eller häftet Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård.

Vid infektioner hos gravida se även Infpreg och Infektioner i gravidavsnittet.

Slutenvårdsrekommendation Empirisk antibiotikaterapi finns på Vårdgivarwebben (Antibiotikaguiden).

Antibiotikaresistens är ett tilltagande kliniskt problem. Aktuella data finns på mikrobiologi.org.

Rätt till kostnadsfritt återbesök inom en vecka då man valt att avvakta med antibiotikabehandling.

COVID-19

VACCINATION

Vaccination rekommenderas till personer med ökad risk för allvarlig sjukdom.

BEHANDLING

Vid betydande risk för svår sjukdom, hög ålder ≥ 80 år, betydande immunsuppression och hög grad av samsjuklighet, kan virushämmande läkemedel vara aktuellt (om <7 dagar från symtomdebut). Rådgör med infektionsläkare innan insättning.

INFLUENSA

VACCINATION

Fluarix (*influensavaccin*)

Fluad (*förstärkt influensavaccin*)

- Vaccination rekommenderas till personer med ökad risk för allvarlig sjukdom. Influensavaccin rekommenderas också till hushållskontakter till personer med kraftigt nedsatt immunförsvar samt till vård- och omsorgspersonal.
- För säsongen 2025–2026 har samtliga regioner även upphandlat ett förstärkt influensavaccin som är ett högdosvaccin med bättre skyddseffekt. Detta vaccin rekommenderas av Folkhälsomyndigheten till personer på särskilda boenden för äldre.

BEHANDLING

Tamiflu (*oseltamivir*) i 5 dagar

- Oseltamivir rekommenderas oberoende av vaccinationsstatus till patienter med risk att utveckla svår influensa eller som har insjuknat i svår influensa. Antiviral behandling bör sättas in så tidigt som möjligt, som regel inom två dygn efter symtomdebut.
- Vid smitta på särskilt boende kan även postexpositionsprofylax vara aktuellt.

AKUT MEDIAOTIT

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 5 dagar. I 10 dagar vid recidiv

Amoxicillin i 10 dagar vid recidiv eller terapisivikt

Abbotin (*erytromycin*) i 7 dagar vid pc-allergi

- Alla vuxna med säkerställd mediaotit ska ha antibiotikabehandling. Nytt läkarbesök vid utebliven förbättring samt omgående vid försämring.
- Om terapisivikt, ta nasofarynxodling före byte av behandling.

RINOSINUIT

1. Egenvård med koksaltlösning, avsvällande nässpray, analgetika, nasal steroid

2. Mometason nässpray, dubbel dos

- Dosering: 2 puffar i vardera näsborren 2 gånger dagligen i 2 veckor, därefter 1 gång dagligen till symtomfrihet.

3. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 7 dagar.

Amoxicillin-klavulansyra i 7 dagar vid terapisivikt

Doxycyklin i 7 dagar vid pc-allergi eller terapisivikt

- Antibiotika är mycket sällan indicerat vid akut rinosinuit oavsett agens och minskar inte säkert risken för komplikationer.
- Indikationer för antibiotikabehandling: svåra symtom som hög feber, svår smärta eller försämring efter 10 dagar.
- Immunsupprimerade patienter rekommenderas alltid antibiotikabehandling vid misstänkt bakteriell rinosinuit.

FARYNGOTONSILLIT

Indikation för antibiotikabehandling:

- Minst tre uppfyllda Centorkriterier (feber $\geq 38,5$, ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna, beläggning på tonsillerna, frånvaro av hosta) i kombination med positivt Strep-A.

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 5 dagar med **fyr**dos för patient utan allvarlig underliggande sjukdom och utan immunmodulerande behandling. I 10 dagar med **tred**os för övriga patienter.

Cefadroxil i 10 dagar vid terapisivikt eller recidiv

Clindamycin (*klindamycin*) i 10 dagar vid pc-allergi, terapisivikt eller recidiv

- Värdera tecken på allvarlig infektion, komplikation eller allvarlig differentialdiagnos.
- **Högre dos till gravida:** Penicillin V 1 g x 4 respektive cefadroxil 1 g x 2 i 10 dagar

PNEUMONI

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 7 dagar

Amoxicillin i 7 dagar hos patient med KOL

Doxycyklin i 7 dagar vid pc-allergi eller terapisivikt

- Högre dos till gravida: Penicillin V 1 g x 4

KOL-EXACERBATION

I första hand optimerad KOL-behandling, se KOL-avsnittet.

Antibiotikabehandling kan övervägas vid:

- missfärgade upphostningar i kombination med antingen ökad mängd upphostningar eller ökad dyspné

1. Amoxicillin i 5-7 dagar

1. Doxycyklin i 5-7 dagar

2. Amoxicillin/klavulansyra i 5-7 dagar vid allergi eller resistens

2. Bactrim (*trimetoprim/sulfametoxazol*) i 5-7 dagar vid allergi eller resistens

- Sputumodling rekommenderas.

A FEBRIL UVI/CYSTIT

1. Nitrofurantoin i 5 dagar (kvinnor), 7 dagar (män), ej vid GFR <40 ml/min

1. Selexid (*pivmecillinam*) i 3-5 dagar (kvinnor), 7 dagar (män)

- **Kvinnor:** Vid lindriga till måttliga besvär rekommenderas symtomlindrande behandling, ökat vätskeintag och expektans. Vid måttliga besvär överväg recept i reserv. Odling behövs ej i okomplicerade fall.
- **Gravida:** se Infektioner i gravidavsnittet.
- **Män:** Odlå alltid.
- **KAD-bärare:** Kateterbyte är ofta tillräcklig åtgärd vid lokala besvär, om det inte lindrar odla och invänta odlingssvar.

FEBRIL UVI /PYELONEFRIT

1. Ciprofloxacin i 7 dagar (kvinnor), 7-10 dagar (män) vid empirisk behandling

2. Bactrim (*trimetoprim+sulfametoxazol*) i 7-10 dagar (kvinnor och män), endast efter resistensbestämning, förstahandsalternativ om känslig stam

- Odlå alltid, resistens är vanligt förekommande.
- Längre behandlingstid eller annan åtgärd kan behövas, exempelvis vid långsamt svar på behandling, samtidig prostatit, misstänkt abscess eller immunsuppression.
- Vid kateterassocierad febril UVI rekommenderas 7-10 dagars behandling (kvinnor och män) samt kateterbyte, se även fickkort kateter.
- **Gravida:** Se Infektioner i gravidavsnittet.

ERYSIPELAS

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 10 dagar

Clindamycin (*klindamycin*) i 10 dagar vid pc-allergi

- Tänk på att öka penicillindos 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.
- Vid recidiverande erysipelas, åtgärda riskfaktorer som ödem, torr hud etc.

IMPETIGO

1. Noggrann uppblötning och borttagning av krustor med tvål och vatten. Kompletterande lokal behandling med klorhexidinlösning.

2. Fucidin (*fusidinsyra*) kräm i 7 dagar

3. Flukloxacillin i 7 dagar

3. Clindamycin (*klindamycin*) i 7 dagar vid pc-allergi

- 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.

PARONYKI

Paronykier behandlas med alsolspritsomslag och/eller exstirpation av nedväxande nageldelar. Antibiotika ska inte ges.

FOLLIKULITER

1. Klorhexidin lösning

2. Fucidin (*fucidinsyra*) kräm

- Fucidinkräm rekommenderas om klinisk misstanke eller odlings-svar talar för stafylokokgenes.
- Ytliga hårsäcksinflammationer kan orsakas av bland annat bakterier, svamp, virus och läkemedel. Odlar om den kliniska bilden är oklar. Vid oklara eller recidiverande besvär, remittera till hudläkare.

ABSCESSER

Abscesser behandlas i första hand med dränage. Vid allmänpåverkan, behandlingssvikt samt abscess som inte kan dräneras överväg antibiotika.

Vid recidiverande furunkulos kan antibiotika vara aktuellt. Kom ihåg hidradenitis suppurativa som differentialdiagnos, se Hud-avsnittet.

1. Flukloxacillin i 10 dagar

Clindamycin (*klindamycin*) i 10 dagar vid pc-allergi

BORRELIA

ERYTEMA MIGRANS

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 10 dagar

Doxycyklin i 10 dagar vid pc-allergi

- Diagnosen av okomplicerad erytema migrans är klinisk. Serologiska tester tillför inget ytterligare.
- **Högre dos till gravida:** Penicillin V 1 g x 4.
- Vid multipla erytem eller erytema migrans med feber doxycyklin i 10 dagar

ÖVRIGA BORRELIAINFEKTIONER

Vid misstänkt neuroborrelios kontakta infektionsläkare (för diagnos krävs lumbalpunktion).

MJUKDELSINFEKTIONER EFTER BETT

- Infektion vid kattbett orsakas oftast av *Pasteurella multocida*. Flukloxacillin, perorala cefalosporiner och klindamycin saknar effekt på *P. multocida* och vissa andra patogener som förekommer vid bett.
- Förebyggande antibiotikabehandling rekommenderas vanligen inte men vid bett i ansiktet, i direkt anslutning till led samt vid nedsatt immunförsvar ges amoxicillin-klavulansyra i 3 dagar, påbörjas senast inom 1 dygn.

KATTBETT

1. Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*) i 10 dagar vid tidigt debuterande infektion (<2 dygn)

1. Amoxicillin-klavulansyra i 10 dagar vid sent debuterande (>2 dygn) eller vid bett i ansiktet, i direkt anslutning till led samt vid nedsatt immunförsvar.

Bactrim (*trimetoprim+sulfametoxazol*) i 10 dagar vid pc-allergi (både vid tidigt och sent debuterande infektion)

HUNDBETT OCH MÄNNISKOBETT

1. Amoxicillin-klavulansyra i 10 dagar

Bactrim (*trimetoprim+sulfametoxazol*) i 10 dagar vid pc-allergi

ÖVRIGA SÅRINFEKTIONER

Akuta sårskador och infekterade sår tvättas rena med tvål och vatten. Antibiotikabehandling är bara indicerad när det finns tecken på spridd infektion eller när djupare vävnader är involverade.

1. Flukloxacillin i 7 dagar

Clindamycin (*klindamycin*) i 7 dagar vid pc-allergi

SVÅRLÄKTA SÅR

Svårsläkta sår är alltid koloniserade av bakterier. Antibiotikabehandling är endast aktuell vid kliniska tecken till djupare eller spridd infektion. Odla efter mekanisk rengöring. Se Sårbehandling i hudavsnittet.

CLOSTRIDIODES DIFFICILE-INFEKTION

Vid pågående antibiotikabehandling, sätt om möjligt ut behandlingen. Vid lindriga symtom kan man avvakta med läkemedelsbehandling (aktiv exspektans 2 dagar). Asymtomatiska bärare behandlas ej. Värdera indikation för pågående protonpumpshämmarbehandling.

Vancomycin i 10 dagar

- Vid svår infektion, behov av fortsatt antibiotikabehandling mot annan infektion, terapisivikt (efter 5 dygns behandling) eller recidiv, kontakta infektionsläkare.

CANDIDAINFEKTIONER

Se avsnitten Munhålan's sjukdomar samt Gynekologi.

OKOMPLICERAD KLAMYDIAINFEKTION

1. Doxycyklin i 7 dagar

Azitromycin i 5 dagar endast då doxycyklin är kontraindicerat

- Provtä och behandla aktuell sexualpartner. Remittera till central smittspärning som gör smittskyddsanmälan.
- Vid terapisivikt överväg provtagning för Mycoplasma genitalium. Behandling ges med azitromycin i 5 dagar

HERPESINFEKTIONER

HERPES SIMPLEX PERIORALT ELLER GENITALT

Valaciclovir i 5 dagar

- Lindriga fall behöver sällan behandling.
- Vid svår primärinfektion, framför allt genitalt, rekommenderas behandling i 10 dagar och bör då sättas in inom 2 dygn efter debut av blåsor för att ha klinisk effekt.
- Vid recidiverande infektioner påverkar läkemedelsbehandling sällan förloppet. Vid besvärliga recidiv kan tidigt insatt antiviral behandling vara motiverad. Långtidsbehandling för att förebygga täta (6–12/år) recidiv kan vara indicerad.

HERPES ZOSTER (BÄLTROS)

Valaciclovir i 7 dagar

- Lägre dosering vid nedsatt njurfunktion p.g.a. konfusionsrisk.
- Alla patienter över 50 år bör erbjudas antiviral behandling. Behandling startas snarast och senast 3 dygn efter debut av utslag. Vid komplicerande sjukdom kontakta relevant specialistklinik.
- Utredning av ev. bakomliggande immunbrist rekommenderas vid recidiverande herpes zoster, riskgrupper för HIV-infektion eller atypisk sjukdom. Överväg HIV-test.

VARICELLA (VATTKOPPOR)

Valaciclovir i 7 dagar

- Vuxna (och tonåringar) med varicella rekommenderas antiviral behandling om den sätts in tidigt, helst inom ett dygn från debut av blåsor. Kan även övervägas senare i förloppet vid fortsatt tillkomst av blåsor.

SPRINGMASK OCH SPOLMASK

1. Pyrvin (*pyrvinium*) endast vid springmask, receptfritt ⊕

2. Vermox (*mebendazol*) receptfritt ⊕

- Under behandlingstiden är det viktigt att vara extra noga med hygien. Behandla hela familjen samtidigt. Upprepa behandlingen efter två veckor.

VACCINATIONER

Lokal information se Smittskydd Kronoberg, allmän information och samvaccination se Janusinfo.

PÅFYLLNING AV VACCINATION MOT STELKRAMP, DIFTERI OCH KIKHOSTA

Triaxis (*vaccin mot stelkramp, difteri och kikhosta*)

- Tidigare vaccinerad med minst fyra doser ges boostervaccin om det gått minst 20 år sedan föregående dos. Vid frågor kring ofullständigt vaccinerade kontakta infektionsläkare.

VACCINATION MOT KIKHOSTA HOS GRAVIDA

Triaxis (*vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta*)

- Folkhälsomyndigheten rekommenderar vaccin mot kikhosta efter graviditetsvecka 16.

VACCINATION MOT MÄSSLING, PÅSSJUKA OCH RÖDA HUND

MMR-VAXPro (*vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund*)

- Folkhälsomyndigheten rekommenderar att samtliga i befolkningen har ett skydd mot mässling.

VACCINATION MOT PNEUMOKOCKER

Pneumovax (*polysackaridpneumokockvaccin*)

Prevenar20 (*konjugerat vaccin*)

- Vaccination rekommenderas till personer med ökad risk för allvarlig pneumokockinfektion, de så kallade riskgrupperna, enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer.
- Gällande val av vaccin, lokala rutiner samt kostnader se Informationsblad Pneumokockvaccination till vuxna, Smittskydd Kronoberg.

VACCINATION MOT TBE

Encepur (*vaccin mot TBE*)

- Vaccination mot TBE (fästingburet encefalitvirus) rekommenderas för de som regelbundet vistas ute i skog och mark i områden med förhöjd förekomst av TBE enligt Folkhälsomyndighetens sammanställning, för lokal information se Smittskydd Kronoberg.

Kronisk njursvikt

Uppmärksamma levnadsvanor i tidig prevention.

Kronisk njursjukdom skall behandlas i tidigt stadium för att förhindra hjärtkärlsjukdom och progress av njursvikten. För behandling av blodtryck och blodsocker, se kapitel Kardiovaskulär sekundärprevention.

RAAS-blockad är av stor vikt vid alla kroniska njursjukdomar och en kombination av ACE-hämmare eller ARB och SGLT2-hämmare är mest effektiv för prevention av hjärtkärlsjukdom och progress av njursvikt.

ACE-HÄMMARE / ARB

Candesartan (*kandesartan*) startdos 4 mg x 1



Enalapril startdos 5 mg x 1

- Upptitrering efter blodtrycks- och provsvar (kreatinin och kalium efter 1-2 veckor)
- Minskning av GFR med >15%; ny kontroll inom 1 vecka, överväg dosreduktion eller nefrolog-kontakt.
- P-K >5,5 mmol/l; ny kontroll inom 1 vecka, kostgenomgång, överväg kaliumsänkande läkemedel eller dosreduktion.
- Informera patienten om tillfällig utsättning vid gastroenterit/uttorkning.
- Kombination av ACE-hämmare och ARB rekommenderas ej.

SGLT2-HÄMMARE

Forxiga (*dapagliflozin*)



Jardiance (*empagliflozin*)

- Kan sättas in vid GFR mellan 75 och 20 ml/min och makroalbuminuri (u-alb/krea > 30 g/mol) tillsammans med RAS-blockad eller när sådan är olämplig. Vid diabetes är behandling aktuell redan vid mikroalbuminuri (u-alb/krea > 3 g/mol).
- Försiktighet vid t.ex. dehydrering, fasta, kolhydrat-fattig kost och lågt BMI p.g.a. ökad risk för ketoacidosis som kan uppkomma även vid typ 2 diabetes och nära normoglykemi.

ALDOSTERONRECEPTORANTAGONIST

Kerendia (*finerenon*) (S)

- Finerenon kan övervägas vid kronisk njursjukdom hos patienter med diabetes typ 2 som tillägg till högsta tolerabla dos RAAS-blockad om GFR > 25ml/min och $1,73\text{m}^2$, u-alb/krea > 3g/mol och normalt p-kalium. Kan kombineras med SGLT-2 hämmare. Kräver monitorering av kalium och kreatinin. Ge akt på interaktioner, t.ex. grapefrukt och antimykotika (CYP3A4-hämmare). Sätts ut vid eGFR <15ml/min/ $1,73\text{m}^2$.
- Om patienten redan står på spironolakton eller eplerenon behöver byte till finerenon inte göras.

Mage och tarm

DYSPEPSI

Sanera NSAID-användning. Rekommendera rökavvänjning.

Kalciumkarbonat+magnesiumhydroxid



Pepcid (*famotidin*)



Omeprazol



- Test&Treat för *Helicobacter pylori* istället för gastroskopi hos personer under 50 år utan alarmsymtom är ett klokt kliniskt val
- Antacida kan minska absorptionen av ett flertal andra läkemedel.
- Famotidin har snabbare symtomlindrande effekt än omeprazol.
- Omeprazol 10–20 mg dagl kan ges under 4–8 veckor, viktigt att seponera vid utebliven effekt. Vid god effekt bör uttrappningsförsök göras 1–2 ggr årligen, se nedtrappning nedan.

GASTROESOFAGEAL REFLUX

Rekommendera minskad alkoholkonsumtion, rökavvänjning, viktnedgång.

Undvik stora, fettrika och sena måltider.

Höjd huvudända kan hjälpa vid nattliga besvär.

1. Gaviscon (*algsyra, aluminiumoxid, natriumvätekarbonat*)



2. Omeprazol



3. Esomeprazol

- Gaviscon kan användas vid lindrig reflux eller som tillägg till annan behandling.
- Omeprazol upptitreras till lämplig dos och kan ökas till 20 mg 2x2 vid sår i matstrupen (esofagit grad C och D enligt Los Angeles klassifikationen).
- Studier har visat att klopido-rel i kombination med omeprazol eller esomeprazol kan leda till reducerad effekt av klopido-rel. Använd pantoprazol eller H2-receptorblockerare som alternativ.
- I första hand rekommenderas omeprazol upp till 40 mg dagl innan byte till esomeprazol.

ULCUS

Esomeprazol

Amoxicillin

Klaritromycin

- *Helicobacter pylori* eradikeringskur, 1 vecka (ordinationspaket "Helicobacter" finns i Cosmic): Esomeprazol 20 mg x 2, Klaritromycin 500 mg x 2, Amoxicillin 1000 mg x 2.

- Vid kvarstående *Helicobacter pylori*-infektion rekommenderas 2 veckors behandling och antibiotikabyte till: Esomeprazol 20 mg x2, Metronidazol 400 mg x2 och Amoxicillin 1000 mg x2
- *Helicobacter pylori*-odling för resistensbestämning tas efter två eradikeringsförsök.
- Det är vanligen inte meningsfullt att göra fler än tre eradikeringsförsök. Samråd med gastroenterolog angående indikation för behandling om två empiriska eradikeringsförsök och ett eradikeringsförsök efter resistensbestämning misslyckats.

DUODENALSÅR

- *Helicobacter pylori* vanligaste orsak, lägre bakteriedensitet än vid ventrikelsår. Eradikeringskur för *Helicobacter pylori* ges alltid. Behöver inte kontrollgastroskoperas. I svåra fall kan livslång behandling med protonpumpshämmare behövas.

VENTRIKELSÅR

- *Helicobacter pylori* och NSAID är vanligaste orsak. *Helicobacter pylori*-positivt ulcus ges eradikeringskur 1 vecka därefter ytterligare esomeprazol 20 mg x 1 i 4-8 veckor. Måste kontrollgastroskoperas till läkning för att utesluta cancer.

NEDTRAPPNING AV PROTONPUMPSHÄMMARE

Vid långtidsanvändning av protonpumpshämmare på svag indikation bör hänsyn tas till biverkningar i form av ökad risk för *Clostridioides difficile*, lunginflammation och frakturer. Patienter 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 syrasekretionen och ökade dyspeptiska besvär. Nedtrappning behövs inte efter behandling av *Helicobacter pylori* eller efter 4-8 veckors behandling av peptiskt ulcus. Patientbroschyr finns att beställa.

Nedtrappningsschema

- Halvera dosen under 4 veckor (förskriv eventuellt lägre styrka).
- Ta halva dosen varannan dag under 4 veckor.
- Pröva att sluta.
- Om det fortfarande finns behov av tillfällig syrahämning har Pepcid och Novaluzid snabbare syrahämmande effekt än protonpumpshämmare, och Gaviscon kan användas vid refluxorsakade besvär.

ILLAMÅENDE

Illamående kan vara symtom på underliggande sjukdomstillstånd. Rekommendationen avser symtomatisk behandling av illamående.

TILLFÄLLIGT ILLAMÅENDE

1. Postafen (*meklozin*)



2. Metoklopramid

3. Ondansetron

RÖRELSESJUKA

1. Postafen (*meklozin*)



2. Prometazin



POSTOPERATIVT ILLAMÅENDE

Metoklopramid

Ondansetron

- Postafen kan ha antikolinerga biverkningar, försiktighet rekommenderas hos äldre.
- Metoklopramid bör bara förskrivas för korttidsanvändning (upp till 5 dagar) p.g.a. risken för extrapyramidala biverkningar. Metoklopramid är kontraindicerat vid mekaniskt tarmhinder.
- Prometazin kan ge QT-förlängning och hjärtarytmi.
- Ondansetron kan användas när andra medel haft otillräcklig effekt eller vid längre tids behandling. Kan ge förstoppning, QT-förlängning och hjärtarytmi. Den rekommenderade maxdosen av intravenöst ondansetron vid ett dostillfälle är 16 mg.
- Se även rekommendationer om illamående i följande avsnitt: Graviditet (illamående), Neurologi (migrän), Palliativ vård i livets slutskede (illamående), Smärta (opioider).
- För cytostatikautlöst illamående – kontakta behandlande klinik.

MALNUTRITION

Nutritionsbehandling erbjuds utifrån individuellt näringsbehov samt förutsättningar till digestion och absorption av näringsämnen. Uppmärksamma särskilt personer som utesluter många livsmedel ur sin kost och/eller har frekventa diarréer. Samråd gärna med dietist.

PANKREASINSUFFICIENS

Creon 25 000 (*pankreatin*)

- Normaldosering 2 kapslar 3 gånger dagligen, eventuell effektförstärkning med protonpumpshämmare vid behov. En extra kapsel kan tas i samband med mellanmål.
- Vid misstanke om pankreasinsufficiens med kronisk diarré eller malabsorption kan f-elastas (extern analys) användas.

FÖRSTOPPNING

SNABBVERKANDE

Klyx (*natriumdokusat+sorbitol*)



Resulax (*sorbitol*)



Microlax (*natriumcitrat+natriumlaurylsulfoacetat*)



(alternativ vid restnotering av Resulax)

VOLYMÖKANDE

1. Vi-Siblin (*ispaghula*), vattenlösligt – bulkmedel



1. Laktulos – osmotiskt verkande



2. Importal Ex-Lax (*laktitol*) – osmotiskt verkande



2. Movicol (*makrogol*) – osmotiskt verkande



- Vid opioidorsakad förstoppning rekommenderas i första hand

Movicol (makrogol) och natriumpikosulfat. Vid kvarstående opioidorsakad förstoppning kan Rizmoic (naldemedin) övervägas. Bulkmedel ska inte användas.

- Viktigt med adekvat vätskeintag vid förstoppning. Bulkmedel ska användas med försiktighet till äldre med dåligt vätskeintag.

TARMMOTORIKSTIMULERANDE

Laxoberal (*natriumpikosulfat*)



DIARRÉ

OSPECIFICERAD

Loperamid



- Loperamid kan användas vid tillfällig och kronisk diarré utan blod.
- Bulkmedel (t.ex. Vi-Siblin) 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

Kolestyramin

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

IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS)

BUKSMÄRTA

1. Paracetamol



2. Papaverin APL

3. Colpermin (*pepparmyntsolja*)



4. Amitriptylin



- Spasmolytika har som grupp visat sig ha måttlig effekt (dock ej bättre än paracetamol).
- Papaverin APL förskrivs som extemporeläkemedel, läkemedelsmall finns under ”icke godkända läkemedel”.
- Vid terapistresistent smärta föreslås lågdos amitriptylin (10–50 mg till natten). Även SSRI kan övervägas.

DIARRÉ

- Se avsnitt diarré.

FÖRSTOPPNING

- Se avsnitt förstoppning. Välj vattenlösligt bulkmedel vid IBS.

SVÅR IBS-C MED FÖRSTOPPNING

Constella (*linaklotid*)

Prukaloamid

- 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.
- Prukaloamid där andra möjligheter är uttömda. Effekten avtar med tiden.

INFLAMMATORISK TARMSJUKDOM

BEHANDLING AV SKOV I SLUTENVÅRD

Betapred (*betametason*)

- I slutenvård ges inj Betapred 4 mg x 2 iv

UNDERHÅLLSBEHANDLING

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben

PROKITIT

Pentasa (*mesalazin*) klysma

Prednisolon klysma

- Mesalazin klysma har likvärdig effekt som prednisolon klysma. Vid skov ges 1 klysma 2 ggr dagligen i 14 dagar och därefter till kvällen i ytterligare 2–4 veckor.
- Prednisolon klysma 31,25 mg ges i dosen 1 klysma 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 klysma p.g.a. lägre systemeffekter.
- Vid okomplicerad proktit ges förslagsvis supp. Pentasa/Asacol som underhållsbehandling efter kortisonkuren.

MIKROSKOPISK KOLIT

(KOLLAGEN KOLIT, LYMFOCYTÄR KOLIT)

Entocort (*budesonid*)

- Diagnosen ställs med koloskopi där biopsier visar kollagen eller lymfocytär kolit.
- Skov av vattnig 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. Enbart 1/5 av patienter med anala besvär har rätt indikation. Risk finns även att cancerdiagnostik kan försenas.
- Utredning med rektoskopi ska göras för att utesluta annan blödningskälla. Vid behov görs också koloskopi.

VITAMIN B1

Thiamine Sterop injektion (*vitamin B1*)

- Indicerat vid misstanke om brist vid alkoholrelaterade tillstånd eller vid grav malabsorption.
- Vid misstanke om Wernickes syndrom ska vitamin B1 ges intravenöst i hög dos, se mall i Cosmic.

BevipleX Forte (*vitamin B1, B2, B3, B6*)

Receptfritt kosttillskott (*vitamin B1, B2, B3, B6*)

- Som uppföljning efter parenteral behandling rekommenderas förhöjd dos 2 tabletter 2 gånger dagligen (sic!) i en månad och därefter ordinarie dos 2-3 tabletter dagligen om det är fortsatt risk för tiaminbrist.
- Receptfritt kosttillskott finns med samma innehåll som BevipleX Forte.

Obesitas

Vid övervikt och obesitas är **hälsosamma matvanor** tillsammans med **fysisk aktivitet** förstahandsåtgärd. Erbjud kombinerad levnadsvanebehandling.

Digitalt stöd för viktnedgång vid övervikt – 1177.se (tillgängligt för alla, oavsett BMI).

Primärvårdens hälsoenhet erbjuder hjälp med gruppbehandling och kostersättning (endast vid BMI < 35).

Läkemedel kan användas för att behandla obesitas som tillägg till levnadsvanebehandling. Läkemedel kan vara aktuellt för personer med BMI över 35, vid följsjukdomar eller andra samtidiga sjukdomar trots lägre BMI, eller vid ökade hälsorisker av andra skäl där vikttnedgång är nödvändig. Se Nationella riktlinjer för vård vid obesitas 2023 (socialstyrelsen.se).

- Preparatval utifrån individuella faktorer, se tabell på Vårdgivarwebben/Rekommenderade läkemedel.
- Utvärdera behandlingen och avsluta om utebliven effekt.
- Metformin har viss viktreducerande effekt, ca en BMI-enhet. Metformin kan vara särskilt lämpligt vid hög diabetesrisk eller vid polycystiskt ovariesyndrom då det även har en påverkan på dessa patienters hyperandrogenism.
- Indikation för remiss till kirurgi (se vårdöverenskommelse): BMI>40 eller BMI>35+obesitasrelaterad komorbiditet.

SUBSTITUTION EFTER OBESITASKIRURGI

- Efter obesitaskirurgi är livslång uppföljning nödvändig, framförallt avseende malabsorption och metabola faktorer.
- De vanligaste bristtillstånden efter obesitaskirurgi är järn, B12-vitamin och D-vitamin/kalcium.
- Vitamin- och mineralsubstitution rekommenderas enligt riktlinje från kirurgkliniken:
 - o **Betolvidon** (vitamin B12) 1 mg x 1
 - o **Kalcium/Kolekalciferol** 500 mg/800 IE x 3
 - o **Duroferon/Niferex** (järn) 100 mg, 1 tablett varannan dag (speciellt viktigt till menstruerande kvinnor)
 - o **Multivitamin- och mineraltablett** (receptfritt) MittVal Kvinna eller motsvarande 1x2
 - o Till gravida och ammande rekommenderas extra folsyra.
- Kunskap om läkemedels farmakokinetik efter obesitaskirurgi är begränsad och innebär att läkemedel kan tas upp antingen väsentligen bättre eller sämre.

Munhåla

Tandborstning med fluoridtandkräm två gånger om dagen rekommenderas. Undvik frekvent intag av söta och/eller sura livsmedel, viktigt med tandvila (mellanrum mellan måltider). Tobak och andra nikotinprodukter skadar munhälsan, rekommendera nikotinavvänjning.

AFTÖSA LESIONER

Antibakteriella medel, se nedan

Receptfritt preparat för lindring av munsår

- Afte kan vara en del av systemsjukdom. Ofta orsak okänd.
- Enhetlig behandling saknas. Den kliniska bilden är ofta tydlig. Gulaktiga sår med röd randzon.
- För symptomlindring kan lokalt ytanestetikum ordinerars, t.ex. benzydamin (Andolex munsköljvätska 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.

ANTIBAKTERIELLA MEDEL

Corsodyl (*klorhexidin*)

Hexident (*klorhexidin*)

Paroex (*klorhexidin*) ej läkemedel. Innehåller inte alkohol.

- Dessa medel kan dämpa inflammatorisk påverkan från plack. Ska användas högst två veckor i följd.

ANTIBIOTIKAPROFYLAX

Amoxicillin

Clindamycin (*klindamycin*) vid pc-allergi

HEMATOLOGI OCH KOAGULATION

Cyklokapron (*tranexamsyra*)

KARIES

Dentan (*natriumfluorid*) lösning



Natriumfluorid tandkräm 5mg/g

- Natriumfluoridtandkräm 5 mg/g är en högfluoridtandkräm som används som alternativ till annan tandkräm när högre fluoridkoncentration är indicerat. Används till patienter med kariessjukdom eller vid hög risk för karies. Kan användas från 16 år och uppåt.
- Försiktighet vid kognitiv svikt, risk för nedsväljning av höga doser fluorid.

MUNTORRHET

Xerodent (*natriumfluorid+äppelsyra*)



Saliversättning med natriumfluorid APL munhålelösning 0,02% (natriumfluorid)

- Vid behov av saliversättning vid konstaterad muntorrhet kan Saliversättning med natriumfluorid APL munhålelösning 0,02% användas och förskrivas på recept.
- Ökad risk för karies, rekommendera extra fluoridpreparat utöver fluoridtandkräm.
- Torra slemhinnor blir ofta känsliga. Receptfria, smörjande produkter kan rekommenderas.

ORALA BAKTERIELLA INFEKTIONER

Dränering av infektion i tandvården är förstahandsbehandling. Antibiotika kan läggas till vid allmänpåverkan eller om det inte går att behandla tanden i det akuta skedet.

Fenoximetylpenicillin (*penicillin V*)

Clindamycin (*klindamycin*) vid pc-allergi

Metronidazol i kombination med penicillin V

- Metronidazol ges i kombination med penicillin V där patienten inte svarar på behandling med bara penicillin V. Denna kombination har ungefär samma spektrum som klindamycin.

ORALA SVAMPINFEKTIONER

LOKAL BEHANDLING

Nystimex (*nystatin*)



SYSTEMISK BEHANDLING

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 behandlas. Orsaken bör dock utredas. Enbart vitaktig tunga är ingen indikation för behandling.
- Nystatin oral suspension 100 000 IU/ml: 1-4 ml droppas i munnen 4 gånger dagligen. Särskilt de muntorra patienterna behöver den högre doseringen. Behandling ges tills symtomen har försvunnit och några dagar till, ofta blir det 2-6 veckor. Observera risken med complianceproblematik vid lång behandlingstid.
- Systemisk behandling används om patienten är kraftigt immunsupprimerad.
- Varning för interaktion med andra läkemedel vid systembehandling med svampmedel.

ORALA VIRUSINFEKTIONER

Valaciclovir

- För smärtbehandling rekommenderas lidokainsalva eller Oral Cleaner lidokainspray.

TANDVÄRK

Behandling av orsaken till tandvärk rekommenderas i första hand.

1. Paracetamol



2. Paracetamol i kombination med ibuprofen



3. Morfin

- Smärta – behandling se aktuell version av Tandvårdens Läkemedel (kunskapsstyrningvard.se)

Neurologi och stroke

MIGRÄN

Icke-farmakologiska åtgärder bör erbjudas alla patienter, inte minst de som inte kan eller vill använda akuta eller förebyggande läkemedel mot migrän. Detta kan inkludera utbildning om sjukdomen och om nödvändiga levnadsvaneförändringar såsom konditionsträning, god sömn/sömnhygien, hälsosamma mat- och dryckesvanor, avslappningsträning, biofeedback samt akupunktur. Arbetsmiljö, arbetsställning och muskelspänningar bör analyseras.

AKUTBEHANDLING

1. Acetylsalicylsyra+koffein

1. Naproxen

2. Sumatriptan tablett

3. Zolmitriptan munlöslig tablett

3. Zomig Nasal (*zolmitriptan*)

- Vid svårbehandlad migrän överväg samtidig spänningshuvudvärk eller läkemedelsinducerad huvudvärk.
- Munlösligt ondansetron kan användas mot illamående.



PROFYLAX

Amitriptylin

Candesartan (*kandesartan*)

Metoprolol depottablett

- Profylaxbehandlingarna kan användas i kombination.
- Inled med låg dos, titrera till effekt eller biverkningar.



SPECIALISTPREPARAT

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben.

TRIGEMINUSNEURALGI

1. Tegretol Retard (*karbamazepin*)

2. Gabapentin

- Höga doser kan krävas, även i kombination. Neurologbedömning vid otillräcklig effekt.

EPILEPSI

AKUTBEHANDLING

Midazolam munhålelösning

Diazepam rektallösning

Lorazepam intravenös injektion

Midazolam intramuskulär injektion

- Välj i första hand den bensodiazepin som är enklast tillgänglig.

- Behandla akuta anfall hos vuxna om anfallet varat mer än 3 minuter och fortfarande pågår.

UNDERHÅLLSBEHANDLING VID EPILEPSI

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

1. Lamotrigin

1. Levetiracetam

2. Lakosamid

- Övriga läkemedel bör ses som specialistläkemedel.
- Lamotrigin trappas in under fyra veckors tid, se FASS.
- Levetiracetam doseras efter njurfunktion och har psykiatriska biverkningar med irritabilitet och nedstämdhet.
- Kvinnor som behandlas med antiepileptika bör behandlas med folsyra 1 mg 1x1 när graviditet planeras eller sätts in på folsyra vid konstaterad graviditet.

RESTLESS LEGS SYNDROM

Informera om möjligt samband med alkohol, rökning och koffeintag. Rekommendationen gäller när besvären ej kan dämpas tillfredsställande med lätta analgetika. Överväg sekundär RLS, exempelvis järnbrist, diabetes, läkemedelsbiverkan (neuroleptika, antidepressiva) eller polyneuropati.

1. Pramipexol

2. Levodopa/benserazid

3. Gabapentin

- Vid långtidsbehandling av yngre patienter med dopaminerga preparat, beakta risken för augmentation (med behov av dosökning p.g.a. läkemedelspåverkan).
- Järnsubstitution bör provas vid lågt eller lågnormalt P-Ferritin. Innan behandlingen utvärderas bör P-Ferritin $>75 \mu\text{g/L}$ eftersträvas. För preparatval se avsnittet Anemier – Järnbrist.

PARKINSONS SJUKDOM

Alla patienter ska ha kontakt med Parkinson-team för multimodal icke-farmakologisk behandling.

MOTORISKA SYMTOM

1. Levodopa/benserazid

1. Pramipexol depottablett

2. Entacapone (*entakapon*)

- Till yngre patienter rekommenderas i första hand dopaminagonister.

ICKE-MOTORISKA SYMTOM

Kognitiv svikt

1. Rivastigmin

2. Memantin

Depression

Se avsnitt Äldrepsykiatri

Hallucinationer

1. Quetiapin

2. Clozapin (*klozapin*) (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 (S)

- Patienter med Parkinsons sjukdom i komplikationsfas är ofta biverkningskänsliga. All läkemedelsbehandling oavsett indikation bör noggrant utvärderas avseende nytta och biverkningar.

TIA/STROKE - AKUTBEHANDLING

Patienter med misstänkt TIA eller stroke ska akutremitteras till akutmottagning för utredning och behandling på strokeenhet.

Reperusionsbehandling

Acetylsalicylsyra 300 mg bolusdos + **Klopidogrel** 300 mg bolusdos

- Acetylsalicylsyra i kombination med klopidogrel rekommenderas i 3 veckor vid:

- Icke-omfattande stroke eller TIA med hög klinisk riskprofil där behandling kan påbörjas inom 72 timmar efter insjuknandet och reperusionsbehandling inte är aktuell. Ange sluttid vid ordination.

Acetylsalicylsyra 300 mg bolusdos

- Acetylsalicylsyra i monoterapi rekommenderas vid:
 - Omfattande stroke där trombolys ej kunnat ges.
 - Om behandling inte kan påbörjas inom 72 timmar från insjuknandet.
 - Efter intravenös trombolys (ges tidigast efter 24 timmar).
 - TIA med låg klinisk riskprofil.

TIA/STROKE – SEKUNDÄRPREVENTION

Se avsnitt Kardiovaskulär sekundärprevention

ESSENTIELL TREMOR

Överväg faktorer som stress, sömnbrist, koffein, nikotin och läkemedelsbiverkningar.

1. Propranolol

2. Atenolol

3. Primidon, licensläkemedel (S)

- Propranolol har bäst dokumentation av betablockerare, men andra betablockerare kan vara mer tolerabla och tillgängliga i långverkande beredning.
- Betablockerare doseras efter effekt, doser för propranolol är upp till 180-240 mg/dygn, för atenolol upp till 100-150 mg/dygn.
- Primidon är en barbiturat med sederande biverkningar. Försiktig dositering 50-250 mg till natten.

Obstruktiva lungsjukdomar

Rökstopp och regelbunden fysisk aktivitet ska alltid ingå i behandlingen.

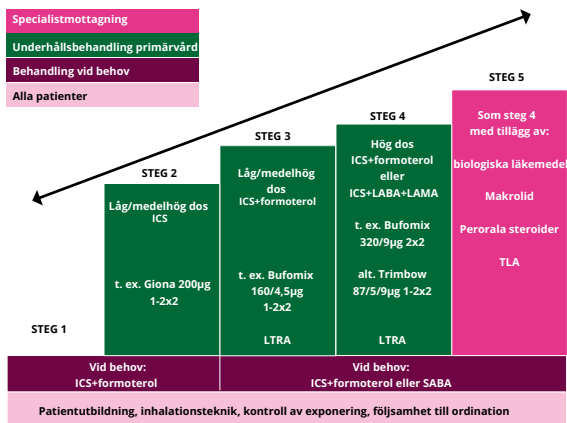
- Notera vikten av patientutbildning och av att instruera och följa upp patientens inhalationsteknik! Instruktionsfilmer, se medicininstruktioner.se.
- Pulverinhalator används i första hand. Inhalationsspray med spacer när detta inte är lämpligt. Upphandlade spacers är Optichamber Diamond och Vortex. Dessa förskrivs som förbrukningsartikel. Kan användas med mask i olika storlekar.
- Överväg att välja kombinationspreparat före enskilda substanser vilket ökar följsamheten och är vänligare för miljön. Välj refillförpackningar när så är möjligt.
- Sprayinhalatorer, med undantag för RespiMAT spraydimma, innehåller hydrofluorokarboner som drivgas och har stor negativ klimatpåverkan. Förbrukade inhalatorer bör återlämnas till apotek.
- Det ska finnas en skriftlig behandlingsplan.

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

ASTMA

- Behandlingsmål är att patienten ska vara symtomfri. Symtomens svårighetsgrad skattas med hjälp av AKT (Astma Kontroll Test). Utvärdering av behandling är viktig.
- Vid symtom högst 2 gånger i månaden enbart vid behovsmedicinering med ett kombinationsmedel (ICS+formoterol) med snabb insättande effekt, t.ex. Bufomix.
- Använd alltid ICS vid astma för att behandla inflammationen. Behandling med enbart beta-2-stimulerare (SABA) ska undvikas.
- Under graviditet och amning behandlas astma på samma sätt som vanligt.

Läkemedelsbehandling vid astma



KOMBINATIONSBEHANDLING (ICS+FORMOTEROL)

- 1. Bufomix Easyhaler** (*budesonid+formoterol*) inhalationspulver
- 2. Flutiform** (*flutikason+formoterol*) inhalationsspray

INHALATIONSSTEROID (ICS)

- 1. Giona Easyhaler** (*budesonid*) inhalationspulver
- 2. Flutide Evohaler** (*flutikason*) inhalationsspray
- 3. Alvesco** (*ciklesonid*) inhalationsspray

- Vid biverkning i form av oral candida eller heshet kan man prova behandling med Alvesco (ciklesonid) inhalationsspray.

LEUKOTRIENANTAGONIST (LTRA)

Montelukast

- Kan användas som tillägg till ICS+formoterol. Utvärdera effekten efter en månad.

LÅNGVERKANDE ANTIKOLINERGIKA (LAMA)

Spiriva Respimat

- Vid regelbunden behandling kan övergång till trippelbehandling övervägas.
- Respimat kan med fördel användas med spacer.

TRIPPELBEHANDLING (ICS+LAMA+FORMOTEROL)

Trimbow (*beklometason+glykopyrron+formoterol*) inhalationsspray

KORTVERKANDE BETA-2-STIMULERARE (SABA)

1. Buventol Easyhaler (*salbutamol*) inhalationspulver

2. Ventoline Evohaler (*salbutamol*) inhalationsspray

ASTMAEXACERBATION

- Vid astmaexacerbation rekommenderas fyrdubbla dosen av ICS (oavsett grunddos) i 1-2 veckor. Vid behandling med kombinationspreparat ICS/LABA dosökning till maximal rekommenderad dos.
- Perorala glukokortikoider kan ges som kort kur vid försämring, men långvarig behandling bör undvikas på grund av biverkningsrisken.

Betapred (*betametason*) akutbehandling

Prednisolon

- Betapred (betametason) kan lösas i vatten vilket kan vara en fördel i akuta situationer.
- Till gravida, välj prednisolon.

KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM

Vid rökning rekommenderas kontakt med tobaksavvänjare. Uppmärksamma fysisk träning, nutrition, vaccination och identifiera och behandla samsjuklighet. Utnyttja KOL-skola.

- Läkemedelsbehandling endast vid symtom och införs stegvis. Den baseras på en sammanvägning av symtomens svårighetsgrad och förekomst av exacerbationer utifrån klassifikation GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) A, B och E.
- Symtomens svårighetsgrad skattas med hjälp av CAT (COPD Assessment Test). CAT < 10 = lindriga eller sporadiska symtom, CAT ≥ 10 = betydande symtom.
- Vid långvarig exacerbationsfrihet kan utsättningsförsök av ICS övervägas, dock ej vid svår KOL eller tidigare astmadiagnos.
- Syrgasbehandling i hemmet (LTOT), noninvasiv ventilation (NIV) och långtidsbehandling med makrolider sköts från specialistmottagning.

Läkemedelsbehandling vid KOL		
Symtom Senaste året	Lindriga symtom CAT < 10	Betydande symtom CAT ≥ 10
0-1 exacerbation Och 0 sjukhusinläggning	GOLD A LAMA eller LABA	GOLD B LAMA + LABA
≥ 2 exacerbationer Eller ≥ 1 sjukhusinläggning	GOLD E LAMA+LABA+ICS	

Hos patienter i GOLD A som upplever sig symtomfria kan LAMA eller LABA provas i några veckor för att se om det ger en förbättring. Om förbättring uteblir, kan behandlingen avslutas.

LÅNGVERKANDE ANTIKOLINERGIKA (LAMA)

1. **Braltus Zonda** (*tiotropium*) inhalationspulver
2. **Incruse Ellipta** (*umeklidinium*) inhalationspulver
3. **Spiriva Respimat** (*tiotropium*) spraydimma

LÅNGVERKANDE BETA-2-STIMULERARE (LABA)

1. **Onbrez Breezhaler** (*indakaterol*) inhalationspulver
1. **Formatis Novolizer** (*formoterol*) inhalationspulver
2. **Striverdi Respimat** (*olodaterol*) spraydimma

KOMBINATION (LAMA+LABA)

1. **Anoro Ellipta** (*umeklidinium+vilanterol*) inhalationspulver
2. **Spiolto Respimat** (*tiotropium+olodaterol*) spraydimma

KOMBINATIONBEHANDLING (ICS+LAMA+LABA)

1. **Trelegy Ellipta** (*flutikason+umeklidinium+vilanterol*) inhalationspulver
2. **Trixeo** (*budesonid+glykopyrron+formoterol*) inhalationsspray
3. **Trimbow** (*beklometason+glykopyrron+formoterol*) inhalationsspray

- Trixeo har lägre klimatavtryck än Trimbow.
- Trimbow inhalationsspray finns i två styrkor.

SNABBVERKANDE BETA-2-STIMULERARE VID BEHOV

1. **Formatis Novolizer** (*formoterol*) inhalationspulver
2. **Ventilastin Novolizer** (*salbutamol*) inhalationspulver
2. **Ventoline Evohaler** (*salbutamol*) inhalationsspray

- Hos patienter som inte behöver underhållsbehandling rekommenderas i första hand formoterol (LABA) för mer ihållande effekt.

KOL-EXACERBATION

Optimera inhalationsbehandlingen

Betapred (*betametason*) akutbehandling

Prednisolon

- Betapred (betametason) löses i vatten vilket kan vara en fördel i akuta situationer.

Tobaks- och nikotinavvänjning

I första hand rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal med tobaksavvänjare. Alternativt Sluta röka-linjen (telefon: 020-84 00 00). Läkemedelsbehandling kan övervägas som tillägg. Observera kontraindikationer.

1. Nikotinläkemedel



2. Vareniklin

3. Asmoken (*cytisiniklin*)

4. Zyban (*bupropion*)

- Hänvisa till tobaksavvänjare. Tobaksavvänjare finns på primärvårdens hälsoenhet, sjukhusen i Växjö och i Ljungby, samt vid några vårdcentraler.
- Inför strålbehandling eller operation hänvisas tobaksbrukande patienter till tobaksavvänjare på sjukhusen i Växjö och i Ljungby. Patienter som ska genomgå operation kan vid kraftig nikotinabstinens erhålla nikotinläkemedel lämpligast i form av plåster (preoperativt) operationsdagen.
- Behandla ineliggande patienter med nikotinabstinens endast vid behov med depotplåster.

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, allt från dagar till enstaka månader.

- 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. Doseringen individanpassas.
- I Cambio Cosmic finns ordinationspaketet (VILS) för dessa läkemedel.
- Läkemedel ordineras subkutan. Vid behov av upprepade injektioner överväg subkutan infart, tex Venflon, helst på bröstkorgens framsida eller på överarmen. Oftast svårt att ge mer än 2 ml sc åt gången per injektionsställe, behövs mera får man ha två olika injektionsställen.
- Undvik intramuskulär administration – liten muskelmassa, risk för skada, ofta smärtsamt.
- Undvik suppositorier – osäkert upptag, kan vara obehagligt och integritetskränkande.

- Rekommenderade läkemedel finns i de kommunala basförråden och tas i första hand därifrån. Oxikodon behöver dock förskrivas på recept.
- Vid behov kontakta palliativa teamet för råd.

SMÄRTA

Morfin injektion

Dos: För de som inte står på opioider sedan tidigare: 2,5–5 mg sc vb
Vid stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen sc vb

- Olika opioider är inte dosekvivalenta, se konverteringsguide.
- Beakta njurfunktionen, dock inte nödvändigt i livets absoluta slutskede.
- Vid nedsatt njurfunktion rekommenderas istället injektion oxikodon sc. Till patienter utan tidigare opioidbehandling rekommenderas 2,5-5 mg vid behov och omräkning till lämplig dos för övriga patienter.

ILLAMÅENDE

Haldol (*haloperidol*) injektion

Dos: 1-2,5 mg sc vb max 2 gånger per dygn

DELIRIUM (KONFUSION)

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

Haldol (*haloperidol*) injektion

Dos: 0,5-2,5 mg sc vb max 2 gånger per dygn

ÅNGEST

Midazolam (*midazolam*) injektion

Dos: 2,5 mg sc vb

- Halveringstid för midazolam är 1,5–2,5 timmar.
- Midazolam ges i halv startdos vid nedsatt njurfunktion.
- Vissa patienter kan behöva kompletterande ordination i form av buccal administrering av midazolam.

ROSSLIGHET

Robinul (*glycopyrron*) injektion

Dos: 0,2 mg sc vb

ANDNÖD

1. Morfin injektion

Dos: För de som inte står på opioider tidigare: 2,5-5 mg sc vb
Vid stående opioidmedicinering: ge 1/6 av den parenterala dygnsdosen sc vb

2. Midazolam injektion

Dos: 2,5 mg sc vb

Furosemid injektion, kan ges vid hjärtsviktsorsakad andnöd och vid lungödem

Dos: 20-40 mg iv/sc

- Viktigt att ta reda på bakomliggande orsak till andnöd.

Psykiatri

Kartlägg alltid levnadsvanor, sömn och stressorer. Observera särskilt negativ påverkan av alkohol och narkotika.

Motivera och erbjud stöd till hälsofrämjande åtgärder/insatser (eller egenvård).

Beroendeframkallande läkemedel ska förskrivas med restriktivitet.

Flera psykiatriska läkemedel (antidepressiva, ångestlindrande/sedativa, neuroleptika, 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.

SÖMNSTÖRNING

Förstahandsbehandling vid sömnbesvär är information och sömnförbättrande åtgärder.

Utred bakomliggande orsak innan behandling. Observera att alkohol försämrar sömn och befintlig sömnapné. Primär insomni kartläggs genom sömndagbok och behandlas primärt med sömnhygien och beteenderåd exempelvis genom "Sov Gott"-häftet. Behandling enligt KBT-modell och sömnskola är lämpliga insatser i nästa steg. Läkemedel förskrivs efter individuell bedömning. Ompröva behov fortlöpande.

Melatonin kortverkande

Propiomazin

Zopiklon



- Melatonin tablett 1–5 mg kan användas vid insomningsbesvär, särskilt vid dygnsrytmrubbning. Över 55 år kan depotberedning användas.
- Propiomazin är att föredra vid otillräcklig effekt av melatonin, särskilt vid frekventa uppvaknanden under natten och tidigt uppvaknande.
- Behandling med Zopiklon bör endast ges under kortare tid eller intermittent. **Förskriv liten förpackning.**

TILLFÄLLIG ÅNGEST

Farmakologisk behandling bör undvikas vid tillfällig ångest.

Förstahandsbehandling är information om symtom och ångesthanteringsstrategier t.ex. enligt KBT-modell. Fysisk aktivitet bör rekommenderas.

Vid tillfällig ångest där farmakologisk behandling bedöms vara nödvändig (exempelvis i samband med svår krisreaktion eller insättning av annat läkemedel som leder till tillfällig ångeststegring) kan man överväga läkemedelsbehandling.

1. Hydroxizin



1. Prometazin



1. Propranolol

2. Oxascand (*oxazepam*)

- Propranolol 10-40 mg kan vara lämpligt vid situationsbaserad ångest (exempelvis rampfeber eller social fobi) om det finns tydliga inslag av hjärtklappning, svettning och darrning.
- Oxazepam bör endast användas vid mycket svår ångest och då under kort tid (dagar-veckor). Beakta risken för tolerans, skadligt bruk och beroende. Förskriv liten förpackning.

ÅNGESTSYNDROM

Förstahandsbehandling vid ångest är information om symtom och ångesthanteringsstrategier t.ex. enligt KBT-modell. Fysisk aktivitet bör rekommenderas.

1. Sertralin



>65 år

2. Venlafaxin



>65 år

- Bensodiazepiner rekommenderas ej p.g.a. risken för beroendestveckling.
- Vid behandling av ångestsyndrom rekommenderas behandlingsstart på låg nivå (sertralin 25 mg, venlafaxin 37,5-75 mg) och långsam upptrappning. För god effekt är det viktigt med adekvat dos (sertralin 50-200 mg, venlafaxin 150-225 mg) under tillräcklig tid (flera månader). Efter uppnådd stabilitet kan behandlingen behöva fortsätta i flera år.

DEPRESSION (UNIPOLÄR)

Vid lätt-måttlig depression bör man motivera patienten till ökad fysisk aktivitet och kartlägga levnadsvanor i syfte att erbjuda stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor. KBT kan rekommenderas som förstahandsbehandling.

1. Sertralin



>65 år

1. Mirtazapin



>65 år

2. Venlafaxin



>65 år

2. Bupropion

3. Brintellix (*vortioxetin*)

 >65 år
 >65 år

- Vid behandling är det viktigt med tillräcklig dos (lägsta angivna behandlingsdos enligt FASS är ofta otillräcklig, se rekommenderade måldoser nedan) 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.
- Sertralin (100-200 mg) är även förstahandsbehandling vid behandling under graviditet. Kombinerar ej med venlafaxin.
- Mirtazapin (30-45 mg) är ångestdämpande och sömnförbättrande och kan ges ensamt eller som tillägg till sertralin eller venlafaxin. Färre sexuella biverkningar men risk för aptit- och viktökning samt trötthet. Vid tilläggsbehandling kan 15 mg vara tillräckligt.
- Venlafaxin (150-300 mg) är särskilt indicerat vid otillräcklig effekt av förstahandsmedel, eller vid behandling av måttlig-svår depression. Vid utsättning, trappa ned långsamt. Kombinerar ej med sertralin.
- Bupropion (150-300 mg) är aktiverande, kan användas i monoterapi eller kombineras med SSRI eller mirtazapin. Låg grad av sexuella biverkningar, kan ge ångestökning och sömnproblem (särskilt initialt) samt viktnedgång.
- Vortioxetin (Brintellix) (10-20 mg) kan användas vid behandlingssvikt på ovanstående rekommenderade läkemedel. Verkar mest som SSRI, låg grad av biverkningar (även sexuella).

ALKOHOLBEROENDE

Vid behandling av alkoholberoende ska råd kring hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet ingå.

VITAMINTILLSKOTT

Beviplex Forte (*vitamin B1, B2, B3, B6*)

ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE

Antabus (*disulfiram*)

Campral (*akamprosats*)

Naltrexon

- Antabus (disulfiram) används när målet är total nykterhet och doseras vanligtvis 400 mg 3 gånger per vecka. Leverprover och PK ska kontrolleras vid start av behandling, sedan varannan vecka de första 3 månaderna, därefter var 3:e till 6:e månad. Antabus bör avslutas efter 6-12 månader om möjligt. Antabus ska ges övervakat och kombineras med motiverande samtal. Kardiovaskulär sjukdom och leversjukdom är kontraindikationer.

- Campral (akamprosot) minskar suget efter alkohol och är lämpligt för långtidsbehandling. Kan doseras 3x2 istället för 2x3 om det behövs för att förbättra compliance. Nedsatt njurfunktion är en kontraindikation.
- Naltrexon minskar risken för kontrollförlust i samband med alkoholintag. Kan användas som långtidsbehandling alternativt tas vid behov exempelvis i samband med semester eller deltagande vid fester. Kontraindikationer är akut hepatit, gravt nedsatt leverfunktion, nedsatt njurfunktion samt opioidmissbruk eller samtidig användning av opioidläkemedel.
- Samtliga ovanstående läkemedel kan kombineras men bör utvärderas ett i taget, beakta risken för biverkningar vid kombinationsbehandling.
- Uppföljning av behandlingsresultatet skall göras regelbundet, inklusive PEth. Vid utebliven effekt två till tre månader efter behandlingsstart bör läkemedelsbehandlingen omprövas och byte till annat preparat övervägas.

ADHD, PSYKOS OCH BIPOLÄR SJUKDOM

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben.

Äldrepsykiatri

KOGNITIV SVIKT VID DEMENSSJUKDOM

Innan behandling av kognitiv svikt påbörjas ska annan orsak till funktionsnedsättningen uteslutas. Andra orsaker kan vara medicinska tillstånd, läkemedelsbiverkningar eller att patientens basala behov ej är tillgodosedda. Överväg läkemedelsgenomgång

- Utvärdera demensläkemedlen minst årligen och ta ställning till behov av kombinationsbehandling (kolinesterashämmare och memantin).
- Vid tveksam eller utebliven effekt trots högsta tolererbara dos kan dosen halveras i 4 veckor. Om ingen försämring noteras görs ny utvärdering efter 4 veckor. Vid försämring ska behandling återinsättas snarast.
- Utsättning av demensläkemedel bör undvikas i samband med större förändring i personens liv, t.ex. flytt.

MILD TILL MÅTTLIG ALZHEIMERS SJUKDOM ELLER BLANDEMENS

1. Donepezil

2. Rivastigmin

- EKG rekommenderas före behandlingsstart av donepezil p.g.a. risk för bradykardi.

- Donepezil bör ej kombineras med citalopram p.g.a. risk för interaktion (QT-förlängning).
- Rivastigmin finns även som oral lösning och plåster. Rivastigmin plåster upplevs ha mindre gastrointestinala biverkningar.

Utvärdera effekten efter 3-6 månaders behandling med högsta tolererbara dos och vid behandlingssvikt ta ställning till nedanstående alternativ.

MÅTTLIG TILL SVÅR ALZHEIMERS SJUKDOM

Memantin

- Memantin ges ensamt eller i kombination med donepezil/rivastigmin. Finns även som oral lösning. Vid eGFR <30ml/min bör daglig dos ej överstiga 10mg.

PARKINSONS SJUKDOM OCH LEWYKROPPSDEMENS

1. Rivastigmin

2. Memantin

- Rivastigmin finns även som oral lösning och plåster. Plåster upplevs ha mindre gastrointestinala biverkningar.
- Memantin ges ensamt eller i kombination med rivastigmin. Finns även som oral lösning. Vid eGFR <30ml/min bör daglig dos memantin ej överstiga 10mg.

DEPRESSION - ÄLDRE

Personer med depression bör rekommenderas fysisk aktivitet för att minska depressiva symtom.

Vid lätt till måttlig depression rekommenderas KBT som ensam förstahandsbehandling.

1. Citalopram

1. Mirtazapin

1. Sertralin

2. Duloxetin

 >65 år
 >65 år
 >65 år
 >65 år

- Börja med halverad initialdos: sertralin 25 mg, mirtazapin 7,5-15 mg, citalopram 5 mg och duloxetin 20-30 mg.
- Utvärdera effekt och gör eventuell doshöjning inom 4-6 veckor. Vid otillfredsställande effekt ta ställning till ändring av behandlingsstrategi inom 2-3 månader från behandlingsstart.
- Beakta ökad risk för fall, benskörhet, blödning (särskilt i kombination med annan trombocythämning/antikoagulantia), hyponatremi, QT-förlängning, gastrointestinala biverkningar och urinretention vid behandling med SSRI.
- Rekommenderad maxdos: sertralin 100 mg, mirtazapin 45 mg, citalopram 20 mg och duloxetin 60 mg.
- Citalopram kan vara ett lämpligt val vid depressiva symtom parallellt med kognitiv svikt eller demenssjukdom. Ta ställning till

ev behov av att kontrollera EKG efter insättning p.g.a. risk för QT-förlängning - i synnerhet vid samtidig behandling med kolinesterashämmare.

- Mirtazapin rekommenderas framförallt vid samtidig ångest och sömnstörning. Kan ge ökad aptit. Kan vara ett alternativ till män med prostatahyperplasi.
- Duloxetin kan vara ett lämpligt val vid recidiverande depression. Beakta dock risk för biverkningar som yrsel och muntorrhet. Vid inkontinens och neuropatisk smärta kan duloxetin övervägas.
- Vid djup depression är ECT effektivt, inte minst vid uttalad psykomotorisk hämning eller psykotiska inslag.

OROSTILLSTÅND - ÄLDRE

- Kartlägg patientens oro (med t.ex. beteendeschema) inklusive tänkbara orsaker och utlösande faktorer och ta ställning till lämpliga icke-farmakologiska åtgärder i första hand.
- Vid oros- och konfusionstillstånd hos äldre ska orsak utredas och behandlas. Sätt ut konfusionsframkallande läkemedel.
- Neuroleptika bör undvikas vid orostillstånd utan psykotiska symtom.
- Om neuroleptika eller anxiolytika sätts in, planera en kort behandlingstid och utvärdera effekt och eventuella biverkningar inom 1–2 veckor.
- En individuell bemötandeplan ska upprättas som innefattar personcentrad vård och kommunikation, samt anpassad miljö. Arbetet måste utvärderas systematiskt.

TILLFÄLLIG ORO/ÅNGEST

Oxascand (*oxazepam*)

- Rekommenderad dos är 5 mg vid behov som kan upprepas max tre gånger dagligen.
- För kortvarigt/intermittent bruk. Undvik regelbundet bruk p.g.a. beroenderisken. Förskriv liten förpackning.
- Regelbunden omprövning p.g.a. risk för toleransutveckling, dagtrötthet, kognitiva störningar, muskelsvaghet, balansstörningar och fall.
- Om patienten står på långverkande bensodiazepiner som Stesolid (diazepam) bör utsättning eller byte till Oxascand prövas.

ÅNGESTSYNDROM

Se avsnitt Depression-äldre

ORO MED DEPRESSIVA INSLAG

Se avsnitt Depression-äldre

ORO MED PSYKOTISKA INSLAG VID KOGNITIV SVIKT

Parkinsons sjukdom eller Lewykroppsdemens

Dessa patienter är extra känsliga för neuroleptika med ökad risk för malignt neuroleptikasyndrom. Risken ökar även för förvirring, medvetandesänkning och fall. Undvik därför risperidon.

1. Rivastigmin

- Oftast god effekt på synhallucinos

2. Quetiapin

- Vid kvarstående synhallucinos eller motorisk oro kan 25-75mg quetiapin provas till kvällen med noggrann uppföljning.

Övriga demenssjukdomar

Risperidon

- Endast rekommenderat som korttidsbehandling
- Behandling ska ske med lägsta effektiva dos, startdos 0,25 mg till kvällen och följas upp kontinuerligt avseende ev. dosökning och utsättning. Rekommenderad maxdos 1 mg.
- Beakta risk för biverkningar i form av t.ex. kognitiva störningar, somnolens, parkinsonism och hypotoni.

SÖMNSTÖRNING - ÄLDRE

Förstahandsbehandling vid sömnbesvär är information och sömnförbättrande åtgärder.

Utred bakomliggande orsak innan behandling. Observera att alkohol försämrar sömn och befintlig sömnapné. Primär insomni kartläggs genom sömndagbok och behandlas primärt med sömnhygien och beteenderåd exempelvis genom "Sov Gott-häftet". Behandling enligt KBT-modell och sömnskola är lämpliga insatser i nästa steg. Använd gärna Säröbomb (recept på kaloririka drycker). Läkemedel förskrivs efter individuell bedömning.

Kartlägg patientens sömn med beteendeschema under hela dygnet innan läkemedel provas. Var noga med att utvärdera effekten av läkemedel. Prova alternativa metoder vid sömnstörning för personer i särskilda boenden. Beakta särskilt tillräckliga/meningsfulla aktiviteter dagtid.

Melatonin kortverkande

Mirtazapin

Zopiklon

EF



>65 år

- Melatonin har sällan besvärliga biverkningar och behandlingsförsök kan övervägas när icke farmakologiska metoder prövats. Viktigt att noggrant utvärdera effekt och dosering.

- Mirtazapin doseras 7,5-15 mg 1-2 timmar innan sänggåendet. Kan användas som rent sömnmedel när beroendeframkallande sömnmedel är olämpliga. Kan övervägas vid samtidig depression men även då mycket oro och ångest finns tillsammans med sömnstörningen. Kan även ges "vid behov".
- Zopiklon endast för kortvarigt/intermittent bruk. Undvik regelbundet bruk p.g.a. beroenderisken. Förskriv liten förpackning. Maxdos 5 mg till de mest sjuka och sköra äldre.
- Diazepam eller propiomazin bör undvikas.

Rörelseorganen

FRAKTURPREVENTION – OSTEOPOROS

HÖGRISK LÅGENERGIFRAKTUR

Riskvärdering och prevention riktat mot de allvarligare frakturtyperna höft-, bäcken- och upprepad kotfraktur prioriteras. Frakturrisk värderas med kliniska riskfaktorer och FRAX (utan eller med bentäthet).

Basbehandla

- Belastad fysisk aktivitet 30-60 minuter dagligen, helst utomhus. Tobaksfri. Tillgodose energi- och näringsbehov.

Fallskadeprevention

- Fysisk träning som individanpassats rekommenderas vid hög frakturrisk.
- Fallsäkra hemmiljö, egenträna. Patientråd i broschyr "GÅ BRA" som kan beställas i trycksaksportalen.

Frakturrisk

- Riskvärdera med kliniska riskfaktorer. Kvinnors (>70 år) höftfrakturrisk kan screenas med FRAMO-Index.
- Beräkna 10-årsrisken för osteoporos- och höftfraktur med FRAX före beslut om bentäthetsmätning om behandling övervägs.
- Bentäthetsmätning övervägs vid FRAX >15 % risk för osteoporosfraktur, vid längre kortisonbehandling eller efter allvarlig eller upprepad fraktur.

Skelettstärkande behandling

Ska grundas på en samlad klinisk värdering, inte enbart på bentäthetsvärden eller FRAX-värden för osteoporosfraktur. Ju högre frakturrisk desto starkare behandlingsindikation. Osteoporosis GP Evidence kan ge en bild av förväntat NNT utifrån FRAX.

Bör övervägas vid:

- Osteoporosfraktur i höft eller ryggkota, oavsett bentäthet.

- Annan osteoporosfraktur (handled, överarm, bäcken), T-score ≤ -1 SD och FRAX $>20\%$.
- Peroral kortisonbehandling (≥ 5 mg prednisolon dagligen och förväntad behandlingstid överstigande 3 mån) särskilt vid ålder över 65 år, tidigare osteoporosfraktur, bentäthet lägre än ≤ -1 i T-score, postmenopausala kvinnor
- FRAX $>20\%$ och osteoporos (T-score $\leq -2,5$ SD)

SKELETTSTÄRKANDE LÄKEMEDEL

1. Alendronat 70 mg veckotablett

1. Zoledronsyra intravenöst årligen (rekvireras)

2. Biosimilar denosumab injektion per halvår (rekvireras)

3. Biosimilar teriparatid injektion (S)

3. Evenity (*romosozumab*) injektion (S)

- Preparatval av biosimilar bestäms av aktuell prisbild (se mallar och Vårdgivarwebben)
- Behandlingstid: Effekt utvärderas efter 3-5 år och utsättning övervägs. En fortsatt hög frakturrisik kan motivera längre behandlingstid eller terapibyte. Maximal rekommenderad behandlingstid är 10 år för alendronat och 6 år för zoledronsyra. Maximal behandlingstid för denosumab är inte klarlagd.
- Efter utsatt bisfosfonatbehandling kvarstår visad frakturpreventiv effekt på rörben under ytterligare 2-4 år. Skyddseffekten mot kotfraktur avtar snabbt efter utsatt bisfosfonat. För denosumab minskar bentäthet direkt efter utsatt behandling.
- Viktigt med god munhygien och regelbundna besök hos tandvården. Risken för käkbensnekros är mycket låg. Undersökning av tandstatus rekommenderas inte längre inför insättande av skelettstärkande behandling mot osteoporos.
- Alendronat tablett intas fastande i upprätt position och nedsköljs noga p.g.a. esofagus-skaderisk.
- Zoledronsyra ger bättre följsamhet till behandling.
- Denosumab övervägs till högriskpatient för fraktur som inte tålt bisfosfonat eller vid GFR <35 ml/min.
- Remiss till medicinklinik eller geriatrisk mottagning för anabol behandling med teriparatid eller romosozumab kan övervägas till patienter med mycket hög frakturrisik. Kan bli aktuellt som första behandling vid uttalad osteoporos, särskilt till biologiskt yngre patienter, till exempel vid multipla kotkompressioner eller kotkompression i samband med kronisk kortisonbehandling. Bäst effekt ses om den anabola behandlingen ges innan bisfosfonat eller denosumab, s.k. sekventiell behandling (men den kan övervägas även som andra linjens behandling). En behandling med anabolt preparat ska alltid följas upp med antiresorptiv behandling, annars avtar effekten snabbt.

KALCIUM OCH VITAMIN D

Kalcium/Kolekalciferol (*kalcium 500 mg+vitamin D 800 IE*)

- Ges tillsammans med skelettstärkande läkemedel om tillräckligt intag inte kan säkerställas via kost och utevistelse.
- Ges alltid vid prednisolon ≥ 5 mg dagligen i minst 3 månader.

POLYMYALGIA REUMATIKA

Prednisolon

Doseringsförslag:

- Vanlig startdos är 15–20 mg/dygn till symtomfrihet och ytterligare 2–4 veckor. Vid uteblivet terapisvar inom 3–7 dagar, ompröva diagnos. Vid misstanke om temporalisarterit, kontakta reumatolog.
- Minska därefter dygnsdosen med 5 mg varannan vecka vid dygnsdos >15 mg.
- Minska därefter dygnsdosen med 2,5 mg varje månad vid dygnsdos >10 mg.
- Vid dygnsdos <10 mg/dygn, minska med 1,25 mg varje till varannan månad fram tills utsättning. Dosanpassa efter effekt.
- Behandlingstid 1–2 år, men en del patienter kan inte avsluta utan behöver en låg dos för symtomfrihet.
- Ta ställning till behov av skelettstärkande behandling. Se ovan.

GIKT

Levnadsvaneförändringar bör alltid diskuteras med patienten. Se över patientens läkemedelslista.

AKUTBEHANDLING

Naproxen



Prednisolon

Kolkicin

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

PROFYLAX

1. Allopurinol

2. Febuxostat

2. Probecid (*probenecid*)



- Urtsänkande behandling ska vara målstyrd, med sikte att sänka s-urat till $<360 \mu\text{mol/l}$.
- Allopurinol är förstahandsval vid urtsänkande behandling. Dosen bör ökas med 100 mg i taget, från 100 mg upp till max 900 mg/dygn.
- Probenecid och febuxostat kan vara alternativ vid kontraindikation mot, eller biverkningar av, allopurinol. Vid användning av probenecid bör urinen alkaliseras med natriumbikarbonat för att motverka bildandet av njursten.
- Vid insättning av urtsänkande behandling kan skydd med NSAID, kortison eller kolkicin ges samtidigt.
- Urtsänkande behandling ska inte avbrytas vid ny giktattack.

KORTISON FÖR INTRA- OCH PERIARTIKULÄR INJEKTION

Depo-Medrol (*metylprednisolon*)

Lederspan (*triamcinolon*)

- Metylprednisolon används i första hand för små leder (fingrar, fötter, fotleder, handleder) och mjukdelar, triamcinolon för stora leder (knä, axlar, höfter). Det förekommer att triamcinolon-injektioner kan leda till hudatrofi och bör därför endast användas till stora leder, djupt under huden.

REUMATOID ARTRIT OCH PSORIASISARTRIT

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben.

Smärta

Innan behandling påbörjas:

- Akut eller långvarig smärta? Aktuell mekanism (nociceptiv, neuropatisk eller nociplastisk)? Bakomliggande sjukdom?
- Svårighetsgrad, smärtans påverkan på funktionsnivå, aktivitet och delaktighet.
- Klargör patientens förväntningar på behandlingen, eftersträva realistisk ambitionsnivå.
- Oro, sömnbesvär, trauma, ångest och/eller depression kan förstärka smärtupplevelsen, skall uppmärksammas och behandlas. Alkohol kan försämra smärttillstånd.
- Beslut om behandlingstid, uppföljning, omprövat behov av fortsatt behandling.

AKUT SMÄRTA

- Behandlingstid efter förmodad läkningstid. Ofta förutsägbart förlopp, vid nociceptiva tillstånd sällan mer än några dagar. Vid neuropatiska tillstånd ofta längre behandlingstider. Om opioder behövs vid akut smärta ska behandlingen avslutas inom 3–5 dygn
- Effektiv smärtlindring i det akuta skedet efter vävnadsskada minskar risk för kvarstående sensitisering.

LÅNGVARIG, BENIGN SMÄRTA

Uppmärksamma fysisk aktivitet. Individanpassad aerob och muskelstärkande aktivitet kan minska smärta och förbättra funktionsförmåga.

- Kvarstår efter tre månader och är i regel multifaktoriell.
- Multimodalt omhändertagande och ett biopsykosocialt synsätt centralt.
- Läkemedel är inte en självklar del av behandlingen.
- Fokus på höjd funktionsnivå trots föreliggande smärta.
- Icke farmakologiska behandlingsalternativ, kognitiv beteendeterapi (KBT) och TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) bör provas.

CANCERRELATERAD SMÄRTA

- Ofta en kombination av nociceptiv och neuropatisk smärta.

NOCICEPTIV SMÄRTA

Basbehandling

1. Paracetamol

1. Ibuprofen

1. Naproxen

2. Etoricoxib

2. Ketoprofen, gel

3. Klorzoxazon



- Kombination av paracetamol och COX-hämmare rekommenderas. Har ofta likvärdig effekt med opioder.
- Alla COX- hämmare ökar risken för allvarlig hjärtkärlpåverkan och njurpåverkan. Naproxen har en mer fördelaktig kardiovaskulär riskprofil jämfört med de andra COX-hämmarna.
- Vid riskfaktorer för ulcus, överväg profylax med protonpumpshämmare.
- COX2-hämmaren etoricoxib kan vara ett alternativ för patienter med tidigare ulcusanamnes eller vid magtarmbesvär.

- Vid muskuloskeletala smärtor och knäartros har topiskt ketoprofen en smärtlindrande effekt med låg risk för systemiska biverkningar. Även lämpligt val om patienten står på trombocythämmare (ASA) då gelen inte påverkar blödningsrisken. Kan ge hudbiverkningar vid solexponering.
- Klorzoxazon är otillräckligt dokumenterat men kan provas i enskilda fall när smärtan har ett tydligt inslag av muskelspänning, tex vid nackspärr, spänningshuvudvärk och lumbago.

Opioider

1. Morfin/Dolcontin (*morfin*)

2. Oxikodon

3. Buprenorfin plåster

4. Fentanyl plåster

- Opioider är i normalfallet inte indicerade vid långvarig smärta.
- Nedtrappningsplan bör finnas.
- Kortverkande medicinering med opioider möjliggör bättre styrning och dosanpassning utifrån individuella behov.
- Oxikodon verkar ha en snabbare toleransutveckling än morfin.
- Undvik morfin vid eGFR <30 ml/min, dosreducera med 25–50% vid eGFR <60 ml/min. Eliminationen av oxikodon är mindre njurberoende, men kan också kräva dosjustering vid eGFR <30ml/min. Buprenorfin och fentanyl kan doseras utan hänsyn till njurfunktion.
- Vid oral dosering: Morfin 10 mg är ekvivalent med oxikodon 5 mg.
- Opioider ska kombineras med laxantia (undvik bulkmedel).
- Vid svår opioidinducerad förstoppning, överväg kombinationen oxikodon/naloxon. Undvik vid leversvikt/leversjukdom p.g.a. risk för systemeffekt av naloxon.
- Vanligt med initialt illamående. Postafen (meklozin) 25 mg x 2 kan då användas.
- Kombination av opioider och gabapentin bör undvikas.
- Behandlingen omvärderas efter förväntad läkning.

NEUROPATISK SMÄRTA

Amitriptylin

Duloxetin

Gabapentin



- Inget av preparaten är säkert överlägset med avseende på den smärtlindrande effekten. Bieffekter och övrig läkemedelsbehandling kan bli avgörande för val av behandlingsstrategi.
- Vid sömnbesvär är amitriptylin förstahandsval.
- Upptrappningsschema amitriptylin: Börja med 10 mg amitriptylin till kvällen. Öka dosen försiktigt (med 10 mg/vecka i början) till önskad effekt. Vid utebliven effekt av 75 mg, överväg annan behandling.

- Upptrappningsschema gabapentin: Börja med 100 mg gabapentin till kvällen. Öka med 100 mg varannan dag till 300 mg 3 gånger dagligen, därefter längre utvärdering, innan dosen eventuellt ökas ytterligare. Dosreduktion vid nedsatt njurfunktion. Doser över 1800 mg behövs sällan.
- Missbruk och toleransutveckling har rapporterats för gabapentin, som dock ej är narkotikaklassat. Iakttta försiktighet hos patienter med missbruksanamnes.
- Duloxetin är ett SNRI som kan användas vid smärtsam diabetesneuropati, men god dokumentation och klinisk erfarenhet stödjer dess användning även vid andra typer av neuropatisk samt nociplastisk smärta. Kan med fördel användas vid samtidig ångest och nedstämdhet.

NOCIPLASTISK SMÄRTA

- Omfattar tillstånd som fibromyalgi, långvarig ryggsmärta och irriterad tarm. Ofta multifaktoriell genes, inklusive central sensitisering (förstärkt smärtupplevelse och smärtupplevelse utan befintlig eller hotande vävnadsskada).
- Eventuell läkemedelsbehandling som vid neuropatisk smärta. Opioider bör undvikas.

Urologi och inkontinens

BENIGN PROSTATAHYPERPLASI

Alfuzosin

Finasterid

- Behandling med alfuzosin medför risk för ortostatism.
- Om patienten får KAD tillsvidare bör preparaten sättas ut.
- Kombinationsbehandling med alfuzosin och finasterid rekommenderas om PSA>1,4 och symtom finns. Efter sex månader brukar man kunna sätta ut alfuzosin men fortsätta med finasterid.

EREKTIL DYSFUNKTION

Erbjud kartläggning av levnadsvanor och vid behov stöd till en förändring. Motivera till rökstopp, minskad alkoholkonsumtion, hälsosam vikt, fysisk aktivitet samt stresshantering.

Erektile dysfunktion kan vara symtom på andra sjukdomar, t.ex. kardiovaskulär sjukdom, diabetes eller hypofyssjukdom.

1. Sildenafil

1. Tadalafil

2. Vitaros (*alprostadil*)

3. Invicorp (*aviptadil+fentolamin*) (S)

4. Caverject Dual (*alprostadil*) (S)

EF

EF

- Sildenafil och tadalafil har likvärdig effekt, men skiljer i duration. Tadalafil finns även för daglig dosering. Kontraindicerat vid behandling med lång- eller kortverkande nitropreparat. Ingår inte i förmånen och har fri prissättning varför kostnaden kan variera stort beroende på apotek och tillverkare.
- Erektill dysfunktion av organisk orsak kan med fördel behandlas med tablett sildenafil eller tadalafil samt kräm alprostadil inom primärvården. Vid psykologisk orsak, hänvisa till SESAM-mottagning.
- Vid behandlingssvikt används intrakavernös injektion med aviptadil/fentolamin eller alprostadil, vilket instrueras av läkare eller sjuksköterska med vana av denna behandling.

TRÄNGNINGSINKONTINENS/ ÖVERAKTIV BLÅSA

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.

1. Solifenacin



2. Betmiga (mirabegron)

- Pre-och postmenopausalt rekommenderas lokal östrogenbehandling.
- Där trängningsbesvären kan bero på prostataförstoring, bör kirurgi övervägas och dessa patienter remitteras till urolog för bedömning.
- Betmiga (mirabegron) är ett betastimulerande preparat. Observera risk för blodtrycksstegring.

NOCTURN POLYURI/NATTLIG ENURES

Vid nocturi bör patienten utredas med miktions- och vätskelistor.

Desmopressin

- Om miktionschema visar på nocturn polyuri kan desmopressin övervägas, främst till patienter <65 år. Viktigt med vätskerestriktion och att ta hänsyn till patientens övriga läkemedelsbehandling och att ge råd om levnadsvanor i syfte att minska nattliga urinvolymer.
- Desmopressin har en vätskeretinerande effekt. Viktigt att kontraindikationer beaktas och att doseringen är noggrann. Kontrollera s-Natrium!
- Vid dygnsurinmängder över 2,5 liter överväg diabetes insipidus.

AKUT STENSMÄRTA

1. Diklofenak suppositorium

1. Ketorolak inj

2. Hyoscinbutylbromid-morfin-noskapin-papaverin

APL 10 mg/13 mg/6 mg/40 mg suppositorium

2. Morfin inj

- NSAID minskar filtrationstrycket i njuren och ger smärtlindring genom tryckreduktion och inte enbart genom allmän analgetisk effekt.
- Alfuzosin kan användas för att öka sannolikheten för passage av distala uretärstenar (>5 mm).

Ögon

Ögondroppar utan konserveringsmedel är alltid att föredra.

ALLERGISK KONJUNKTIVIT

Se avsnitt Allergi

INFEKTIÖS KONJUNKTIVIT

1. Mekanisk rengöring med ljummet vatten. Torka med mjukt papper. Var noga med handhygien!

2. Fucithalmic (*fusidinsyra*)



3. Kloramfenikol



- Om textilhandduk används ska denna inte användas av andra.

Den bör tvättas varje dag.

- Vid utebliven förbättring av egenvård efter 5-7 dagar kan antibiotika övervägas.

VAGEL

Vid akut debut, varma kompresser och lätt massage. Vid svårare fall, överväg tillägg av kloramfenikol ögonsalva.

TORRA ÖGON

Flertalet patienter med torra ögon kan hänvisas till egenvård eller optiker. Samtliga tillgängliga preparat finns att tillgå receptfritt. Remittering till ögonsjukvården kan göras vid misstanke om Sjögrens syndrom eller korneapåverkan. Som hjälp och stöd för behandling av patientgruppen finns Region Kronobergs medicinska riktlinje "Information till dig som behandlar patienter med torra eller rinnande ögon" samt patientinformation "Information till dig med torra eller rinnande ögon".

SVETSBLÄNK

Oxibuprokain

- Ögondroppar oxibuprokain (lokalbedövande), ev. i kombination med Oftagel (smörjande).

FRÄMMANDE KROPP (SLIPGRAD)

1. Fucithalmic (*fusidinsyra*)

2. 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 glaukom (grön starr). En del av dessa läkemedel kan ha systemiska biverkningar. Det gäller främst betablockerare och karbanhydras-hämmare eller kombinationer av dessa substanser.
- Viktigt att ögonläkare kontaktas innan ändringar eller utsättning görs av någon av dessa droppar. Alternativa terapier är oftast möjliga. Om patienter läggs in på jourtid kan sådan kontakt dock vänta tills nästföljande dag. Om patienten är utan trycksänkande droppar 1-2 dagar är det oftast ingen fara.

VÅT MAKULADEGENERATION

Se läkemedelsrekommendationer på Vårdgivarwebben

Öron, näsa och hals

Mediaotit, faryngotonsillit och rinosinuit – se avsnitt Infektioner

EXTERN OTIT

All behandling ska föregås av rengöring och inspektion.

Vid smärtsam svullnad i hörselgången – avsvällande alsoltampognadsbehandling.

När hörselgången är väsentligen avsvälld behandling enligt nedan. Odling från hörselgång vid terapisivikt.

UTAN SVAMPINFEKTION

1. Terracortril med Polymyxin B (*hydrokortison+ oxitetracyklin+polymyxin B*)



2. Betnovat (*betametason*) kutan lösning

2. Otazem (*fluocinolonacetonid*) örondroppar

3. Ciloxan (*ciprofloxacin*), vid positivt odlingssvar med förekomst av Pseudomonas

- Högst en veckas behandlingstid med betametason och fluocinolonacetonid p.g.a. risk för hudatrofi och svampinfektion.
- Otinova öronspray (aluminiumacetat+ättiksyra) är ett receptfritt alternativ vid lindrig-måttlig extern otit, OBS: ej i öra med trumhinneperforation.

MED SVAMPINFEKTION (KLINISKT ELLER ODLINGSVERIFIERAT)

1. **Locacorten Vioform** (*flumetason+kliokinol*)
2. **Metylrosanilinlösning** 0,5% (*gentianaviolett*)
3. **OtoDry Borsyraspray** 3% receptfritt, ej läkemedel
3. **Klotrimazol** 10 mg/g påstrykes eller på tamponad

ICKE-ALLERGISK RINIT

1. **Mometason**
2. **Rinivent** (*ipratropium*) vid långvarig rinnsnuva

Läkemedelssortiment

i kommunal hälso- och sjukvård

Läkemedelsförråd i kommunal hälso- och sjukvård finns i första hand för att snabbt kunna ge läkemedel vid en akut ordination samt för vård i livets slut. Innehållet i läkemedelsförråden följer läkemedelskommitténs rekommendationer, och är en del av Rekommenderade läkemedel kommunal hälso- och sjukvård 2026. Dit hör även generellt direktiv om läkemedelsbehandling i kommunal hälso- och sjukvård, behandlingsanvisningar för akutläkemedel (finns också som beställningsbart särtryck) och information om läkemedelsnära produkter.

LÄKEMEDEL I KOMMUNALA FÖRRÅD

ALLERGI

Betapred (*betametason*) tablett 0,5 mg

Betapred (*betametason*) injektionsvätska 4 mg/ml

Desloratadin tablett 5 mg

Epipen/Jext (*adrenalin*) injektionsspenna 300 mikrogram

BLOD OCH KOAGULATION

Innohep (*tinzaparin*) injektionsvätska 4 500 E/0,45 ml

Klexane (*enoxaparin*) injektionsvätska 2 000 E (20 mg) /0,2 ml

Tranexamsyra/Cyklokapron (*tranexamsyra*) tablett 500 mg

DIABETES

Glucagon (*glukagon*) endosspruta 1 mg

Glukos injektionsvätska 300 mg/ml

Insulin lispro Sanofi injektion 100 E/ml

HJÄRTA OCH KÄRL

Acetylsalicylsyra tablett 75 mg

Furosemid injektionsvätska 10 mg/ml

Furosemid tablett 40 mg

Nitrolingual (*nitroglycerin*) spray 0,4 mg/dos

HUD

Alsolsprit 10 mg/ml

Canoderm (*karbamid*) kräm 5 %

Cortimyk (*mikonazol+hydrokortison*) kräm

Klorhexidinsprit 5 mg/ml

Mildison (*hydrokortison*) kräm 1 %

Ovixan (*mometasonfuroat*) kräm 0,1 %

Pevaryl (*ekonazol*) kräm 1 %

Ättiksyra APL lösning 5 mg/ml – för spolning av infekterade sår, se produktresumé APL

INFEKTIONER

Amoxicillin tablett 750 mg

Bactrim (*trimetoprim+sulfametoxazol*) tablett

Cefadroxil kapsel 500 mg

Ceftriaxon pulver till infusionsvätska 2 g

Ciprofloxacin tablett 250 mg

Clindamycin (*klindamycin*) kapsel 300 mg

Doxycyklin tablett 100 mg

Fenoximetylpenicillin tablett 800 mg och 1 g

Flukloxacillin tablett 1 g

Idotrim (*trimetoprim*) tablett 160 mg

Nitrofurantoin tablett 50 mg

Nystimex (*nystatin*) oral lösning 100 000 E/ml

Paxlovid (*nirmatrelvir+ritonavir*) tablett 150+100mg – finns i vissa förråd

Selexid (*pivmecillinam*) tablett 200 mg

Tamiflu (*oseltamivir*) tablett 30 mg

Valaciclovir tablett 500 mg

KRAMPER

Diazepam Desitin rektallösn 10 mg

Midazolam/Buccolam munhålelösning 10 mg

LUFTVÄGAR

Bricanyl (*terbutalin*) injektionsvätska 0,5 mg/ml

Conoxia (*andningsoxygen*) flaska 3 och 10 liter med inbyggd regulator

Ventoline Evohaler (*salbutamol*) inhalationsspray 0,1 mg/dos

Andningsbehållare + mask

MAGE OCH TARM

Klyx (*natriumdokusat+sorbitol*) klysma 120 ml

Laktulos oral lösning 670 mg/ml

Laxoberal (*natriumpikosulfat*) droppar 7,5 mg/ml

Loperamid kapsel 2 mg

Microlax (*natriumcitrat och natriumlaurylsulfoacetat*) klysma 5 ml

Movicol (*makrogol*) dospulver

Omeprazol kapsel 20 mg

Ondansetron munsönderfallande tablett 4 mg
Pepcid (*famotidin*) tablett 10 mg
Postafen (*meklozin*) tablett 25 mg
Primperan (*metoklopramid*) injektionsvätska 5 mg/ml

PALLIATIV VÅRD/VILS

Furosemid injektionsvätska 10 mg/ml
Haldol (*haloperidol*) injektionsvätska 5 mg/ml
Midazolam injektionsvätska 5 mg/ml
Morfin injektionsvätska 10 mg/ml
Oftagel ögongel 2,5 mg/g
Robinul (*glykopyrron*) injektionsvätska 0,2 mg/ml

SMÄRTA

Alvedon (*paracetamol*) tablett 500 mg
Ibuprofen tablett 400 mg
Instillagel (*lidokain*) gel 20,9 mg
Morfin injektionsvätska 10 mg/ml
Morfin tablett 10 mg
Oxynorm/Oxikodon (*oxikodon*) kapsel 5 mg
Paracetamol suppositorium 1 g
Tapin/EMLA (*lidokain+prilokain*) kräm
Xylocain (*lidokain*) gel 2 %

ORO/SÖMN

Heminevrin (*klometiazol*) kapsel 300 mg
Oxascand (*oxazepam*) tablett 5 mg
Risperidon tablett 0,25 mg
Zopiklon tablett 5 mg

VÄTSKOR/ELEKTROLYTLÖSNINGAR

Glukos buffrad 25 mg/ml infusionslösning
Natriumklorid 9 mg/ml spädningsvätska 20 ml,
spolvätska 30 ml och 120 ml (bälg), inf.vätska 100 ml
Ringer-Acetat infusionslösning 1000 ml
Sterilt vatten spädningsvätska 20 ml

ÖGA

Fucithalmic (*fusidinsyra*) ögonsalva 1%

ÖVRIGT

Kaleorid (*kaliumklorid*) tablett 750 mg
Naloxon injektion 0,4 mg/ml

Recept eller egenvård?

Sjukdomstillstånd av egenvårdskaraktär, som förväntas gå över inom 3 månader med receptfri medicinering, bör hänvisas till egenvård. Detsamma gäller även vid längre tids besvär av torr hud/torra ögon/torra slemhinnor, som inte har sjukdom som orsak. Torrhet som beror på naturligt åldrande anses inte vara sjukdom. Vid sjukdomsrelaterade komplikationer kan dock receptförskrivning övervägas.

Egenvård ger patienten större valmöjligheter, kan bli både enklare och billigare för patienten och bidrar till en bättre beredskap vid restsituationer. Receptfria läkemedel har dessutom anpassade förpackningsstorlekar, vilket förebygger onödig kassering av läkemedel och är fördelaktigt för miljön.

Se även riktlinjen Receptförskrivning av läkemedel som kan köpas utan recept.

Beställning av icke läkemedelsklassade produkter till dospatienter

För patienter med dosdispensering som saknar möjlighet att ta sig till apotek, kan även icke läkemedelsklassade produkter beställas i Pascals meddelandefält, eller genom särskilt formulär på [apoteket.se](https://www.apoteket.se).

Tillfälligt uppehåll vid intorkning



Intorkning kan leda till akut njursvikt. Vissa läkemedel ökar denna risk. Hög ålder, redan nedsatt njurfunktion ökar risken ytterligare. Etablerad njursvikt medför dessutom risk för intoxication av vissa läkemedel.

Exempel på situationer är:

- ihållande diarré
- upprepad kräkning
- svår infektion
- andra kliniska tecken på intorkning (torra slemhinnor, nedsatt hudturgor, låg urinproduktion, förvirring)
- svårigheter att äta eller dricka på grund av akut sjukdom
- vätskeförluster under värmebölja

Nedanstående grupper av läkemedel bör tillfälligt pausas vid tecken till intorkning eller stor risk för detta (observera även kombinationer där dessa läkemedel ingår):

Metformin (Janumet, Synjardy) m.fl.

Sulfonureider: glimepirid, repaglinid

SGLT2-hämmare: empagliflozin (Jardiance, Synjardy, Glyxambi), dapagliflozin (Forxiga, Xigduo), kanagliflozin (Invokana), ertugliflozin (Steglatro, Segluromet, Steglujan)

Aktivt D-vitamin: alfakalcidol (Etalpa), kalcitriol (Rocaltrol)

Digoxin

Metolazon

ACE-hämmare: enalapril, ramipril m.fl.

ARB: losartan, kandesartan, valsartan (Entresto) m.fl.

NSAID: ibuprofen, diklofenak, ketoprofen, naproxen, etoricoxib m.fl.

Litium (Lithionit)

Antidepressiva (ålder över 65 år): citalopram, escitalopram, sertralin, venlafaxin, duloxetin, mirtazapin, vortioxetin (Brintellix) m.fl.

Checklista

för genomgång av patientens läkemedelsordinationer

- 1 LÄKEMEDELAVSTÄMNING**
- Vilka läkemedel tar patienten (inklusive receptfria och/eller växtbaserade)?
 - Tar patienten läkemedlen på rätt sätt i rätt dos i rätt tid? Be gärna patienten visa (ex inhalationsläkemedel).
 - Har patienten sväljsvårigheter eller andra hante-ringsproblem? Är beredningsformen lämplig?
 - Förstår patienten syftet med behandlingen?

- 2 UPPDATERA LÄKEMEDELSLISTAN**
- Finns behov av fördjupad läkemedelsgenomgång?
- Nej:** Dokumentera att enkel läkemedelsgenomgång är utförd via funktionsknapp "Genomgång" i läkemedelslistan i Cosmic. Läkemedelsrelaterade problem, åtgärder och uppföljning dokumenteras antingen i avsedda rutor eller hänvisas till journalanteckning.
- Ja:** gå vidare till steg 3 Läkemedelsanalys.

Vid frågor angående läkemedels-hantering (ex krossa/dela tabletter, restnoterade läkemedel)

- kontakta läkemedelsenheten tel 7990.

För apotekarstöd i läkemedelsanalysen

- skicka konsultationsremiss till läkemedelsenheten.

3

LÄKEMEDELSANALYS

Finns indikation (diagnos) för varje läkemedel?

Nej: sätt ut/trappa ut

Ja: för varje läkemedel bedöm:

1. Interaktioner med hjälp av funktion i läkemedelslistan i Cosmic/Pascal. Interaktionskontroll med växtbaserade läkemedel och/eller vissa livsmedel finns i Janusmed.
2. Njurfunktion. Beräkna absolut eGFR vid behov (vid lägre värden och/eller avvikande kroppsytta).
3. Effekt enligt patient, labprover och/eller undersökningar. Obs! läkemedel med smalt terapeutiskt intervall.
4. Risk-nytta t.ex. varningar/försiktighet, kontraindikationer, graviditet, amning, blödningsrisk, fallrisk och påverkan på kognition.
5. Biverkningar. Finns en funktion i både läkemedelslistan i Cosmic och Pascal där man kan söka biverkningar.
6. Dos/behandlingstid, behov av justering?
7. Läkemedelsval. Är läkemedlet rekommenderat i Kronoberg?

4

SAKNAS BEHANDLING?

Ta ställning till eventuellt behov av icke-farmakologisk/farmakologisk behandling.

5

UPPDATERA LÄKEMEDELSLISTAN och ge den till patienten. Har patienten recept? Informera patienten om eventuella förändringar.

6

DOKUMENTERA att fördjupad läkemedelsgenomgång är utförd via funktionsknapp "Genomgång" i läkemedelslistan i Cosmic. Läkemedelsrelaterade problem, åtgärder och uppföljning dokumenteras antingen i avsedda rutor eller hänvisas till journalanteckning.

GODA LEVNADSVANOR

En betydande del våra stora folksjukdomar kan förebyggas med förbättrade levnadsvanor. Tobak, alkohol, ohälsosamma matvanor samt fysisk inaktivitet utgör de fyra största riskfaktorerna. Det är viktigt att utifrån patientens förutsättningar stödja goda levnadsvanor!

HÅLLBAR LÄKEMEDELSANVÄNDNING

- Att begränsa antalet läkemedel är ofta bra både för patient och miljö. Överväg andra åtgärder!
- Gör läkemedelsgenomgångar regelbundet och alltid vid nyföreskrivning.
- Vid föreskrivning av nytt läkemedel, börja med mindre förpackning när det är möjligt.
- Utvärdera behandlingsresultat och biverkningar.
- Välj det läkemedel som har minst påvisad miljöpåverkan vid flera medicinskt likvärdiga alternativ.
- Uppmana patienten att lämna tillbaka överblivna läkemedel till apoteket.

ANSVAR FÖR PATIENTENS ORDINATIONER

Den som ordinerar en behandling eller förnyar ett recept ansvarar för att ordinationen är rimlig utifrån patientens samlade läkemedelslista. Planerad behandlingstid ska framgå. Överlämning av ordinationsansvar kan göras efter överenskommelse, lämpligen genom remiss.

STÖD VID ORDINATION OCH FÖRSKRIVNING

- Ordinationsmallar i Cosmic
- Medicinska riktlinjer på Vårdgivarwebben
- Medicininstruktioner.se (instruktionsfilmer till patienter)



REGION
KRONOBERG