

BPSD och användning av antipsykotika/neuroleptika till äldre patienter i Region Gävleborg

Läkemedelskommittén har genomfört en mindre kartläggning av användningen av neuroleptika hos personer över 75 års ålder. Detta efter att en av regionens allmänläkare inkom med en fråga kring användningen på kommunala vård- och omsorgsboenden i Region Gävleborg.

Neuroleptikas huvudsakliga indikation är behandling av psykosjukdomar, framför allt schizofreni. För personer över 75 år med schizofreni finns i regel en stark indikation där utebliven medicinering kan leda till allvarliga följder. Eftersom neuroleptika också har sederande och lugnande egenskaper används läkemedlen även till exempelvis patienter med stark oro/agitation.

Ur Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre

För personer över 75 år får demenssjukdomar med tillhörande beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) samt konfusion en högre prevalens i takt med ökande ålder. BPSD kan omfatta symtom som aggressivitet, skrik, vandring, plockighet, störd dygnsrytm och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, konfusion, ångest eller depression. Symtomen orsakar stort lidande och är ofta svåra att möta för närstående och vårdpersonal. Somatiska orsaker, läkemedelsbiverkningar och riskläkemedel är vanliga orsaker till BPSD. Viktigast är att utreda eventuella bakomliggande orsaker till symtomen och åtgärda dessa, samt göra en strukturerad läkemedelsgenomgång för att värdera eventuella läkemedelsrelaterade problem som bakomliggande förklaring.

Patienter med BPSD kommer ofta i kontakt med sjukvård till följd av sina symtom. Behandling med olika lugnande medel, däribland neuroleptika används ofta som symtomlindring. Tyvärr utvärderas inte alltid behandlingen och läkemedlet kvarstår ofta som stående ordination efter en akut försämring.

I första hand rekommenderas icke-farmakologiska åtgärder som behandling mot BPSD.

För symtomskattning, förslag till åtgärder samt uppföljning rekommenderas användning av BPSD-registret. En individuell bemötandeplan ska upprättas. Fysisk aktivitet, smärtlindring, social stimulans samt att tillgodose basala behov är exempel på individuella åtgärder. Det är viktigt att genomförda åtgärder följs upp.

Symtomatisk läkemedelsbehandling av BPSD ska ses som ett komplement till adekvata omvårdnadsåtgärder och anpassning av fysisk miljö.

Neuroleptika, antikolinerga läkemedel och långverkande bensodiazepiner bör så långt som möjligt helt undvikas som behandling mot BPSD.

Tidigt insatt grundbehandling mot Alzheimers sjukdom kan minska risken för BPSD, se kapitel Kognitiv sjukdom/ Demenssjukdom i Läkemedelsbehandling av de mest

sjuka och sköra äldre. Vid depressiva symtom, irritabilitet, agitation och oro finns viss klinisk erfarenhet av att SSRI eller mirtazapin ibland kan hjälpa, men evidensen av nyttan är låg vid samtidig demenssjukdom. Oxazepam kan övervägas vid behov av anxiolytika under kort tid. Klometiazol kan eventuellt provas till natten under kort tid i framför allt slutenvården eller på vård- och omsorgsboenden.

Neuroleptika kan övervägas vid psykotiska symtom och/ eller aggressivitet som orsakar lidande för patienten och/ eller utgör potentiell fara för patienten och/eller andra.

Risperidon rekommenderas i första hand. Var observant på att neuroleptika kan medföra sedering (även i låga doser), extrapyramidala symtom och risk för hjärt-kärlkomplikationer, inklusive tydligt ökad risk för stroke, hjärtinfarkt och förhöjd mortalitet.

Risperidon ges med startdos 0,25 mg/dag, upp till 1,5 mg/dag under kort tid i framför allt slutenvården eller på vård- och omsorgsboenden. Om neuroleptika eller anxiolytika sätts in, planera för kort behandlingstid med utvärdering av effekt och eventuella biverkningar inom 1–2 veckor. Vid utebliven effekt av neuroleptika efter 4 veckors behandling bör preparatet sättas ut med hjälp av nedtrappning.

För patienter med Lewy body-demens med behov av antipsykotisk behandling bör en specialist i geriatrik eller äldrepsykiatri konsulteras. Fel val av behandling kan allvarligt försämra sjukdomstillståndet.

Socialstyrelsens förteckning "Läkemedel som bör undvikas till äldre" används som underlag till läkemedelskommitténs forskrivningsmål sedan många år. Region Gävleborg ligger mycket bra till i jämförelse med riket.

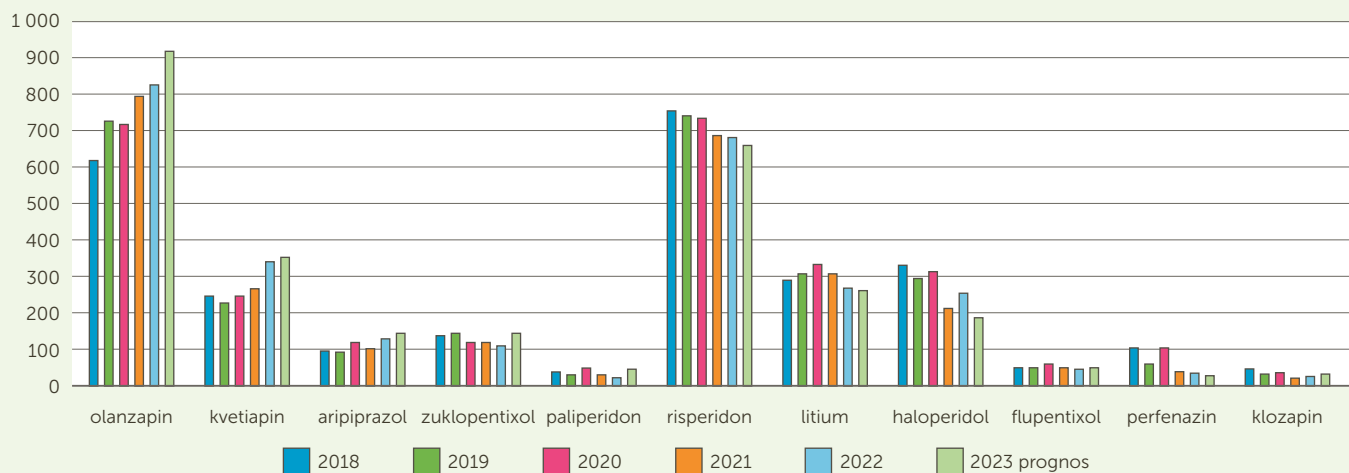
En undergrupp i förteckningen är "Läkemedel med antikolinerga effekter". Här finns flera, men inte samtliga neuroleptika listade. Bland annat saknas följande läkemedel: olanzapin, risperidon, kvetiapin, haloperidol, aripiprazol och zuklopentixol.

Forskrivningsstatistik visar att den åldersstandardiserade användningen av neuroleptika i Gävleborg är oförändrad de senaste fem åren och ligger i nivå med övriga regioner i Sjukvårdsregion Mellansverige. Användningen i Gävleborg är lägre än i riket som helhet. Olanzapin och kvetiapin ökar tydligt, medan risperidon minskar. Denna utveckling ligger inte i linje med gällande rekommendationer och ytterligare uppföljning av användningen är motiverad.

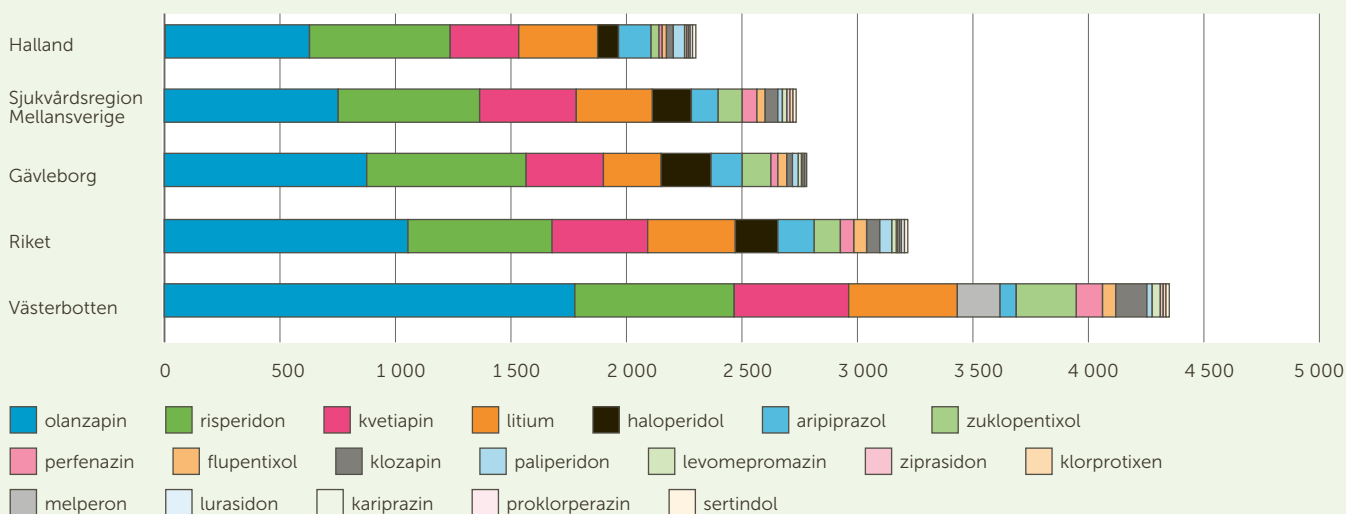
Olanzapin, som nu är det läkemedel i gruppen som används mest, har en påvisad antikolinerg verkan som bedöms vara dosberoende. Läkemedlet ger ökad risk för somnolens och ökad fallrisk jämfört med risperidon. Olanzapins riskprofil avseende behandlingseffekt, kardiovaskulär risk eller risk för extrapyramidala biverkningar är inte bättre vid jämförelse med risperidon.

Björn Ericsson
specialist i allmänmedicin
och läkemedelskommitténs ordförande

Neuroleptika med störst användning i Region Gävleborg till 75+, DDD per 1 000 invånare



Uthämtad mängd (DDD), neuroleptika per 1 000 invånare 75+, 2023-07 R12.



Referenser

Läkemedelsbehandling av de Mest sjuka och sköra Äldre 2022-2023

https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/kunskapsstod-och-rutiner/lakemedel/listor_och_dokument/aldrehaftet-fickformat-2022-2023.pdf

American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults - - 2023 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18372>

Development of the Swedish anticholinergic burden scale (Swe-ABS) | BMC Geriatrics | Full Text (biomedcentral.com)

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04225-1>

Införande av nytt journal-system i Region Gävleborg

Region Gävleborg kommer tillsammans med flera andra regioner att byta journalsystem till Cosmic. Bytet av journalsystemet är planerat till vecka 38 2024.

När journalsystemet införs kommer det att innebära flera nyheter för vårdpersonal som arbetar med läkemedel. I nuläget har regionen flera olika journalsystem med separata läkemedelslistor. Efter bytet till Cosmic kommer i princip alla läkemedelsordinationer att ligga i samma läkemedelslista. Detta innebär stora fördelar vad gäller överblickbarhet samt att alla användare ser samma information. De regioner som redan arbetar på detta sätt har sett minskad risk för läkemedelsfel i samband med att en patient har kontakt med olika vårdgivare i regionen. Det ökar också möjligheterna att kunna använda läkemedelsrelaterade beslutsstöd, t ex biverkningskontroll via databasen BIKT och interaktionskontroll via databasen SFINX utifrån patientens samlade ordinationer.

I samband med införandet av journalsystemet kommer ett stort arbete behöva göras inför överföringen av läkemedelslistor, för att säkerställa att läkemedelsordinationerna är korrekta. *Eftersom primärvården står för uppskattningsvis två tredjedelar av alla ordinationer, kommer huvuddelen av arbetet behöva ske där.*

Rekommendationen från läkemedelskommittén är att redan nu intensifiera arbetet med enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång på alla arbetsplatser för att på så sätt underlätta övergången. Läkemedelskommittén rekommenderar att i alla sammanhang där läkemedel ordinerar, men framförallt i samband med planerade återbesök, alltid arbeta för en uppdaterad läkemedelslista. Arbetet behöver i första hand utföras av ansvarig läkare.

För att underlätta arbetet rekommenderas att en tom läkemedelslista bifogas till alla kallelser till sjukvårdsbesök/läkarbesök, så att patienten inför besöket kan gå igenom och fylla i vilka läkemedel hen tar. Man kan också överväga att bifoga dokumentet Phase-20 för symtomskattning till äldre patienter och patienter som har fem eller fler läkemedel. Se till att sätta ut inaktuella ordinationer, dubletter och behandlingar som är skadliga för patienten eller saknar rimlig medicinsk nytta.

Exempel på bra hjälpmedel vid läkemedelsgenomgångar är journalsystemens inbyggda beslutsstöd. Utöver dessa finns också fina verktyg tillhandahållna via Pascal, Förskrivningskollen och Janusinfo. Läkemedelskommitténs rekommendationer utgör ett annat viktigt kunskapsstöd, som vägleder förskrivare till en rationell läkemedelsanvändning.

När läkemedelsgenomgången är genomförd och läkemedelslistan är uppdaterad bör åtgärds-koden XV015 (enkel läkemedelsgenomgång) dokumenteras i journalen. Åtgärds-koden utgör en kvalitetsstämpel som visar att förskrivare tagit ställning till att ordinationerna är korrekta. Läkemedelskommittén återrapporterar registreringsfrekvensen till hälsocentralerna på kvartalsbasis. *De senaste*

sex månaderna är andelen kodningar för enkel läkemedelsgenomgång i genomsnitt på nivån 4 procent vid läkarbesök på hälsocentraler i Region Gävleborg.

Vi ser registreringen av åtgärds-koden som ett viktigt kvalitetsmått för att värdera hur god kvaliteten på ordinationsunderlaget i journalen är. Eftersom många läkarbesök i primärvården innefattar läkemedelsordinationer så finns en tydlig förbättringspotential. **Eheter som har hög grad av korrekta läkemedelslistor kommer med stor sannolikhet uppleva att bytet till nytt journalsystem blir betydligt enklare, utöver alla övriga kvalitetsvinster som korrekta läkemedelslistor innebär.**

När övergången till gemensamt journalsystem sedan införts behöver alla förskrivare fortsätta bära det gemensamma ansvaret för patientens ordinationer. Läkarförbundet och Sveriges Läkemedelskommittéer publicerade redan 2014 ett gemensamt policydokument, "Ansvar för patientens ordinerade läkemedel", som fortfarande i högsta grad är relevant. I och med bytet av journalsystem får dokumentet ökad aktualitet för Region Gävleborg.

Björn Ericsson

*specialist i allmänmedicin
och läkemedelskommitténs ordförande*

Kunskapskällor som rekommenderas för arbetet med läkemedelsgenomgångar:

- [Utbildning om läkemedelsgenomgångar i Kompetensportalen](#)
- [Region Gävleborgs rekommenderade läkemedel](#)
- Journalsystemens beslutsstöd inklusive Pascal
- [Phase-20](#)
- [Läkemedel som bör undvikas till äldre, Socialstyrelsen](#)
- [Beers Criteria 2023: American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults - - 2023 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library](#)
- [Janusinfo databaser \(janusinfo.se\)](#)
- Kontakt med klinisk apotekare (tel 551 83) vid behov



[Ansvar för patientens ordinerade läkemedel](#)



[Medication Appropriateness Index](#)



[Rutiner, checklistor och andra dokument för Region Gävleborg](#)

Några ord om kobalamin- och/eller folatbrist

Bakgrund

Brist på kobalamin (vitamin B12) är inte helt ovanligt och kan förekomma hos upp till 10–15 procent av den äldre befolkningen. Brist på kobalamin är vanligare än brist på folat (vitamin B9).

Kobalamin finns främst i animaliska livsmedel såsom kött, fisk, ägg, mjölk och ost. Folat finns i mörkgröna bladgrönsaker, baljväxter, frukt och bär. Även fullkornsprodukter, yoghurt och filmjölk innehåller folat.

En orsak till kobalaminbrist är atrofisk gastrit, vilket är vanligare i den äldre befolkningen. Här är bristande produktion av intrinsic factor orsak till att kobalamin inte absorberas i terminala ileum. Bristande upptag ses också om man genomgått kirurgi som påverkat ventrikeln eller terminala ileum. Protonpumpshämmare och biguanider, t ex metformin, gör upptaget sämre. Vegansk kost innehåller inte tillräckligt med tillgängligt kobalamin. Kobalamin är den enda vattenlösliga vitamin som människan kan lagra ordentligt i kroppen. Leverns depåer av kobalamin kan räcka i mer än tre år även om intaget helt upphör.

Upptaget av folat är inte lika "magsäcksberoende" som upptaget av kobalamin. Bristtillstånd kan ses vid ensidig kosthållning eller vid medicinering med exempelvis metotrexat och vissa anti epileptika.

Tillstånd med ökad cellproliferation kan kräva tillskott av folat. Graviditet och kompenserad hemolys är bra exempel.

Utredning av misstänkt vitaminbrist är indicerad exempelvis vid makrocytär anemi, eller vid vissa neurologiska eller neuropsykiatriska tillstånd.

Eftersom insatt behandling har en tendens att bli livslång är det viktigt att proverna i utredningen tas och tolkas på rätt sätt. Likaså bör orsak till påvisad brist utredas – eller åtminstone reflekteras över.

Diagnostik och uppföljning

Det är klokt att börja med s-homocystein då ett normalt värde utesluter brist på kobalamin eller folat. Ett högt värde på s-homocystein kan antyda såväl kobalamin- som folatbrist. Nästa steg blir följaktligen att kontrollera dessa.

S-kobalamin över 250 pmol/L utesluter B12-brist. Vid lägre värden kan brist misstänkas. Vid osäkerhet kan s-metylmalonat analyseras, där låga värden utesluter brist. Analys av s-metylmalonat sker dock inte i Region Gävleborg. En bra strategi vid värden i gräzonen är att provbehandla med B12.

Folat analyseras numera i plasma och inte i helblod. Denna analys är mycket känslig för variationer i intag. Ett par dagar med dålig nutrition ger låga värden även om halterna intracellulärt är goda. Det är sålunda inte korrekt att substituera med folat på ett isolerat sänkt folatvärde i denna situation, åtminstone inte under en längre tid. Om man har klinisk misstanke på brist, bör homocystein också analyseras.

Om det råder oklarhet om vilken brist som föreligger utifrån labprover och anamnes kan behandlingssvar på respektive vitamin ge diagnos. Lämpligen inleds behandling

med vitamin B12 med kontroll av Hb, MCV och klinisk bild efter 2–3 månader. Slemhinneförändringar förbättras på denna tid, dock tar det mycket längre tid innan neurologiska symtom förbättras. Om provbehandling inleds med folsyra kan neurologiska symtom förvärras om det samtidigt föreligger B12-brist.

Om labprover klart antyder kombinerad brist bör behandling med kobalamin och folsyra inledas samtidigt.

Om bristtillstånd påvisas bör etiologisk diagnos eftersträvas. Genomgång av kosthållning och läkemedelsintag är ett första steg. Om detta inte ger svar kan gastrointestinal utredning vara rimlig, åtminstone hos yngre individer. Gastroskopi med px (vävnadsprov) kan ge svar på om atrofisk gastrit eller celiaki föreligger. Analys av s-transglutaminsantikroppar samt s-gastrin och s-pepsinogen är analyser som kan indikera celiaki respektive atrofisk gastrit.

I regel är peroral behandling av bristtillståndet tillräckligt (Cyanokobalamin 1 mg 2 x 2 i 2–4 veckor, därefter underhållsdos 1 mg dagligen. Folsyra 1 mg 2 x 2 i 2 veckor, därefter underhållsdos 1 mg dagligen).

Patienter som är insatta på vitamin B12 eller folsyra bör följas upp i primärvården, förslagsvis med årlig kontroll av blodstatus och järnstatus. Homocystein kan övervägas. Atofisk gastrit medför viss ökad risk för magsäckscancer.

Utsättning

Om substitutionsbehandling är insatt på tveksamma grunder bör utsättningsförsök göras, t ex om insättningen enbart grundats på ett förhöjt s-homocystein eller s-metylmalonat. Ännu vanligare torde vara att folsyrabehandling inletts i slutenvård på ett isolerat sänkt p-folatvärde.

Det är i praktiken rimligt att vid påvisad brist på vitamin B12 förorda livslång behandling. Om utsättning av vitamin B12 ändå vill göras kan halvårskontroller av vitaminstatus och homocystein rekommenderas. Vid utsättning av folsyra kan provtagning ske tidigare än så.

En mycket fin medicinsk riktlinje för vitamin B12- och/eller folatbrist med kliniska råd är utarbetad i Västra Götalandsregionen. Se länk i referenslista.

Helena Gustafsson
specialist hematologi

Referenser

<https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/vitaminer-och-antioxidanter/vitamin-b12>
(Hämtat 2022-02-06)

<https://www.livsmedelsverket.se/livsmedel-och-innehall/naringsamne/vitaminer-och-antioxidanter/folat>
(Hämtat 2022-02-06)

Vitamin B12- och eller folatbrist Västra Götalandsregionen
<https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/hs9766-305841775-396/surrogate/Vitamin%20B12-%20och%20eller%20folatbrist.pdf>

Informationsutbyte mellan allmäntandvård och kommunala särskilda boenden

Folktandvården (FTV) har tillsammans med länets kommunala särskilda boenden (SÄBO) via medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) arbetat fram ett underlag för strukturerad kommunikation mellan allmäntandvård och SÄBO vid planerad tandvård i speciella situationer.

Varför

Bakgrunden är att FTV och MAS noterat ett behov av tydligare kommunikation bl a utifrån avvikelserapporter och klagomål som inkommit till Folktandvården. Avvikande reaktion på sedering har förekommit, liksom oklarhet hur efterblödning och postoperativ smärta ska hanteras.

Det är inte heller ovanligt att tandläkaren vid behandling har svårt att få klarhet i patientens situation, då medföljande personal inte alltid kan förklara eller lämna vederhäftiga uppgifter om aktuell patient.

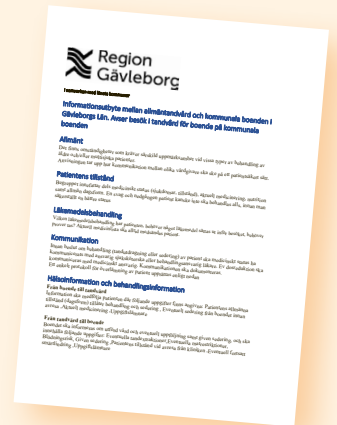
Hur

Blanketten fylls i av sjuksköterska och skickas med patienten när den besöker tandvården. Efter avslutad behandling följer blanketten med tillbaka till boendet med aktuell information som fyllts i av tandläkare. Blanketten hittar du genom att följa länken till höger.

När

Informationsutbytet avser i första hand när man planerar att utföra behandling med stöd av oral sedering (midazolam) eller om man planerar att utföra flera tandextraktioner.

Vi hoppas att den framtagna mallen för informationsöverföring ska bidra till en samlad, bättre och säkrare vård, såväl behandlingsstolen som i efterförloppet i patientens hem.



Bengt Vikman
cheftandläkare

Folktandvården Gävleborg AB



Blanketten finns på:

[Läkemedel - Region Gävleborg \(regiongavleborg.se\)](https://lakemedel-regiongavleborg.se)
– [Kommunala läkemedelsförråd](#) –
[Läkemedelsrutiner inom kommunal hälso- och sjukvård](#)

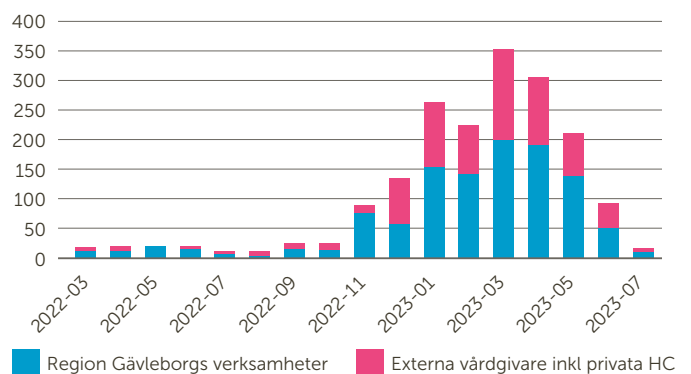
Rybelsus – vad hände sen?

Under våren 2023 identifierades en kraftig ökning av recept på läkemedlet Rybelsus. En inofficiell och av läkemedelskommittén icke-sanktionerad rekommendation att ersätta det restnoterade Ozempic med Rybelsus hade spridits till regionens förskrivare. Trots flera informationsaktiviteter att avstå byte till Rybelsus, (enligt nationella rekommendationer), fortsatte bytet från Ozempic till Rybelsus i hög grad på många vårdenheter. Region Gävleborgs förskrivning blev snabbt den näst högsta bland rikets regioner.

Utifrån den kraftigt ökande användning av Rybelsus, kontaktade läkemedelskommittén och den lokala kunskapsstyrningens diabetesgrupp Regionens Hälso- och sjukvårdsdirektör i frågan. Förnyad information om Rybelsus tillsammans med information om skenande förskrivningskostnader förmedlades till cheferna på de kliniker som förskrivit Rybelsus.

Läkemedelskommittén förfogar numera över ett nytt uppföljningsverktyg, där insättning av ny behandling kan följas upp varje månad (incidensdata). Den bifogade bilden visar att nyinsättningen av Rybelsus avstannat kraftigt sedan juni 2023. Läkemedelskommittén bedömer att vidtagna åtgärder varit effektiva. Andra bidragande faktorer relateras till att restnoteringen på Ozempic inte varit lika uttalad under sommaren samt att planerade sjukvårdsbesök för typ 2 diabetes är färre under sommaren.

Antal individer per månad som gjort ett första uttag av Rybelsus – nyinsättning



Kloka val av läkemedelsbehandling minskar regionens utgifter utan att patienternas hälsa påverkas negativt. Tillsammans med ekonomienheten har läkemedelskommittén och läkemedelsenheten påbörjat ett arbete för genomlysning av läkemedelskostnader. Det nya uppföljningsverktyget kommer att innebära stora möjligheter för att tidigt identifiera och därefter följa upp ökade och omotiverade läkemedelskostnader.

Björn Ericsson

specialist i allmänmedicin
och läkemedelskommitténs ordförande

Protonpumpshämmare - receptfria och harmlösa, eller finns skäl för försiktighet?

Användningen av protonpumpshämmare (PPI) förskrivna på recept är högre i Gävleborg jämfört med riket. Dessutom visar data från Socialstyrelsen att användningen har ökat i både Region Gävleborg och i riket. Användningen är högst i de äldsta befolkningsgrupperna. Kan långvarig användning av protonpumpshämmare utgöra en medicinsk risk?

”Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults” från American Society of Geriatrics publicerades senast 2023. Beers Criteria utgör en systematisk och återkommande genomgång av riskläkemedel för personer över 65 år. PPI klassas som ett potentiellt olämpligt läkemedel. Riktlinjerna anger att behandlingen är rekommenderad för patienter med hög risk för magblödning (t ex vid peroral kortisonbehandling och kronisk användning av NSAID) samt vid följande sjukdomstillstånd: erosiv esofagit, Barrett's esofagus, patologiskt hypersekretoriskt tillstånd eller i de fall där utsättning av PPI / övergång till annat symtomlindrande läkemedel misslyckats. För övriga tillstånd bör användning begränsas till högst 8 veckor. Rekommendationen klassas som stark utifrån bedömningen att skador, negativa effekter och risker tydligt överstiger nyttoeffekterna.

Evidensgraden är hög för att långvarig användning av PPI sammanfaller med ökad frekvens av C.difficile-infektion, benmasseförlust och frakturer. Evidensgraden är medelhög för att långvarig användning av PPI ökar risken för pneumoni och GI-maligniteter.

Läkemedelskommitténs reflektion är att dessa risker sannolikt inte är tillräckligt kända. Kanske den höga användningen är relaterat till att PPI kan köpas receptfritt, att läkemedlen har låg kostnad när de förskrivs på recept och därigenom betraktas som läkemedel utan patientrisk? För patienter som slutat med PPI efter en längre tids behandling är det dessutom vanligt att symtom med sura uppstötningar och halsbränna uppstår. Den biologiska förklaringen är att kroppens svar på utsatt behandling är att uppreglera magsäckens produktion av saltsyra i frånvaro av medicinen. De ursprungliga besvären som motiverade insättning kan därmed återkomma med ökad intensitet. Detta benämns rebound-symtom och är en utsättningsbiverkning.

Vid behandling längre än 8 veckor rekommenderas därför att man gradvis fasar ut terapin med ett utsättningschema, se tabell nedan. Detta brukar minska reboundsymtomen för många patienter.

Björn Ericsson

specialist i allmänmedicin
och läkemedelskommitténs ordförande

Avsluta läkemedelsbehandling

Steg	Läkemedel	Läkemedel	Tidsperiod	Kostnadseffektivt alternativ
1	PPI	Halv grunddos x 1 eller hel grunddos varannan dag av ursprungligt PPI	4 veckor	Omeprazol 10 mg x 1 Livsstilsförändringar
2	PPI	Halv grunddos varannan dag eller hel grunddos var fjärde dag av ursprungligt PPI	4 veckor	Omeprazol 10 mg varannan dag Livsstilsförändringar
3	PPI	Halv grunddos var fjärde dag	4 veckor	Omeprazol 10 mg var fjärde dag Livsstilsförändringar
4	Antacida	Vid behov	4 veckor	Novaluzid/Novalucol Livsstilsförändringar

Källa: FasUT



FRÅGA APOTEKAREN

FRÅGA:

En patient till mig har avbrutit sin gabapentinbehandling på grund av att det står virusinfektion som vanlig biverkan. Finns mer information om denna biverkan?

SVAR: Ingen ökad risk för infektioner, inklusive virusinfektioner, sågs i en metaanalys av 15 kliniska prövningar av gabapentin hos vuxna patienter.

Luftvägsinfektioner finns listat som vanlig biverkan i produktresumén för gabapentin, men det bör noteras att detta endast har rapporterats i kliniska studier hos barn 3–12 år, när gabapentin givits som tilläggsbehandling till annan antiepileptisk behandling. Virusinfektion anges som mycket vanlig biverkning, men även detta baseras på data från ovanstående barnpopulation. I placebokontrollerade studier av gabapentin som tilläggsbehandling vid epilepsi hos barn över 12 år och vuxna samt vid neuropatisk smärta hos vuxna rapporterades virusinfektion istället mer sällan för gabapentin än placebo. I den amerikanska produktresumén anges att virusinfektioner noterats hos mindre än en procent av vuxna som behandlats med gabapentin för neuropatisk smärta. Detta bygger på data från både dubbelblinda och öppna studier, vilket gör att frekvensen inte kan jämföras med placebo.

Frågan besvarad av Uppsala läkemedelsinformationscentral (ULIC) 2020-03-31. För referenser och fullständig utredning se [Risk för virusinfektion vid gabapentinbehandling \(svelic.se\)](#).

Situationen med restnoteringar är utmanande för hela vårt samhälle.



De senaste åren har antalet anmälda restnoteringar av läkemedel som marknadsförs i Sverige ökat kraftigt. I år har redan alla rekord slagits, vilket delvis är relaterat till ny lagstiftning, där läkemedelsföretag riskerar sanktionsavgifter om restnoteringen inte anmäls i tid. Enligt läkemedelsföretagens företrädare har läkemedel till följd av den nya lagen restanmälts även om risken för restnotering varit låg - enbart med syftet att komma undan hotet om vite. Enligt statistik från Läkemedelsverket för första halvåret 2023 anmäldes 44,8 procent av alla restanmälningar så sent som samma dag eller efter att en restsituation redan har uppstått. Enligt Läkemedelsverket är den huvudsakliga orsaken till restnoteringar tillverkningsrelaterade orsaker, framförallt brister i produktionsplanering och produktionskapacitet.

Flertalet restnoteringar märker varken patienter eller vårdgivare av, då apoteket istället inom ramen för det generiska utbytessystemet kan erbjuda en annan förpackning eller tillverkare av motsvarande produkt.

Men tyvärr är de kritiska restsituationerna, det vill säga när produkten inte kan ersättas av en annan produkt, ett återkommande och tilltagande bekymmer. Detta riskerar skapa patientrisk, utöver att världens och apotekens redan ansträngda personal får ytterligare en arbetsuppgift att förhålla sig till. Under året har läkemedel såsom GLP-1-analoger, flera viktiga antibiotika och epilepsiläkemedel inte funnits tillgängliga. Problemen är så omfattande att läkemedelsenheten fått en egen ikon för information om restnoterade läkemedel på Plexus startside. Under denna ikon publiceras information om utvalda restnoterade preparat. Urvalet sker med hänsyn till restnoteringens allvarlighetsgrad och om restnoteringen påverkar flera av regionens verksamheter. Till varje publicering försöker vi alltid presentera ersättningsläkemedel.

Uteblivna leveranser av restnoterade läkemedel ställer till stora problem för regionens anställda. En del av problemet handlar om att det i nuläget inte finns någon automatisk koppling mellan förskrivningsverktyg och databasen för restnoterade läkemedel, vilket innebär uthopp ur journal-systemet och informationssökning i externa system. Informationskällan SIL från Inera tillhandahåller redan nu denna informationsmängd till journalsystemen. Det vore angeläget om journalleverantörerna implementerade funktionen

restnoterade läkemedel för att tillgängliggöra informationen till förskrivare i förskrivningsögonblicket. Man kan dock inte se de tillfällen när ett läkemedel finns tillgängligt på apotek trots att det rapporterats som restnoterat.

Även läkemedelskommitténs arbete med läkemedelsrekommendationer påverkas av restnoteringar, genom att det blir svårare att rekommendera läkemedel utifrån den höga grad av osäkerhet det innebär att inte veta om läkemedel finns tillgängligt.

Läkemedelstillverkarna bär ett stort ansvar för att säkerställa pålitliga leveranser av läkemedel. Företrädare från Läkemedelsindustriföreningen (LIF) har under sommaren kommunicerat i massmedia att man är missnöjda med den betalning Sverige erbjuder för läkemedel. LIF framför också önskemål att lätta på kraven att tillhandahålla läkemedel respektive tillgängliggöra information om restnoteringar i tid. Jag kan tolka budskapet som en påtryckning från LIF om att Sverige kan riskera ännu större läkemedelsbrister om företagen inte garanteras högre förtjänster och lägre krav på inrapportering.

Utifrån perspektivet av att läkemedelsföretagens vinster globalt sett uppskattades till 15 700 miljarder kronor under 2022 kan jag uppleva den typen av argumentation som provocerande, särskilt i tider av tuff ekonomisk åtstramning för Sveriges regioner. Situationen med restnoteringar är utmanande för hela vårt samhälle. För att lösa problemen med uteblivna leveranser av läkemedel behöver alla aktörer bidra efter bästa förmåga.

Björn Ericsson

*specialist i allmänmedicin
och läkemedelskommitténs ordförande*



Statistik om restsituationer
Läkemedelsverket
(lakemedelsverket.se)

REDAKTIONEN

Elin Isaksson, apotekare, redaktör
elin.isaksson@regiongavleborg.se

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin,
ordförande i läkemedelskommittén
bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

Sofie Näslund, specialist i allmänmedicin,
informationsläkare
sofie.naslund@regiongavleborg.se

PRODUKTION

Confetti

TRYCK

Gävle Offset, Gävle

MIX PÅ WEBBEN

regiongavleborg.se/lakemedel

EXTERN POST

Region Gävleborg
Läkemedelsenheten
Lasarettsvägen 1
801 88 Gävle

INTERN POST

Läkemedelsenheten
Budstation -69-