

# Wåra läkemedel

nr 2  
2024



**När du träffar en äldre skör patient** sid 3

**Recept vid IT-problem** sid 7

**Statistik läkemedel på recept** sid 8

**Jordgloben försvinner** sid 11

**Mellansvenskt läkemedelsforum** sid 11

## Ändrade rekommendationer DOAK

Läkemedelskommittén rekommenderar dabigatran och rivaroxaban som förstahandsval vid nyinsättning av DOAK.

År 2011 introducerades Pradaxa (dabigatran) som det första nya perorala preparatet inom gruppen antikouagulantia sedan Waran började användas på 50-talet. Det följdes inom loppet av ett par år av Xarelto (rivaroxaban) och Eliquis (apixaban). Doseringen för direktverkande orala antikoagulantia (DOAK) var enkel och effekten och säkerheten bättre än för Waran. Samtidigt växte medvetenhe-

ten om stokerisken som följer förmaksflimmer, och de stora mänskliga vinster som finns i att undvika stroke högt upp i åldrarna. Resultatet har blivit en snabbt växande användning och idag utgör Eliquis Region Dalarnas enskilt dyraste läkemedel med en årlig användning hos 14 000 individer till en total kostnad av ca 70 miljoner kronor. Sannolikt är detta något bra då vi ser att trots ett ökande antal patienter med förmaksflimmerdiagnos, minskar antalet stroke vilket avspeglas i minskat vårdbehov både kommunalt och inom sjukvården.

År 2023 gick patentet ut för Pradaxa och i våras introducerades något överraskande generika för Xarelto. En konkurrenssituation har nu uppstått med stora prissänkningar på dessa två. Läkemedelskommittén har av kostnadsskäl i samråd med terapigrupperna Blod, Hjärta-kärl och Neurologi sett över rekommendationen för DOAK. De olika preparaten bedöms vara jämförbara i effekt och säkerhet om hänsyn tas till de skillnader som finns i dosanpassning, begränsning beträffande njurfunktion och ålder. Dabigatran tillhandahålls i dags-



läget inte heller för dispensering i dospåsar men kan beställas som separat förpackning via Pascal. Rekommendationen gör skillnad på behandling av akut DVT/lungemboli och förmaksflimmer.

Vid akut DVT/LE tas hänsyn till att rivaroxaban och Eliquis kan sättas in direkt utan föregående LMWH varför dessa rekommenderas före dabigatran.

För emboliprofylax vid förmaksflimmer rekommenderas dabigatran i första hand och rivaroxaban i andra hand.

Rekommendationen gäller i första hand vid nyinsättning. Patienter som har en fungerande behandling kan fortsätta med denna. Behöver patienten ändå byta mellan olika DOAK kan

det nya preparatet ges vid tidpunkten för nästa planerade dos vid eGFR  $\geq 50$  mL/min. Vid eGFR  $< 50$  mL/min bör ytterligare 12 timmar passera innan behandling med det nya preparatet påbörjas.

## Regiongemensam rutin för insättning och uppföljning av DOAK

Läkemedelskommittén och terapigrupp Blod har tagit fram en rutin för insättning och uppföljning av DOAK. Du hittar den på INTRA genom att använda sökfunktionen eller under fliken Förskrivning och Ordination i Nätverksarbetsrum Läkemedel.

### Rekommendationer DOAK 2025 \*

	Preparat	dabigatran (Pradaxa)		rivaroxaban (Xarelto)	apixaban (Eliquis)
		Pris/dygn	Reducerad dos	Ca 8 kr	Ca 16 kr
		Normaldos	Ca 6 kr	Ca 16 kr	Ca 20 kr
<b>Emboliprofylax förmaksflimmer</b>	<b>Rekommendation</b>	1:a hand nyinsättning		2:a hand nyinsättning	Behöver inte bytas på redan insatta patienter
	<b>Normaldos</b>	150 mg x 2		20 mg x 1	5 mg x 2
	<b>Reducerad dos</b>	110 mg x 2 vid ålder > 80 år eller samtidig verapamil. Överväg vid 75-80 år, eGFR 30-50 ml/min, gastrit/GERD, ökad blödningsrisk		15 mg x 1 vid eGFR 15-49 ml/min	2,5 mg x 2 vid eGFR 15-29 ml/min alt 2 av följande kriterier: ålder >80 år, kroppsvikt < 60 kg, kreatinin >133
	<b>Absolut gräns eGFR</b>	>30 ml/min		>15 ml/min (försiktighet vid 15-29 ml/min)	>15 ml/min
	<b>Dospatienter</b>	Nej		Ja	Ja
<b>Behandling och profylax venös tromboembolism (VTE)</b>	<b>Rekommendation</b>			1:a hand nyinsättning	2:a hand
	<b>Normaldos</b>			15 mg x 2 i tre veckor, därefter 20 mg x1	10 mg x 2 i 7 dagar, därefter 5 mg x 2
	<b>Reducerad dos</b>			Vid eGFR 15-49 ml/min överväg 15 mg x 1 efter inledande tre veckor om blödningsrisk föreligger	Behandla om möjligt med 5 mg x 2 första 1-2 månaderna. Saknas studier på lågdos.
	<b>Tillsvidarebehandling</b>			Vid hög trombosrisk: fortsatt standarddos. Vid lägre trombosrisk: 10 mg x1 efter avslutad behandling med standarddos i minst sex månader	"Vid hög trombosrisk: fortsatt standarddos. Vid lägre trombosrisk 2,5 mg x 2 efter avslutad behandling med standarddos i minst sex månader."
	<b>Absolut gräns eGFR</b>			>15 ml/min (försiktighet vid 15-29 ml/min)	>15 ml/min
<b>Dospatienter</b>			Ja	Ja	

\* För de mest sjuka och sköra äldre finns separata rekommendationer i häftet "Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre"

# Att tänka på när du träffar en äldre skör patient

Nu finns uppdaterade behandlingsrekommendationer 2024 för de mest sjuka och sköra äldre.

Ni har säkert använt "äldrehäftet" tidigare men vi vill också gärna uppmärksamma er på att det finns en bakgrundsdocumentation för den som vill fördjupa sig i framtagna rekommendationer. Den innehåller även ett extra kapitel om kost vid njursjukdom. Bakgrundsdocumentet finns enbart i digital version och hittas på Intra i Nätverksarbetsrum Läkemedel under fliken [Förskrivning och ordination](#). Själva häftet finns också i digital form på samma sida. Beställning av det fysiska häftet sker (gärna klinikvis) genom att mejla till [lakemedel.dalarna@regiondalarna.se](mailto:lakemedel.dalarna@regiondalarna.se)

Arbetsgruppen som tar fram rekommendationerna består av läkare, apotekare, dietist och fysioterapeut från 12 regioner. Dalarna representeras av Nadja Schuten-Huitink, specialist i allmänmedicin, och Kristina Atternäs, klinisk apotekare.

Observera att gruppen för framtagandet av dessa särskilda rekommendationer har utgått från Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre men riktar sig i huvudsak till kärngruppen. Dessa bor på SÄBO (särskilt boende) eller har omfattande omvårdnadsinsatser i ordinärt boende. Alla har stora sjukvårdsbehov och många har kognitiv svikt.

## Varför behöver vi särskilda rekommendationer för sköra äldre?

Med ökande ålder sker förändringar i kroppen som kan påverka effekten av ett läkemedel. Fördelning, omvandling och utsöndring av läkemedel förändras och känsligheten för läkemedel ökar. Hos äldre är det vanligare med polyfarmaci vilket ytterligare kan bidra till läkemedelsrelaterade problem såsom ökad risk för biverkningar, interaktioner och minskad följsamhet.



Många vårdprogram bygger på dokumentation från läkemedelsprövningar där betydligt yngre människor än de mest sjuka och sköra äldre inkluderats och där hänsyn till de äldres förmåga att klara läkemedelsbehandling inte tas. Studier visar att uppemot 10–30 % av akuta inläggningar av äldre på sjukhus helt eller delvis beror på läkemedelsbiverkningar. Upp till hälften av dem bedöms möjliga att undvika.

Eftersom det ofta saknas vetenskaplig dokumentation eller evidens för gruppen sköra äldre har arbetsgruppen samlat den evidens som finns i kombination med klinisk erfarenhet vilket resulterat i behandlingsrekommendationerna. Målsättningen med dessa särskilda rekommendationer är att förbättra livskvaliteten för de mest sjuka och sköra äldre, undvika läkemedel som inte tillför något positivt vad gäller livskvalitet samt undvika vårdskador som beror på onödig polyfarmaci och olämpliga läkemedel.

Äldrehäftet är med andra ord en bra guide när du gör läkemedelsgenomgångar på sköra äldre. Bilden på vägen står för att man alltid måste

väga nyttan med behandlingen mot eventuella risker. En våg är rörlig och den kan slå om för samma läkemedel och person med stigande ålder och skörhet. Vad som var bra då behöver inte vara det idag. De sista ljuva åren i livet ska inte kantas av akuta inläggningar på grund av läkemedelsrelaterade problem. Det gäller att ha fokus på livskvalitet och symptomlindring.

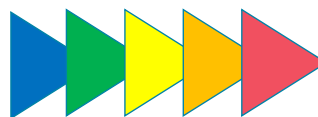
Läkemedelsbiverkningar kan vara svåra att skilja från sjukdomstillstånd och symptom och därför är det av stor vikt att alltid ha i åtanke att symptom kan vara läkemedelsorsakade. Exempelvis en patient som får svullna fötter som biverkning av en calciumblockare. Om man då symptombehandlar med en vätskedrivande i stället för att ändra grundbehandlingen finns risk att man hamnar i det som kallas kaskadföreskrivning. Det är viktigt att vara medveten om dessa mekanismer och riskerna för att kunna förebygga dem.

Vi vet att njurfunktionen försämras med åren, att baroreflexen blir sämre m.m. Därför är det viktigt att regelbundet kontrollera eGFR samt blodtryck

i liggande och stående. Det gäller att tänka i förväg, att ligga steget före och justera läkemedelsbehandlingen i tid för att förebygga problem.

En del läkemedelsordinationer baseras på vikten, exempelvis DOAK, och därför behöver man följa vikten regelbundet. Det är också viktigt att signalera och förebygga undernäring vilket är ett vanligt tillstånd bland äldre patienter inom sjukvården. Det är angeläget att upptäcka undernäring hos de mest sköra äldre eftersom undernäringstillståndet leder till en försämrad livskvalitet. Vissa läkemedel så som smärtstillande (framförallt morfinbesläktade läkemedel), psykofarmaka (t.ex. antipsykotika, antidepressiva, lugnande och sömnmedel) samt blodtryckssänkande och andra läkemedel som används vid förekomst av hjärt-kärlsjukdom kan öka risken för fall, var observant på dessa. Symtom som yrsel, trötthet och förvirring kan uppstå som bieffekter av många läkemedel som idag används av äldre sköra patienter och som ökar risken för fallolyckor. Förutom att läkemedel kan vara en riskfaktor för fall hos äldre finns ett flertal faktorer som

## Att tänka på när du träffar en äldre skör patient



kaskadföreskrivning

Viktigt att göra regelbundet:

- Kontrollera njurfunktion (eGFR)
- Kontrollera blodtryck och puls i liggande/sittande och stående
- Följ vikten
- Beakta fallrisk och fallprevention
- Undvik långvarigt stillasittande
- Gör interaktionskontroll

**Start low, go slow!**



ökar risken för fallskada, till exempel nedsatt balans och muskelstyrka, lågt blodtryck/ortostatism, kognitiv svikt (förlängd reaktionstid) och nedsatt syn med mera. Glöm inte heller omgivningsfaktorer, till exempel dålig belysning, hala eller ojämna golv, olämpliga skor och olämpligt placerade mattor och möbler. Hälso- och sjukvårdspersonal bör alltid ställa sig frågan "Finns det risk för fall?" och vid redan uppkomna fall "Vad orsakade fallet?".

Det finns i dag stark evidens för att fysisk aktivitet är verksamt som komplettering till farmakologisk behandling eller enskild behandling vid flertalet diagnoser. Stillasittande är farligt, minsta rörelse är gynnsam. Det är tyvärr en ihärdig myt i samhället att äldre inte kan behöva träna längre, att de har jobbat sitt och nu "förtjänar" att ta det lugnt. Man gör kanske inte så som man gjorde vid 45 års ålder men äldre kan faktiskt mycket högt upp i åren förbättra sin kondition, styrka, balans och rörlighet vilket kan leda till en förbättrad livskvalitet. Långvarigt stillasittande (muskulär inaktivitet) är ett oberoende riskbeteende för ohälsa.

Multisjuka sköra äldre har ofta många läkemedel. Därför är det viktigt att göra en interaktionskontroll av alla läkemedel för att se att de fungerar ihop. Ibland kan man behöva justera någon dos eller byta administreringstid vilket oftast brukar vara C-interaktioner. När man inte rekommenderar en viss kombination är det ofta en D-interaktion. A och B interaktioner är många gånger inte kliniskt relevanta. Janusmed är ett bra verktyg för att snabbt få en bedömning av personens samtliga läkemedel. I journalen finns den som en interaktionsknapp även i Cosmic. Glöm inte att beakta interaktioner med receptfria läkemedel och naturläkemedel i kombination med förskrivna läkemedel.

## Exempel på uppdateringar i senaste versionen av behandlingsrekommendationer för de mest sjuka och sköra äldre:

Vi rekommenderar att ni läser kapitlet **Akut/kortvarig och långvarig icke malign smärta** som har flera uppdateringar bland annat:

### Akut/kortvarig nociceptiv smärta (= akut vävnadsskada)

- Långtidsbehandling med paracetamol ifrågasätts då studier inte visar bättre effekt än placebo och cox-hämmare lyfts fram.
- Ketoprofen topikalt (utvärtes behandling med gel) ger likvärdig smärtlindring som perorala COX-hämmare, men med mindre risk för systemiska biverkningar. Det är även lämpligt val om patienten står på trombocythämmare (ASA) då gelen inte påverkar blödningsrisken. Ibuprofen har mindre vetenskaplig dokumentation. Diklofenak är olämpligt på grund av miljörisker. Den taktila beröringen vid applikation har troligen betydelse, så insmörjningen bör ta några minuter. Observera att gelen kan ge hudbiverkningar vid solexponering.
- Opioider bör generellt enbart användas under en begränsad tid, max 1–5 dagar vid akuta skov av opioidkänslig smärta. Observera kontraindikationer. Den smärtlindrande effekten vid artros är inte bättre än för COX-hämmare och obetydligt bättre än placebo.

### Epilepsi

- Levetiracetam: Vid besvärande biverkningar kan dosen ökas med 125 mg per dag varje vecka upp till max 1500 mg/dag.

### Depression

- Skattningsskalor kan vara till hjälp, exempelvis GDS20 och PHQ9
- Litium serumkoncentrationen bör hållas vid 0,5–0,6 mmol/l och kontrolleras extra vid insättande av exempelvis diuretika
- Av SSRI-preparaten är paroxetin mer olämpligt på grund av större antikolinerg verkan och fluoxetin på grund av många interaktioner.

## Urinvägsinfektion

- Vid lindriga besvär, överväg expektans med smärtstillande behandling och ökat vätskeintag.
- Nitrofurantoin ska inte användas vid GFR under 45 ml/min. Enligt FASS kontraindicerat på grund av bland annat neurotoxicitet, men också osäker behandlingseffekt på grund av för låga urinkoncentrationer. Tidigare var gränsen GFR 40 ml/min.

## Hjärtsvikt

Den stora ändringen här är rekommendationen kring SGLT2-hämmare:

- HFrEF och HFmrEF: SGLT2-hämmare kan prövas för att minska hjärtviktsymptom för patienter som lider av detta. Effekten (såsom bättre ork och minskat ödem) brukar komma snabbt inom några dagar, utvärdera därför inom 1-2 veckor. Om ingen påtaglig symptomförbättring ses bör läkemedlet sättas ut igen. Tidigare kunde vi inte rekommendera SGLT2-hämmare till de äldre för att studierna var gjorda på unga och njurfriska
- HFpEF: SGLT2-hämmare kan prövas i utvalda fall
- Beakta SGLT2-hämmare och risk för normoglykem ketoacidosis. SGLT2-hämmare ger en avsiktlig glukosuri, vilket ökar risk för urogenitala infektioner både med svamp och bakterier. Dessa kan ge atypiska symptom samt orsaka delirium eller förvirring, även i frånvaro av feber och därför ha en negativ inverkan på livskvaliteten om de är återkommande. Betydelsen av detta bör inte underskattas och vägas in i bedömningen av nytta kontra risker av SGLT2-hämmare. SGLT2-hämmare ger osmotisk diures som kan påverka vätskestatus. Observans krävs därför vid samtidig behandling med andra läkemedel som kan orsaka volymförlust t.ex. diuretika och ACE-hämmare.
- Sätt ut SGLT2-hämmare vid risk för intorkning.

## Vitamin B12- och folatbrist

- Exempel på folsyrakällor: mörka bladgrönsaker och baljväxter och Vitamin B12 källor: Kött, lever, fisk, skaldjur, ägg, mjölk och ost
- Metformin, H<sub>2</sub>-antagonister och protonpumpshämmare kan medföra sämre upptag av B12. Tidigare nämndes bara metformin.
- Metotrexat och trimetoprim kan innebära risk för brist på folat
- Koncentration av fenytoin kan hos vissa patienter minska vid samtidig behandling med folsyra.
- Undernäring
- Nya gränser för undervikt. Tidigare BMI under 22, nu är det BMI under 20 vid 65 eller äldre och vid BMI under 22 vid 70 år eller äldre.
- Tillagt på energibehov: Proteinbehov 1,2-1,5 g/kg kroppsvikt

*Nadja Schuten-Huitink, specialist i allmänmedicin och Kristina Atternäs, klinisk apotekare*

# Att skriva recept vid IT-problem

Vid alla former av IT-störningar som gör att recept inte kan skickas till eller tas emot av apoteken som vanligt, behöver man i första hand överväga om patienten kan vänta på sitt läkemedel tills problemet är åtgärdat. Om behovet är mer akut än så beskriver den här lathunden hur man bäst går tillväga i några olika tänkbara situationer:

- 1. Regionens journalsystem ligger nere** (men internet och apotekens system fungerar)  
Använd i första hand Förskrivningskollen ([www.forskrivningskollen.se](http://www.forskrivningskollen.se)). Här kan man skicka elektroniska recept som fungerar precis som när det förskrivs från journalsystemet. Inloggning sker med SITHS-kort, arbetsplatskod behöver också anges. Observera att journalföring i ordinarie system måste ske i efterhand.
- 2. Regionens nätverk ligger nere** (men apotekens system fungerar)  
Använd i första hand pappersrecept. Telefonrecept ett alternativ men tar mer tid och är osäkrare. Arbetsplats- och förskrivarkod behövs för såväl pappers- som telefonrecept.
- 3. eHälsomyndighetens system ligger nere** (varken regionens eller apotekens system för recept fungerar)  
Recept kan varken skickas från förskrivare eller tas emot av apotek. Apoteken kan ha problem med att registrera pappersrecept och ta betalt enligt högkostnadsskydd. Vid akut



behov kontakta apoteket för telefonrecept. Överväg om jourdoser behöver/kan lämnas ut (som räcker tills systemen fungerar).

- 4. Internet ligger nere hos både region och apotek**  
Överväg utlämning av jourdoser. Kontakta i akuta fall apotek för lösning.

## Pappersrecept

- Beställs via [www.adda.se](http://www.adda.se)
- Klisteretiketter med förskrivarkod och arbetsplatskod obligatoriskt, beställs från samma ställe

## Hur hittar jag min arbetsplatskod och förskrivarkod?

### Arbetsplatskod

Obligatorisk för förskrivning inom högkostnadsskyddet. Kontakta Läkemedelsenhet Dalarna:

Telefon: 023- 49 09 76

E-post: [lakemedel.dalarna@regiondalarna.se](mailto:lakemedel.dalarna@regiondalarna.se)

(Om ni har förtryckta pappersrecept kan ni hitta koden där)

### Förskrivarkod

Personlig kod obligatorisk för receptskrivning. Utfärdas av Socialstyrelsen.

Kan erhållas via HoSp:

Telefon: 075-247 30 00

E-post: [hosp@socialstyrelsen.se](mailto:hosp@socialstyrelsen.se)

# Statistik för läkemedel på recept

Via eHälsomyndigheten har Läkemedelsenhet Dalarna tillgång till statistik över kostnader och volymer för läkemedel som förskrivs på recept. Läkemedelskommittén följer löpande utvecklingen både på regional och enhetsnivå. Statistiken är ett användbart verktyg för att få en uppfattning om följsamhet till läkemedelsrekommendationer och för att identifiera områden där insatser för att ändra förskrivningsmönster kan vara nödvändiga.

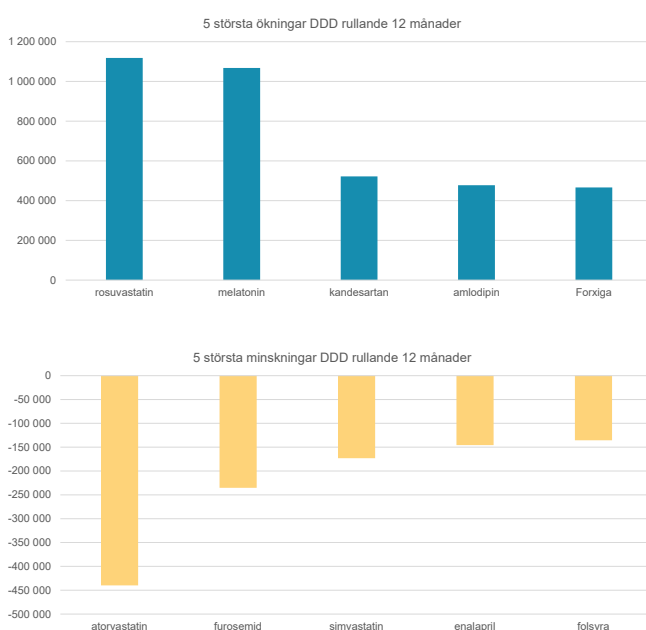
Generellt sett ökar både volymer och kostnader för läkemedel i regionen. Det har många orsaker, så som att vi har en åldrande befolkning och att nya läkemedel som kommer ut på marknaden ofta har ett högre pris än de redan befintliga. Vi följer i stort samma utveckling som resten av landet, men Dalarna tillhör en av de regioner som har lägst förmånskostnad per 1000 invånare om man justerar för att vi har en äldre befolkning än snittet.

## Volymen

Det vanligaste volymmåttet för läkemedel är DDD (definierad dygnsdos), ett mått som sätts av WHO på alla läkemedelssubstanser för att man ska kunna jämföra mängden av olika preparat

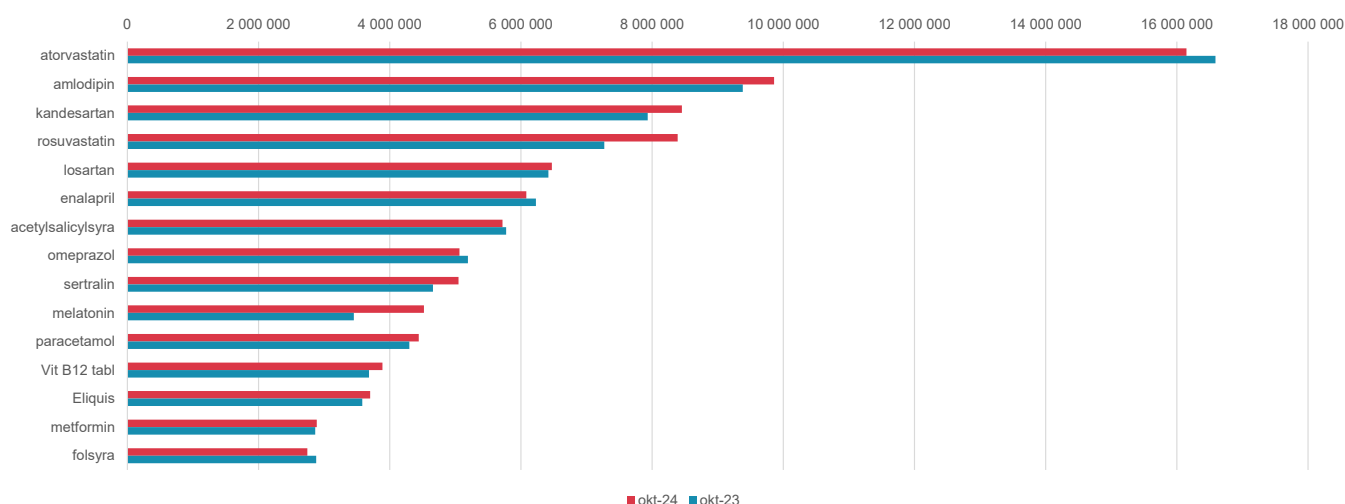
med olika styrkor och doseringar. I grafen längst ner presenteras de 15 till volym största läkemedlen som förskrivits från arbetsplatser i Dalarna till patienter folkbokförda i regionen det senaste året (till och med oktober 2024).

Följande preparat står för de fem största ökningarna respektive minskningarna i volym det senaste året:



*DDD för folsyra beräknad manuellt då WHO:s värde inte stämmer med svenska rekommendationer*

**Topp 15 volym (DDD) rullande 12 månader**  
Förskrivet i Dalarna till patienter folkbokförda i regionen



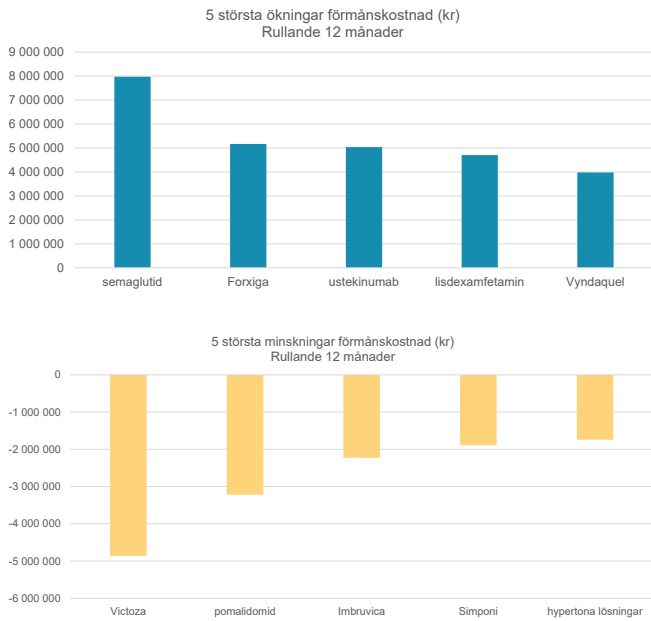
*DDD för folsyra beräknad manuellt då WHO:s värde inte stämmer med svenska rekommendationer*



## Kostnader

För läkemedel som förskrivs på recept betalar regionen förmånskostnad, det vill säga den del av kostnaden som patienten inte står för själv. I grafen längst ner presenteras de 15 till förmånskostnad största läkemedlen som förskrivits från arbetsplatser i Dalarna till patienter folkbokförda i regionen det senaste året (till och med oktober 2024).

Följande preparat står för de fem största ökningarna respektive minskningarna i förmånskostnad det senaste året:

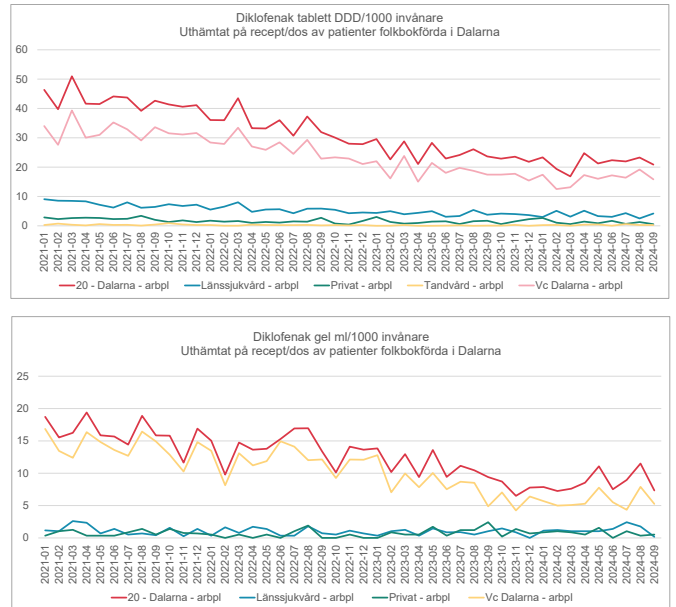


## Hur går det med Läkemedelskommitténs mål?

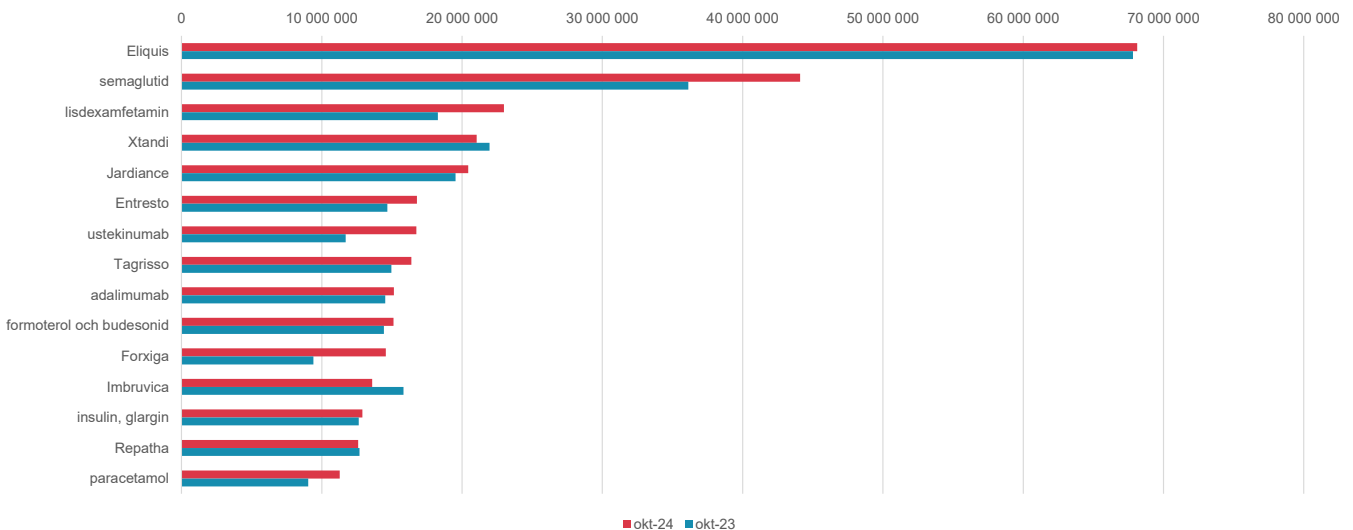
Läkemedelskommittén sätter varje år mål för att belysa områden där en förändring i regionens läkemedelsanvändning/-förskrivning är önskvärd. Du kan läsa mer om målen i *Wåra Läkemedel* nr 1 2024

### Mål: Ingen förskrivning eller egenvårdsrekommendation av diklofenak tabletter eller gel

Förskrivningen av både diklofenak tabletter och gel minskar i Dalarna och lägre än snittet för riket. I september hade dock totalt 156 000 tabletter och 29 liter gel diklofenak hämtats ut på recept förskrivet från arbetsplatser i Dalarna.



## Topp 15 förmånskostnad (kr) rullande 12 månader Förskrivet i Dalarna till patienter folkbokförda i regionen



## Mål: Minska förskrivningen av quetiapin till patienter > 75 år

Volymen quetiapin som hämtats ut av patienter > 75 år på recept förskrivet från Dalarna har minskat, men vi ligger fortfarande högst i riket. (Graf nedan.)

## Mål: Minska förskrivningen av zopiklon och zolpidem

Mängden zopiklon och zolpidem som hämtas ut på recept av patienter folkbokförda i Dalarna minskar. Det gäller främst recept som förskrivits från vårdcentraler. (Graf längst ned.)

## Mål: Öka andel recept PcV av luftvägsantibiotika till patienter ≥ 70 år

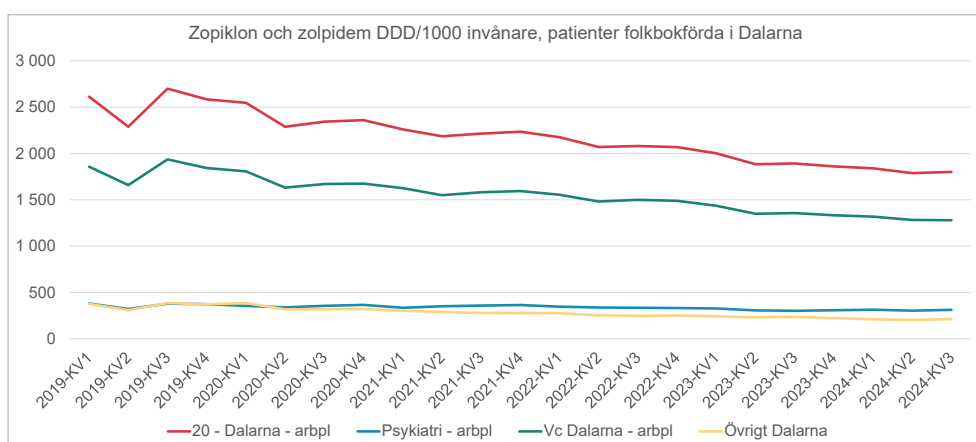
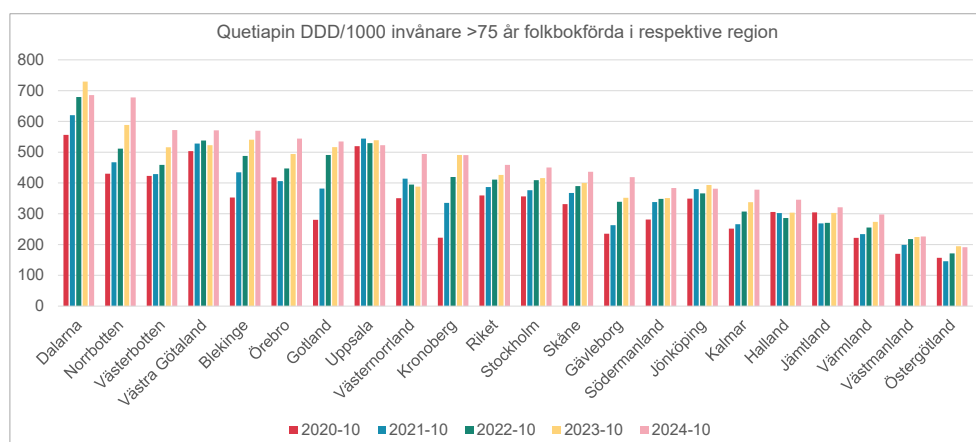
Följs via Medrave, ingen graf tillgänglig. An-

delen vårdcentraler som har över 70 % PcV till patienter > 70 år med diagnos pneumoni har ökat under året.

## Mål: Minska andel opioidbehandlade patienter med stor förskrivning av opioider, exklusive patienter med cancerdiagnoser

Följs via Medrave, ingen graf tillgänglig. Andelen opioidbehandlade patienter på vårdcentraler som har en stor förskrivning av opioider utan att ha en cancerdiagnos ligger relativt stabilt på ca 25 %.

Om du som till exempel verksamhetschef eller förskrivare är intresserad av särskild statistik för din enhet får du gärna kontakta oss på [lakemedel.dalarna@regiondalarna.se](mailto:lakemedel.dalarna@regiondalarna.se).



## Skriv ut Ozempic enbart till diabetiker

Semaglutid, där Ozempic ingår, är den substans som ökar mest i kostnad i Region Dalarna. Läkemedelskommittén påminner om att under rådande restsituation enbart förskriva Ozempic till diabetiker.

### Ett spartips:

Till patienter som ska ha Jardiance 10 mg, finns möjligheten för alla som kan tänka sig och klarar det, att dela tablett Jardiance 25 mg (SIC!). Det kräver kniv eller tablettdelare som köps på apotek då tabletten saknar skåra.

Region Västerbotten har gjort delningsstudier och konstaterat att det går bra utan förändrad farmakologi även om den anges som "ej delbar" i FASS. Eftersom priset är detsamma för 25 och 10 mg halverar en delning kostnaden.

# Jordgloben försvinner

## - hitta det du söker i Nätverksarbetsrum Läkemedel!

I TakeCare ligger nyttiga länkar som rör läkemedel och läkemedelsbehandling lättillgängligt under "Jordgloben". När vi går över till Cosmic kommer den funktionen att försvinna. För att du fortfarande ska kunna hitta de vanligaste och viktigaste dokumenten och sidorna inom området läkemedel, har vi skapat snabbänkar från Nätverksarbetsrum Läkemedel på INTRA.

Du hittar nätverksarbetsrummet genom att söka på "Läkemedel" på INTRA. Lägg gärna upp det som en favorit i din webbläsare, och kom ihåg att följa oss genom att klicka på stjärnan "Följ" längst upp till höger. Vi jobbar också för att få en snabbänk till sidan direkt från Cosmic.

The screenshot shows the INTRA web portal interface. At the top, there is a navigation bar with the INTRA logo and the text 'REGION DALARNA'. Below the navigation bar, there is a search bar containing the text 'Läkemedel'. The search results are displayed in a section titled 'Nätverksarbetsrum Läkemedel'. On the left side, there is a sidebar menu with various categories like 'Startsida Läkemedel', 'Gemensamt', 'Akutläkemedel, antidoter och depåförråd', etc. The main content area shows a 'Snabbänkar' (Quick links) section with a list of links, including 'AKUT BEHOV AV LÄKEMEDEL KVÄLL, NATT OCH HELG', 'Faxblankett rekvisition AKUT', 'Leta läkemedel (se även fliken Akutläkemedel och Depåförråd)', 'Aktuella läkemedel med leveranssäkerheter (restnoterade läkemedel)', 'KLAS (licensmotivering)', 'Terapirekommendationer', 'Förskrivningskollen', 'Beräkna medicinförbrukning', 'Ordningställande och administrering', 'Blandbarhet intravenösa läkemedel', and 'ePed'. Below the quick links, there is a 'Nyhetsflöde' (News feed) section.

## Mellansvenskt läkemedelsforum 2025

Mellansvenskt Läkemedelsforum anordnas av Läkemedelskommittéerna i Sjukvårdsregion Mellansverige. Programmet innehåller korta föredrag som utifrån aktuell evidensbaserad kunskap besvarar kritiska frågor av praktiskt värde för vården.

Vi belyser och diskuterar hur och när läkemedel kan användas på ett rationellt sätt. Målet är bättre beslutsunderlag vid förskrivning. [Anmäl dig här.](#)



# Frekventa frågor till farmaceuten

Kliniska apotekare i Region Dalarna svarar på konsultationsärenden i TakeCare, välj Läkemedelsavdelning som mottagare. Ärendena kan gälla läkemedelsfrågor såsom läkemedelsgenomgångar, läkemedelsbiverkningar, hitta lämpligt terapival eller huruvida läkemedel kan krossas/delas mer mera. Allmänna frågor kan även ställas till [lakemedel.dalarna@regiondalarna.se](mailto:lakemedel.dalarna@regiondalarna.se) eller på telefon 909 76.

### Fråga:

I FASS anges att behandling med metoklopramid tabletter ska ske om högst 30 mg per dag i som längst 5 dagar. Många patienter har behov av längre behandling än så. Vad finns för risker vid längre tids behandling?

### Svar:

2013 utredde EMA biverkningsriskerna för metoklopramid, vilket ledde till en ny dosrekommendation och behandlingstid för metoklopramid. Dosrekommendationerna sänktes till max 10 mg x3, då man inte sett ytterligare effekt på högre doser, men mer biverkningar. Indikationer som gastropares, dyspepsi m.fl. togs bort från produktinformationen, då man inte ansåg att nyttan övervägde risken för dessa indikationer.

Det är främst neurologiska biverkningar som extrapyramidala symtom man har sett. Extrapyramidala biverkningar är vanligast hos barn, och kommer oftast efter några doser. Dessa är generellt reversibla och försvinner vid utsättning. Hos vuxna har man sett en ökad risk för tardiv dyskinesi, som kan vara irreversibel. Risken för tardiv dyskinesi vid metoklopramidbehandling ökar med hög ålder, yngre patienter får det i mindre utsträckning. Risken för att utveckla tardiv dyskinesi och sannolikheten för att den kommer att vara irreversibel är korrelerad med behandlingens längd och den totala kumulativa dosen. Tiden till symtomdebut har varit allt från 4 veckor till 37 månader. Man anger i en databas risken för att utveckla tardiv dyskinesi till mindre än 1 %. I en studie har man beräknat 1 fall av tardiv dyskinesi på 2000-2800 behandlingsår. En nyare studie anger risken för tardiv dyskinesi till 0,1 % per 1000 patient-år vid metoklopramidbehandling.

Varför EMA har valt behandlingstid max 5 dagar är oklart, det finns inget vetenskapligt underlag som säger att fem dagar är en gräns efter vilken risker för biverkningar ökar markant. En annan fråga som flera gånger ställts till läkemedelsinformationscentraler är om uppehåll i metoklopramidbehandlingen minskar risken för svåra biverkningar och i sådana fall hur lång tid uppehållet ska vara. På den frågan finns inget svar att ge, man vet helt enkelt inte, inga studier finns på området.

