

REK-LISTA

REKOMMENDERADE
LÄKEMEDEL 2026



Rekommenderade läkemedel tas fram av Gotlands Läkemedelskommitté och innehåller rekommendationer kring våra vanligaste sjukvårdstillstånd hos vuxna i primärvården.

I år lyfter vi fram miljö- och klimatpåverkan av läkemedel men också levnadsvanor, icke-farmakologisk behandling och receptfria alternativ.

LÄKEMEDELSKOMMITTÉN 2026

Ordförande **Nils Block** (överläkare lung- & infektionskliniken), sekreterare **Emma Hargeby** (chefsapotekare), **Amanda Linell** (klinisk farmaceut) **Cecilia Endrell** (klinisk farmaceut), **Tobias Appelgren**, (överläkare vuxenpsykiatri), **Lena Jacobsson** (sjuksköterska hudmottagningen), **Gösta Malmer** (specialistläkare allmänmedicin VC Visby Norr), **Kerstin Ahlqvist** (medicinskt ansvarig sköterska Socialförvaltningen), **Nenad Petrovic** (överläkare lung- & infektionskliniken), **Helena Vlastos** (överläkare kirurgiska kliniken), **Magnus Lilja Lindström** (ST-läkare internmedicin) och **Vilhelm Bäcker-Lantz** (ST-läkare Visborg VC).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid		
3	MAGE OCH TARM	● 1:a handsval
4-5	DIABETES TYP 2	● 2:a handsval
6-12	HJÄRTA OCH KÄRL	● 3:e handsval
13	BLOD OCH BRISTTILLSTÅND	
13	OSTEOPOROS	
14-16	HUD	⚠ Försiktighet vid behandling av äldre personer
17	UROLOGI	
18-19	GYNEKOLOGI	
20-22	INFEKTION	rekv Rekvisition
23	NEUROLOGI	
24-25	SMÄRTA	M Intas tillsammans med mat
26-27	PSYKIATRI	F Intas skiljt från föda
28	ÖGON	S Får förskrivas av sjuksköterska med förskrivningsrätt på särskild indikation
29-31	ANDNINGSGORGANEN	Rf Receptfritt
32	NJURSVIKT, KRONISK	
33	ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL	
34	BYT LÄKEMEDEL - MILJÖ	
35	FÖREBYGG KAD-ASSOCIERAD UVI	

MAGE OCH TARM

Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD)

Råd: rökstopp, viktnedgång, minskat alkoholintag, höjd huvudända nattetid. PPI vid reflux, ulcussjukdom och vid ulcusprofylax. Beakta alarmsymtom, gör gastroskopi vid behov. Ompröva PPI inför receptförnyelse. PPI titreras ut, rekommendera då antacida vb. Helicobacter-eradikering endast vid konstaterad ulcussjukdom.

- **CaCO₃/Mg²⁺**

Novalucol ^{Rf} (ingår ej i förmån)

- **omeprazol** ^S

Omeprazol ^{Rf}

- **alginsyra, Al³⁺, Ca²⁺, Na⁺** ^S

Gaviscon ^{Rf} (ingår ej i förmån)

Funktionell dyspepsi

Dyspeptiska besvär är vanligen funktionella, endast en fjärdedel orsakas av organisk sjukdom. Undvik PPI som har blygsam effekt.

Förstoppning hos vuxna

Fysisk aktivitet och kost med högt fiberinnehåll. Motorikstimulerande kan användas långvarigt. Makrogol förstahandsval vid opiatbehandling. Prukaloamid vid otillräcklig effekt av annan laxantia, utvärdera efter fyra veckor.

- **makrogol** ^S

Movicol ^{Rf}

- **laktulos** ^S

Laktulos ^{Rf}

- **sterkulia** ^S

Inolaxol ^{Rf}

- **prukaloamid**

Resolor

- **loppfrön** ^S

Vi-Siblin ^{Rf}

- **natriumpikosulfat** ^S

Laxoberal - tilläggsbehandling ^{Rf}

Irritable bowel syndrome (IBS)

Råd: små portioner, fysisk aktivitet, stresshantering. IBS diarré: loperamid kan prövas. Smärtdominans: paracetamol eller amitriptylin prövas vid IBS-D. Kostanpassning via dietist.

Analbesvär

Smärta och klåda: Uteslut allvarlig sjukdom. Smärtlindra, motverka trög mage (fibertillskott) och rekommendera skyddande salva vid behov (t.ex. Inotyl). Undvik långvarig steroidbehandling då det kan tunna ut slemhinnan.

- **lidokain + hydrokortison** ^S

Xyloproct ^{Rf} (ingår ej i förmån)

DIABETES TYP 2

Levnadsvanor: balanserad kost, daglig motion, viktnedgång, rökstopp.

Fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten i upp till 48 timmar. Kondition och styrketräning 3 gånger i veckan sänker HbA1c med 6-9 mmol/mol.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid typ 2-diabetes: se efyss.se

Behandling av diabetes typ 2 ska individualiseras, både avseende blodsockermål, hälsoråd och läkemedelsval. Hänsyn tas till ålder, diabetesduration, BMI, njurfunktion, hjärt-kärlsjukdomar, övriga sjukdomar och risker för och vid hypoglykemier.

Målvärde för HbA1c vid diabetes typ 2 är < 52 mmol/mol, anpassas individuellt. För nydiagnosticerad kan målvärde 42-48 mmol/mol övervägas. För svårt sjuka och äldre kan högre målvärde, HbA1c < 70 mmol/mol, accepteras eftersom det minskar risk för hypoglykemier och ofta ger ökad livskvalitet.

Grundbehandling

Levnadsvanor: balanserad kost, daglig motion, viktnedgång, rökstopp

● **metformin**

Metformin

● **SGLT2-hämmare**

Jardiance/Forxiga

Metformin är förstahandsval och bör erbjudas alla patienter vid diagnos. Starta med 500 mg x 1, dosöka långsamt till högst 1 g x 2. **Informera om risk vid vätskebrist. Ska sättas ut vid risk för vätskebrist och ofta inför kontrastströmten.** Om kontraindikation mot metformin (**nedsett njurfunktion**, annan organskada, hög ålder), se tabell till höger för alternativ. Vid njursvikt (eGFR 20-60 eller alb/krea > 3), hjärtsvikt eller arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom är SGLT2-hämmare tillsammans med metformin basbehandling.

Om blodsockermål inte nås med ändrade levnadsvanor, viktnedgång och metformin får ställningstagande tas till kompletterande läkemedelsbehandling. Till höger är förslag till hur behandling kan se ut. All behandling ska utvärderas senast 3-6 mån efter insättning. Om HbA1c-sänkning eller annan önskad effekt inte uppnås med insatt läkemedel ska behandlingen avslutas.

När blodsockermål inte nås

Ingen svår samsjuklighet	Mest sjuka äldre /eGFR <20	Njursvikt (eGFR 20-60)	Fetma (BMI>30) /manifest hjärt-kärlsjukdom
● repaglinid Repaglinid	● DPP4-hämmare Sitagliptin/ Trajenta	● repaglinid Repaglinid	● SGLT2- hämmare Jardiance/Forxiga
● sitagliptin Sitagliptin		● GLP1-analog Veckoberedning: Ozempic/Trulicity Liraglutid (biosimilar)	● GLP1-analog Veckoberedning: Ozempic/Trulicity Liraglutid (biosimilar)
● NPH Insulin Humulin	● NPH Insulin Humulin		

Repaglinid tas strax före måltider. Manifest hjärt-kärlsjukdom innebär angina pectoris, genomgången hjärtinfarkt, stroke/TIA och perifer artärsjukdom. Kombinera inte repaglinid med insulin!

SGLT2-hämmare ska sättas ut vid risk för vätskebrist. Observera risker för ketoacidosis. SGLT2-hämmare har blodsockersänkande effekt ned till 45 ml/min men har därefter även indikation njursvikt med albuminuri > 3 mg/mmol och kan nysättas ner till 20 ml/min.

GLP-1-analoger ska utvärderas efter 3 månader och sättas ut efter 6 månader om inte HbA1c reducerats med > 10 mmol/mol. Stärkt indikation om viktreduktion 5% eller mer. Vid nysättning GLP1-analog rekommenderas veckoberedning. Kombinera inte GLP-1-agonist med DPP4-hämmare.

I tredje hand: Insulinanaloger

Långverkande

● **insulin glargin**

Abasaglar, Toujeo

Insulin glargin kan övervägas om nattliga hypoglykemier eller då dygnsbehovet inte täcks av humaninsulin.

Direktverkande

● **insulin lispro**

Humalog Insulin lispro, (Sanofi, ej för nysättning)

● **insulin aspart**

Fiasp Insulin aspart, (Sanofi, ej för nysättning)

HJÄRTA OCH KÄRL

Hälsosamma levnadsvanor (rökstopp, fysisk aktivitet, balanserad kost, viktnedgång om övervikt, samt minskad alkoholkonsumtion) är basbehandling för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom.

Se efyss.se för rekommenderad fysisk aktivitet

Hypertoni

- Inled behandling med två läkemedel direkt (undantag äldre/sköra och personer med systoliskt blodtryck <150 mm Hg vid diagnos).
- Kombinationspreparat (ACE-hämmare/ARB + diuretika/kalciumflödeshämmare) är att föredra för ökad följsamhet vid behandling med multipla preparat.
- Sträva mot att uppnå behandlingsmål inom 3 månader.
- Uppmuntra till egenkontroller med hembloodtrycksmätning.
- Hypertoni vid diabetes mellitus bör i första hand behandlas med ACE-hämmare eller ARB.
- För stöd i riskskattning och delat beslutsfattande vid primärprevention, se decisionaid.ca/cvd

Angiotensinreceptorblockerare (ARB)

● **kandesartan**

eller

● **losartan**

ACE-Hämmare

● **enalapril**

● **ramipril**

Kalciumantagonist

● **amlodipin**

● **lerkanidipin**

Lerkanidipin kan övervägas som alternativ till amlodipin vid biverkan i form av ankelödem men dokumentationen avseende kardiovaskulära utfall är mer begränsad.

Diuretika

● **bendroflumetiazid**

● **hydroklortiazid**

Beakta risk för hypokalemi och hyponatremi. Bör undvikas vid gikt.

Den diuretiska effekten avtar redan vid måttlig njurfunktionsförsämring (eGFR <60 ml/min/m²). Vid eGFR <30 ml/min/m² föreslås byte till loopdiuretikum.

Tilläggsbehandling:

Mineralkortikoidreceptorantagonist (MRA)

● **spironolakton**

Mer effektivt än andra tillägg mot terapiståligt hypertoni.

Betablockerare

● **metoprololsuccinat**

Ej förstahandsval vid isolerad hypertoni. Kan övervägas som tillägg vid samtidig rytmrubbning, hjärtsvikt eller migrän.

Förmaksflimmer, förmaksfladder

Ta ställning till antikoagulantia. Val mellan frekvensreglering/rytmreglering styrs av symptom.

Tromboemboliprofylax

Använd riskskattning med CHA₂DS₂-VA för ställningstagande till antitrombotisk behandling. Åtgärda riskfaktorer för blödning.

Direktverkande faktor Xa-hämmare (DOAK)

● **apixaban**

Apixaban är minst njurfunktionsberoende för sin eliminering bland aktuella DOAK. Vid eGFR <15 ml/min, diskutera med njurspecialist.

Direktverkande Trombinhämmare (DOAK)

● **dabigatran**

Alternativ vid risk för läkemedelsinteraktioner. Kontraindicerat vid eGFR <30 ml/min. Kan numera dosdispenseras.

Antivitamin K-läkemedel

● **warfarin**

Warfarin är förstahandsval för patienter med mekanisk klaff eller signifikant mitralisstenos.

Frekvensreglering

● **bisoprolol**

● **metoprololsuccinat**

Vid otillräcklig effekt av betablockad, överväg tillägg av

● **digoxin**

● **verapamil**

Kontrollera koncentration av digoxin vid behov, speciellt vid nedsatt njurfunktion. Vid kombinationsbehandling med betablockerare risk för bradykardi. Rådgör med kardiolog.

Rytmreglering

Vid symtomatiskt förmaksflimmer/-fladder bör elkonvertering, antiarytmika och ablation övervägas. Detta styrs via specialistvården och ska helst initieras tidigt i sjukdomsförloppet.

Hjärtsvikt

Behandlingsrekommendationen delas in beroende på vänsterkammarens ejectionsfraktion (EF). Som regel bör insatt hjärtsviktbehandling fortsätta även vid normalisering av EF.

Bevarad systolisk vänsterkammarfunktion, HFpEF (EF \geq 50 %)

Optimera medicinsk behandling av underliggande komorbiditet. Diuretika vid behov mot vätskeretention.

● **dapagliflozin** *eller* **empagliflozin** (båda med måldos 10 mg)

Lätt nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion, HFmrEF (EF 41–49 %)

HFmrEF betraktas som en form av nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion varför samtliga basläkemedel som rekommenderas vid HFrfEF ska övervägas.

Nedsatt systolisk vänsterkammerfunktion, HFrEF (EF \leq 40 %)

Vid diagnos HFrEF ska samtliga basläkemedel insättas i lågdos och upptitreras till måldos eller högsta tolerabla dos. Eplerenon medför lägre risk för gynekomasti än spironolakton.

Basbehandling (alla HFrEF)

- **enalapril/ramipril**
eller
- **kandesartan**
(måldos 32 mg)

- **metoprololsuccinat**
(måldos 200 mg)
eller
- **bisoprolol**
(måldos 10 mg)

- **spironolakton**
(måldos 50 mg)
eller
- **eplerenon**
(måldos 50 mg)

- **dapagliflozin**
(måldos 10 mg)
eller
- **empagliflozin**
(måldos 10 mg)

Terapisvikt basbehandling

*Ställningstagande hos
hjärtsviktsspecialist:*

Byte ACE-hämmare/ARB
till ARNI*

- **sacubitril/valsartan**
(måldos 97/103 mg x 2)

Vid fortsatt symtomgivande
hjärtsvikt överväg remiss
hjärtmottagningen.

Tilläggsbehandling

Diuretika vid
vätskeretention
● **furosemid**

Järnsubstitution
(S-ferritin <100
mikrog/l eller
S-ferritin 100-
299 mikrog/l
och
P-transferring-
mättnings <0,2)

- **järnkar-
boxymaltos**
Ferinject (rekv)

Överväg digitalis
vid förmaks-
flimmer.

* ARNI, sakubitril+valsartan (Entresto): Istället för ACE-hämmare/ARB vid otillräcklig effekt, alternativt som förstahandspreparat hos hjärtsviktsspecialist. Behandlingen initieras hos hjärtsviktsspecialist, men uppföljning av välinställd patient kan ske inom primärvården.

Perifer artärsjukdom

Lipidsänkande behandling

Se separat kapitel. Målvärde LDL <1,4.

Blodtryckssänkande behandling

Vid perifer artärsjukdom gäller samma behandlingsstrategi och blodtrycksmål som för övriga patienter undantaget kritisk ischemi, där snabb/kraftig blodtryckssänkning kan öka symtom.

Vid perifer artärsjukdom ska ACE-hämmare eller ARB övervägas som förstahandsmedel.

Vid samtidig diabetes mellitus typ 2

SGLT2-hämmare/GLP-1-analoger rekommenderas, se separat kapitel om diabetesbehandling.

Trombocythämmande läkemedel

Till samtliga patienter med symtomatisk perifer artärsjukdom.

● **acetylsalicylsyra**

● **klopidogrel**

Stabil angina pectoris, symtomatisk behandling

Anfallskuperande behandling vid behov

● **glyceryltrinitrat**

Nitrolingual spray, för snabb symtomlindring.

Suscard buckaltablett, långverkande situationsprofylax.

Anfallsförebyggande behandling

● **metoprolol(-succinat)**

● **isosorbidmononitrat**

● **bisoprolol**

● **amlodipin**

Lipidsänkande behandling

Konditionsträning kan förbättra lipidvärden.

Behandlingsmål LDL vid primärprevention

För stöd i riskskattning och delat beslutsfattande vid primärprevention, se decisionaid.ca/cvd

Behandlingsmål LDL vid sekundärprevention

Se kapitel "Hyperlipidemi" på VISS.

Rekommenderade läkemedel

● atorvastatin

● rosuvastatin

● ezetimib

● simvastatin

I första hand atorvastatin i lägre dos, (10–20 mg/dag). Högre dos till patienter med mycket hög risk, till exempel vid sekundärprevention efter hjärtinfarkt, stroke eller annan signifikant aterosklerotisk sjukdom. Tillägg av ezetimib kan ske direkt vid sekundärprevention om första LDL >3,0 mmol/l.

PCSK9-hämmare initieras via internmedicin om ytterligare behov av lipidsänkande terapi.

Sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom

Trombocythämmare

● acetylsalicylsyra

● klopidogrel

Lipidsänkande behandling

Se separat avsnitt, behandla som hög risk. LDL-mål <1,4.

Betablockerare

● metoprololsuccinat

Efter hjärtinfarkter med bevarad systolisk vänsterkammerfunktion där inga andra indikationer för betablockad finns, förefaller det säkert att avstå behandling med betablockad.

ACE-hämmare

Vid nedsatt vänsterkammerfunktion, diabetes mellitus eller hypertoni.

● **enalapril**

● **ramipril**

Mineralkortikoidreceptorantagonist (MRA)

Vid hjärtsvikt efter hjärtinfarkt överväg.

● **eplerenon**

● **spironolakton***

Beakta risk för hyperkalemi (lätt förhöjt och stabilt P-Kalium upp till 5,5 mmol/l kan ofta tolereras).

*Risk för gynekomasti som är reversibel vid kortare tids användning.

Vid samtidig diabetes mellitus typ 2

SGLT2-hämmare och/eller GLP-1-analoger rekommenderas, se separat avsnitt.

Venös tromboembolisk sjukdom (VTE)

Handläggning, dosering och behandlingstid vid VTE sker i regel inom slutenvård eller i samråd med specialist. Venös tromboembolisk sjukdom (oftast DVT eller lungemboli) behandlas i första hand med apixaban. Lågmolekylärt heparin (Dalteparin) kan vara aktuellt i akutskedet, vid utbredd eller komplicerad VTE, vid ökad blödningsrisk eller inför behandling med dabigatran.

Rekommenderade läkemedel

● **apixaban**

● **dalteparin**

● **dabigatran**

● **warfarin**

Dabigatran är alternativ till apixaban vid biverknings- eller interaktionsproblematik.

Warfarin rekommenderas vid mekanisk hjärtklaffprotes, GFR <15 ml/min eller antifosfolipidsyndrom. Vid insättning av warfarin krävs parallell behandling med lågmolekylärt heparin i minst 5 dagar och tills terapeutiskt PK(INR) 2,0–3,0.

Insättning av antikoagulantia vid VTE rapporteras till AK-mottagningen för uppföljning.

BLOD OCH BRISTTILLSTÅND

Tillskott ges vid fastställd brist. Se över kostvanor. Intravenöst järn ska endast övervägas när peroral behandling inte fungerar. Folsyra ges profylaktiskt inför och under graviditet t.o.m. vecka 12. D-vitaminbrist (< 25 nmol/L) bör behandlas. Välj kombinationspreparat kalk + D-vit, vid samtidigt lågt kalciumintag.

Järnbrist

● **järnsulfat**

Duroferon ^{Rf, F} (ingår ej i förmån)

● **järnkarboxymaltos**

Ferinject ^{rekv}

B12-brist, Folatbrist

● **cyanokobalamin**

Betolvex

● **folsyra**

folsyra

D-vitaminbrist

● **kolekalciferol**

kolekalciferol

800E alt. 2000E

OSTEOPOROS

Balansträning minskar risken för fall och muskelstärkande i kombination med skelettbelastande fysisk aktivitet stärker skelettet.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid osteoporos: efyss.se

Råd om levnadsvanor på 1177.se. Frakturrisik bedöms med hjälp av FRAX-verktyg. Kunskapsstöd: viss.nu samt Docpoint: Osteoporos snabbguide för primärvården och Vårdprogram. Bisfosfonater: Kontraindikation GFR < 35 ml/min. Perorala bisfosfonater OBS! administrationsråd och kontraindikationer! Denosumab: när behandling med zoledronsyra inte är möjlig t ex nedsatt njurfunktion. Tillsvidarebehandling rekommenderas. Kalcium och D-vitamin ges med skelettspecifik behandling, ej i monoterapi.

Skelettspecifik behandling

● **zoledronsyra**

Zoledronic Acid Oresund Pharma ^{rekv}

● **alendronsyra**

Alendronat, veckotablett ^F

● **denosumab**

denosumab ^{rekv}

Kalk-D-vitamin-kombination

● **kalciumkarbonat + kolekalciferol**

Kalcipos-D forte

HUD

Torr hud och Eksem

Mjukgörare ska förskrivas med subvention endast till patienter med eksem, psoriasis eller iktyos. Övriga patienter hänvisas till egenvård. Tillägg av mjukgörare ger bättre resultat än enbart lokalt kortison vid behandling av eksem. Aktiv eksembehandling: i första hand grupp II-III-steroid, beroende på svårighetsgrad. Grupp III-steroid ex: 1 gång/dag i 3-4 veckor (tills rodnad och klåda försvunnit), därefter nedtrappning till två gånger per vecka. Vid recidiverande eksem kan underhållsbehandling 2 ggr/vecka minska det totala kortisonbehovet. Använd grupp I steroid i ansikte och hudveck. Vid terapivikt, framför allt vid eksem i ansiktet eller hudveck, är topikal kalcineurinhämmare (takrolimus/Protopic) ett alternativ som ej ger hudatrofi. Observera att antihistamin inte har någon effekt vid atopiskt eksem.

grupp I-milda

● **hydrokortison** ^S

Hydrokortison ^{Rf}

Mildison Lipid ^{Rf}

grupp II-medelstarka

● **hydrokortisonbutyrat** ^S

Locoid

● **klobetason** ^S

Emovat

grupp III-starka

● **betametason** ^S

Betnovat

● **mometason** ^S

Ovixan

grupp IV-extra starka

● **klobetason**

Dermovat

mjukgörare

● **karbamid** ^S

Canoderm ^{Rf}

● **glycerol** ^S

Miniderm ^{Rf}

● **propylenglykol** ^S

Propyless ^{Rf}

kalcineurinhämmare

● **takrolimus**

Protopic

Rosacea

Lindrig-medelsvår: azelainsyra. Om azelainsyra inte tolereras: metronidazolkräm.

Medelsvår-svår: ivermektin.

Vid svårare fall ges kapsel lymecyklin 300 mg x 2 i 3 månader, i kombination med lämplig lokalbehandling. Antibiotika kan upprepas en gång.

● **azelainsyra** ^S

Finacea

● **metronidazol**

Rozex ^{Rf}

● **ivermektin**

Soolantra

● **lymecyklin**

Tetralysal

Akne

Regelbunden behandling med förstahandsmedlen i flera månader behövs för effekt. **Komedoakne:** adapalen. **Papulopustulös akne:** Börja med adapalen/bensoylperoxid (Epiduo). Vid otillräcklig effekt tillägg av lymecyklin (i 3 mån), kombineras alltid med adapalen eller adapalen/bensoylperoxid. Antibiotika kan upprepas en gång. Lokalbehandling mellan kurerna. Remiss till specialist om behov av ytterligare behandlingsomgångar. Om p.o terapi olämplig eller ej tolereras kan bensoylperoxid + klindamycin (Duac), eller tretinoin + klindamycin (Acnatac) prövas i 3 mån. **Nodulocystisk akne och/eller ärrbildande:** Remiss direkt till specialist, men sätt alltid in lymecyklin + lokalbehandling.

- **adapalen**^S

Differin

- **adapalen+bensoylperoxid**^S

Epiduo

- **bensoylperoxid+klindamycin**

Duac (ingår ej i förmån)

- **lymecyklin**

Tetralysal

Psoriasis

Konditionsträning kan minska svårighetsgraden av psoriasis.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid psoriasis: cfyss.se

- **Salicylsyra 5% i Decubalkräm**

För avfjällning. Inmasseras på plack, verkar över natten, gnugga/kamma bort fjäll och tvätta bort.

- **Grupp II-IV-steroid**

se under Eksem. Vid psoriasis krävs inte sällan en mer potent steroidbehandling på kroppen. Till hudveck: grupp I-II steroid. Till ansikte:

mild steroid. Vid terapivikt av grupp I-steroid i ansiktet kan behandling med kalcineurinhämmare Protopic eller Elidel prövas från 2 års ålder, ger ej hudatrofi.

- **kalcipotriol+betametason**

Daivobet salva/gel. Initialt en gång dagligen i upp till 4 veckor, därefter utglesning. Underhållsbehandling 2-3 gånger/vecka till utläkning.

Mjällleksem

Aktiv behandling, se nedan för preparat. Efter aktiv behandling förebyggande med mjukgörare och ev. receptfria schampon (låt verka i 5 min) 1-2 gånger/vecka.

- **ketokonazol**^S

Ketokonazol schampo ^{Rf}

- **mikonazol+hydrokortison**

Cortimyk ^{Rf}

- **betametason**

Betnovat lösning/emulsion

Impetigo

Börja med noggrann rengöring med tvål och vatten i en vecka, se till att krustor är uppblöta. Kompletterande behandling med klorhexidininlösning. Vid läkemedelsbehov, odla inför insättning av fucidin och på remissen begärs resistensbestämning mot fucidin.

● **fucidin**

Fucidin (ingår ej i förmån)

● **flukloxacillin**

Flukloxacillin

Svampinfektioner

Vid rena jästsvampsinfektioner i exempelvis hudveck (intertrigo) eller underliv pröva receptfritt Canesten eller annat lokalt imidazolpreparat. Vid klåda eller irritation Cortimyk. Vid infektion med trådsvamp samt ljums- och fotsvamp ges terbinafin kräm eller Cortimyk. Vid utbredd hud- eller nagelsvamp krävs positiv odling innan peroral behandling. Obs biverkningsrisk!

Nagelsvamp är främst ett kosmetiskt problem. Amorolfin nagellack kan provas.

● **klotrimazol**^S

Canesten^{Rf} (ingår ej i förmån)

● **terbinafin**^S

Terbinafin kräm^{Rf}

● **mikonazol + hydrokortison**^S

Cortimyk^{Rf}

Urtikaria

Vid kronisk urtikaria är det vedertaget att vid behov öka dosen av desloratadin till upp till fyra gånger standarddosen (ange "OBS!" på receptet).

● **desloratadin**

Desloratadin^{Rf}

Aktinisk keratos

Stansbiopsi bör övervägas vid osäker klinisk diagnos, terapivikt, tjocka, ömmande eller såriga förändringar där övergång till skivepitelcancer kan misstänkas. 5-fluorouracil (Tolak) används vid enstaka aktiniska keratoser eller vid fältbehandling- ex: hel panna/hjassa. Smörj hela området 1g/dag i 4v. Vid ovanpåliggande hyperkeratos förbehandla med karbamid i 1-2 veckor.

● **fluorouracil**

Tolak

● **imikvimod**

Aldara

UROLOGI

Blåsrubbning

Oavsett inkontinensstyp minskas antalet inkontinensepisoder av kombinerad bäckenbottenträning och fysisk aktivitet. **Läs mer:** nikola.nu

Vid träningsproblematik rek i första hand förändrade levnadsvanor (viktminskn. om övervikt), se över vätskeintag. Blås- och bäckenbottenträning. Överväg remiss till uroterapeut.

Därefter kan läkemedelsbehandling övervägas, effekten är marginell. Se över behov av lokal östrogenbehandling hos postmenopausala kvinnor.

Risk för urinstämna finns vid samtidiga obstruktiva besvär och resturin bör kontrolleras före behandlingsstart.

● **solifenacin** ⚠
Solifenacin

● **tolterodin** ⚠
Tolterodin

Benign prostatahyperplasi

Alfuzosin förbättrar tömningssymtom hos 75 % av patienterna. Observera risk för hypotoni och yrsel varför behandling i första hand initieras till kvällen.

Om otillräcklig effekt av alfuzosin och samtidig prostataförstoring kan tillägg av finasterid göras. Med anledning av svårighet att palpatoriskt värdera indikation (prostatastorlek > 40 ml), risken för biverkan med irreversibel potensnedsättning och risk att förhöjt PSA sekundärt till malignitet maskeras, rekommenderas i första hand att behandling startas av urolog.

PSA bör kontrolleras vid behandlingskrävande vattenkastningsbesvär som inte är akuta (tex uvi, prostatit). Om PSA är förhöjt (se SVF-gränser) ska remiss ställas till urolog. Detta gäller även om PSA stigit påtagligt sedan tidigare utredning av urolog. Efter behandlingsstart med finasterid bör PSA-nivån halveras efter ca 6 månader i annat fall ska remiss ställas till urolog för att utesluta prostatacancer.

● **alfuzosin**
Alfuzosin

GYNEKOLOGI

Gynekologiska infektioner

Flukonazol peroralt i engångsdos är effektiv behandling mot candidavaginit och bör övervägas vid recidiverande besvär. Vid graviditet ges klotrimazol. Recidiverande bakteriell vaginos eller bakteriell vaginos under graviditet bör remitteras till gynnottagning.

Candidavaginit

● **flukonazol**

Diflucan Engångsdos 150 mg

● **klotrimazol**

Canesten ^{Rf} (ingår ej i förmån)

Bakteriell vaginos

● **dekvalinium**

Donaxyl ^{Rf}

● **klindamycin**

Dalacin vagitorum

Dysmenorré

Regelbunden fysisk aktivitet minskar smärtan med 25% jämfört med ingen träning.

Fysisk aktivitet som smärtlindring: sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/traning-for-att-lindra-primar-dysmenorre

Många gånger har lokalt gestagenskydd för endometriet med hormonspiral fördelar. Om det blir aktuellt får kontakt med gynnottagning/ungdomsmottagning tas för bedömning och applikation.

● **naproxen** ^S

Naproxen ^{Rf}

Riklig menstruation

● **tranexamsyra**

Tranexamsyra ^{Rf}

Övergångsbesvär

Motion 3 gånger/vecka minskar vallningar och ökar livskvaliten.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid övergångsbesvär: efyss.se

Sekventiell behandling (kontinuerligt östrogen i kombination med 12-14 dagar perioder gestagen) rekommenderas före och under 1 år efter menopaus såvida patienten inte använder hormonspiral. Därefter kan övergång till kontinuerlig östrogen-gestagenbehandling ske.

Efter hysterektomi ges enbart östrogenpreparat.

Hormonspiral rekommenderas som gestagenskydd vid övergångsbesvär vid samtidig systemisk östrogenbehandling. Förskrivs av läkare och sätts in av barnmorska/läkare.

Sekventiell behandling

● **estradiol + noretisteron**

Novofem

● **estradiol + noretisteron**

Femasekvens

Kontinuerlig kombinerad behandling

● **estradiol + noretisteron**

Activelle

● **estradiol + medroxiprogesteron**

Indivina

Individuell kombination östrogen + gestagen

Många gånger har lokalt gestagenskydd för endometriet med hormonspiral fördelar. Om det blir aktuellt får kontakt med gynnottagning tas för bedömning och applikation.

● **estradiol**

Femanest

● **medroxiprogesteron**

Provera

● **levonogestrel**

Mirena

Slemhinnebesvär

Sveda, trängningar, läckage och återkommande urinvägsinfektioner efter menopaus förebyggs och behandlas i första hand lokalt med Ovesterin. Till patienter som inte önskar lokal hormonbehandling finns Replens vaginalgel som alternativ.

● **estriol**

Ovesterin S, Rf

● **estradiol**

Oestering, vaginalinlägg S

● **estradiol**

Vagidonna/Vagirux (ingår ej i förmån)

INFEKTION

Antibiotika ska användas på rätt indikation för att undvika resistensutveckling. Glöm inte relevanta odlingar inför insättning av antibiotika och eventuell anpassning av dosen till nedsatt njurfunktion. Observera att "I" enligt SIR-systemet betyder känslig med hög dos antibiotika. Kontakta infektionsjour vid avvikande resistensmönster. För detaljerade behandlingsrekommendationer hänvisas till FoHM, STRAMA, SILF, RAF/RAV och Läkemedelsverket.

Luftvägsinfektioner

Akut mediaotit (AOM)

Se STRAMA's *Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård*.

● **fenoximetylpenicillin**

1,6 g x 3 i 5 dygn

● **amoxicillin**

750 mg x 3 i 10 dygn vid terapisivikt med PcV

Akut streptokocktonsillit

Diagnosen verifieras före behandling (snabbtest om ≥ 3 positiva centorkriterier - beakta immunsuppression/graviditet eller tidigare svår GAS-infektion). Resistens mot penicillin förekommer ej hos grupp A/C/G-streptokocker.

● **fenoxymetylpenicillin**

800 mg x 4 i 5 dygn i avsaknad av allvarlig underliggande sjukdom, graviditet eller immunmodulerande behandling alt. 1 g x 3 i 10 dygn

Vid recidiv inom fyra veckor:

● **klindamycin**

300 mg x 3 i 10 dygn

Akut maxillarsinuit

I första hand expektans. Om symptom >10 dagar kan behandling övervägas.

● **fenoxymetylpenicillin**

1,6-2 g x 3 i 7 dygn

● **doxycyklin**

200 mg x 1 i ett dygn, därefter
100 mg x 1 i sex dygn

Akut bronkit

Lungfriska patienter med akut bronkit ska ej antibiotikabehandlas oavsett etiologi.

Pneumoni

● **fenoxymetylpenicillin**

1 g x 3 i 7 dygn (max 1 g x 3)

Med underliggande KOL:

● **amoxicillin**

750 mg x 3 i 7 dygn

Vid PC-allergi eller stark misstanke om mykoplasmapneumoni:

● **doxycyklin**

200 mg x 1 i ett dygn, därefter 100 mg x 1 i sex dygn

KOL-exacerbation

● **amoxicillin**

750 mg x 3 i 5-7 dygn
(betänk dock resistens mot H influenzae)

● **doxycyklin**

200 mg x 1 i 3 dygn, därefter
100 mg x 1 i 2-4 dygn

Resistens förekommer, sputumodling rekommenderas.

Influensa

Avseende vaccination, se Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Behandling rekommenderas vid kraftig allmänpåverkan, behov av slutenvård och till riskgrupper; bör övervägas vid influensasymtom i slutenvård/omsorg; kan övervägas till personer i nära kontakt med medicinsk riskgrupp. Postexpositionsprofylax rekommenderas till riskgrupper; bör övervägas till samtliga som vårdas i slutenvårds-/omsorgsenhet med pågående smittspridning; kan övervägas till personer i nära kontakt med medicinsk riskgrupp. Både behandling och profylax startas så tidigt som möjligt och oberoende av vaccinationsstatus.

Influensa A/B

Behandling:

● **oseltamivir**

75 mg x 2 i 5 dygn

Profylax:

● **oseltamivir**

75 mg x 1 i 10 dygn

Covid 19

Avseende vaccination, se Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Behandling med nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) kan övervägas vid verifierad diagnos inom 5 dagar från symtomdebut (beakta behandlingsindikation, njur- & leverfunktion och läkemedelsinteraktioner). För fler detaljer se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation och RAV.

Hud- och mjukdelsinfektioner

Erysipelas

● **floxymetylpenicillin**

1 g x 3 i 10 dygn (2 g x 3 vid vikt >90 kg)

Vid PC-allergi:

● **klindamycin**

300 mg x 3 i 10 dygn

Sårinfektioner

Incision är den viktigaste åtgärden vid abscess!

- **flukloxacillin**

1,5 g x 3 i 7 dygn

Herpes zoster

Personer över 50 års ålder samt personer med komplicerad sjukdom bör behandlas.

- **valaciklovir**

500 mg, 2 x 3 i 7 dygn

Infekterade brett

Katt:

- **fenoxymetylpenicillin**

1 g x 3 i 10 dygn (2 g x 3 vid vikt > 90 kg)

Hund eller människa:

- **amoxicillin + klavulansyra**

500 mg x 3 i 10 dygn

Borrelia

Solitärt erythema migrans:

- **fenoxymetylpenicillin**

1 g x 3 i 10 dygn (1 g x 4 till gravid)

Vid PC-allergi, multipla erythema migrans eller feber:

- **doxycyklin**

200 mg x 1 i 10 dygn

Urinvägsinfektioner

Asymtomatisk bakteriuri ska ej behandlas hos man och icke gravida kvinnor.

Nedre UVI

- **nitrofurantoin**

50 mg x 3 i 5 dygn för kvinnor, 7 dygn för män (ej vid GFR < 40)

- **pivmecillinam**

Kvinnor < 50 år 400mg x 2-3 i 3 dygn. Kvinnor > 50 år 200mg x 3 i 5 dygn. Män 7 dygn

- **trimetoprim**

160 mg x 2 i 3 dygn för kvinnor, 7 dygn för män vid odlingsverifierat känslig stam

Övre UVI

- **ciprofloxacin**

500 mg x 2 i 7 dygn för kvinnor, 10-14 dygn för män

- **trimetoprim + sulfametoxazol**

160 mg/800 mg x 2 i 10 dygn för kvinnor, 14 dygn för män vid odlingsverifierad känslig stam

NEUROLOGI

Migrän

Vid episodisk migrän minskas antalet migrändagar av aerob träning.

Undvik framkallande faktorer som oregelbunden sömn och måltider, alkohol, stress, preventivmedel med östrogen och överkonsumtion av analgetika eller triptaner. Vid låg effekt av ett NSAID, kan ett annat prövas. Vid tre eller fler behandlingskrävande anfall per månad rekommenderas förebyggande behandling. Titra upp dos och utvärdera efter 3-6 månader. Remittera vid otillräcklig effekt. Mot illamående rekommenderas metoklopramid.

Anfallskuperande behandling

- **acetylsalicylsyra**
Bamyl Brustablett ^{Rf} (ingår ej i förmån)
- **paracetamol**
Alvedon ^{Rf}
- **ibuprofen** [△]
Brufen ^{Rf}
- **sumatriptan**
Sumatriptan ^{Rf}

Förebyggande behandling

- **metoprolol**
Metoprolol
Start: 25 mg x2 mål: 100-200 mg/d
- **amitriptylin** [△]
Amitriptylin 10-25 mg tn
- **kandesartan**
Kandesartan
Start: 4 mg mål: 16 mg/d

Willis-Ekboms sjukdom (WED, tidigare RLS)

Kompressionsstrumpor, regelbundna sömnvanor och lagom grad av fysisk träning minskar symtomen. Minska intag av alkohol, kaffe och rökning. Antidepressiva, antihistaminer och neuroleptika kan förvärra symtomen. Innan farmakologisk behandling bör järnstatus kontrolleras och S-ferritin < 100 µg/L behandlas. Levodopa rekommenderas endast för intermitternt bruk pga. risk för augmentation. Prova gabapentin vid augmentation av dopaminpreparat i upptrappning från initial dosering 300 mg 2 h före sänggående. Pramipexol i lågdos kan prövas men observera risk för impuls kontrollstörning och följd upp!

- **levodopa+benserazid**
Madopark: 50-100 mg max 2 d/vecka
- **gabapentin**
Gabapentin 300-2400 mg
- **karbidopa+levodopa**
Sinemet
- **pramipexol**
Pramipexol

SMÄRTA

Vid samtliga icke-akuta smärttillstånd kan fysisk aktivitet och sjukgymnastik lindra avsevärt. Full smärtfrihet kan inte alltid förväntas. Multimodal behandling har god effekt. Utvärdera med avseende på funktion och livskvalitet.

Lätt till måttlig smärta

Högsta rekommenderade dos paracetamol till äldre är 1gx3. COX-hämmare används i lägsta effektiva dos, kortast möjliga tid. Ges med försiktighet vid nedsatt njurfunktion och till äldre. Välj med fördel kortverkande preparat. Ibuprofen hämmar ASA:s antitrombotiska effekt. COX-hämmare och paracetamol kan med fördel kombineras vid otillräcklig effekt av ett preparat.

	COX-hämmare	
	kortverkande	
● paracetamol ^S	● ibuprofen ^S △	● naproxen △
Alvedon ^{Rf}	Brufen ^{Rf}	Naproxen ^{Rf}
		medellångverkande

Opioider

Har patienten en säkerställd opioidkänslig smärta? Den läkare som inleder opioidbehandling har ansvar för behandlingsperiod och planerad avslutning. Iterering medför samma ansvar som vid initiering. **Vid akut smärta används kortverkande opioid och avslutas inom 3-5 dygn.** Behandlingstid över 2 veckor ökar risk för beroende och tolerans. Undvik opioid vid långvarig behandling av icke-malign smärta. OBS risk för kognitiv påverkan, sedering och urinretention hos äldre och vid sänkt njurfunktion. Motverka förstoppning med makrogol, och ev. illamående med meklozin (Postafen). Vid kroniska opioidkrävande smärttillstånd kan buprenorfin-plåster övervägas, främst vid sväljningssvårigheter. Vid kraftigt nedsatt njurfunktion kan oxikodon vara ett alternativ.

kortverkande	långverkande	
● morfin	● morfin	● buprenorfin
Morfin	Dolcontin, depottablett	Norspan Depotplåster

Akut smärta	Mellan 1-5 dagar	Dag 6
morfin 5 mg (kortverkande)	1 st vid behov max 4/dygn	Sluta tvärt
oxikodon 5 mg (kortverkande)	1 st vid behov max 2/dygn	Sluta tvärt

Inflammatorisk smärta

Steroid för intra- och extraartikulär injektion

● **metylprednisolon**

Depo-Medrol

Steroid för intraartikulär injektion större leder

● **triamcinolon**

Kenacort-T

Generaliserat smärttillstånd

Ett smärttillstånd som varat i minst 3 månader. Bedöm betydelsen av somatisk och psykisk status vid utredning och behandling. **Multimodala behandlingsinsatser är alltid grunden i behandlingen.** TENS kan ha god effekt. Amitriptylin är förstahandsvalet vid läkemedelsbehandling, se under Neuropatisk smärta angående dosering.

Neuropatisk smärta, central och perifer

Vid neuropatisk smärta kan TENS ha god effekt. Amitriptylin 10 mg tn, kan ökas försiktigt. Dos över 75 mg/dygn ger ej ökad analgetisk effekt. Välj istället duloxetin till äldre, beakta risk för antikolinerga biverkningar och utvärdera effekt efter sex veckor. Vid otillräcklig effekt kan byte till eller kombination med gabapentin övervägas.

● **amitriptylin** ⚠

Amitriptylin

● **gabapentin**

Gabapentin

Trigeminusneuralgi

● **karbamazepin**

Karbamazepin

● **duloxetin**

Duloxetin

Gikt

Råd om viktnedgång, minskning av alkohol, samt specifika kostråd.

Naproxen, prednisolon och kolkicin har likvärdig effekt. Intraartikulär metylprednisolon kan ge snabb kortvarig lindring i akutskedet. Överväg utsättning av urathöjande läkemedel. Profylax med allopurinol kan insättas efter en första akut giktattack vid säkerställd diagnos. Seponera ej profylax vid giktattack!

PSYKIATRI

Sömnstörning

Fysisk aktivitet ger bättre sömn.

Aktivitet och rörelse främjar god sömn. Ett lätt motionspass eller en promenad är bra. Undvik dock träning i direkt anslutning till sänggående.

Det förekommer stor överförskrivning av sömnläkemedel. Utred eventuell bakomliggande orsak. Vid primär insomni är beteenderåd, sömnrestriktion och KBT förstahandsval. Internetbaserad KBT mot sömnstörning finns tillgängligt via internetpsykiatri.se. Av tillgängliga sömnläkemedel är melatonin (t ex Arinton, delbar, ej förmån till vuxna) minst riskfyllt.

Tillfällig oro

Tillfällig oro bör inte behandlas med läkemedel. Oro/ångest är en normal fysiologisk reaktion som är ofarlig.

Depression

Fysisk aktivitet vid mild till måttlig depression minskar depressiva symtom i samma grad som antidepressiva läkemedel eller KBT.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid depression: efyss.se

Kom ihåg att screena för riskbruk av alkohol/andra substanser och för bipolär sjukdom. KBT och SSRI är effektivt både i kombination och var för sig. Behandlingsmål är full remission, följ effekten med skattningsskala t.ex. MADRS. Trappa ut vid behandlingsavslut. Mirtazapin kan kombineras med SSRI och kan vid låg dos förbättra sömn.

● **escitalopram**

Escitalopram

● **sertralin**

Sertralin

● **mirtazapin**

Mirtazapin

Ångestsyndrom

Fysisk aktivitet bör användas som behandling vid all form av ångest, för symtomreduktion både akut och på längre sikt.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid ångestsyndrom: efyss.se

KBT och SSRI är effektivt både i kombination och var för sig. Olika SSRI anses ha likvärdig effekt. Inled behandling med låg dos, alla SSRI kan initialt förstärka ångest.

Paniksyndrom, social fobi och PTSD

● **sertralin**
Sertralin

● **escitalopram**
Escitalopram

● **fluoxetin**
Fluoxetin

GAD

● **escitalopram**
Escitalopram

● **duloxetin**
Duloxetin

Alkoholberoende

Alkoholberoende är kraftigt underbehandlat, erbjud farmakologisk behandling. Hänvisa också till Socialtjänstens Alkohol- och drogrådgivning, för beteendeinriktad behandling (nås via regionens växel). Akamprosat ökar antalet nyktra dagar och naltrexon/psykosocialt stöd ökar antalet dagar utan berusningsdrickande och de kan kombineras. Disulfiram bör administreras under övervakning.

● **naltrexon**
Naltrexon

● **akamprosat**
Campral

● **disulfiram**
Antabus

ÖGON

Allergisk konjunktivit är nästan alltid ett tillstånd av egenvårdskaraktär som beräknas gå över inom 2-3 månader och kan behandlas med receptfria alternativ. Natriumkromoglikat rekommenderas på grund av låg biverkningsprofil och förebyggande karaktär. Ensamt eller i kombination med perorala antihistaminer, vid bristande effekt eller vid samtidig rinit.

Bakteriell konjunktivit, i synnerhet de som uppträder i anslutning till ÖLI, kan behandlas genom att tvätta rent med ljummet vatten eller koksaltlösning och läker i allmänhet ut spontant inom en vecka. Fusidinsyra är ett verksamt stafylokokmedel. Salva Kloramfenikol är ett bredare alternativ, men har flera doseringstillfällen över dygnet vilket försvårar följsamheten. Salvan har mer smörjande effekt än motsvarande droppar men ger ökad synpåverkan. Misstänkt keratit/irit/konjunktivit hos kontaktlinzbärare akutremitteras.

Allergisk konjunktivit

● **natriumkromoglikat** ^S

Lecrolyn ^{Rf}

● **levokabastin** ^S

Livostin ^{Rf}

Bakteriell konjunktivit

● **fusidinsyra** ^S

Fucithalmic

● **kloramfenikol** ^S

Kloramfenikol

Torra ögon

De allra flesta patienterna med torra ögon hänvisas till egenvård. Samtliga tillgängliga preparat är receptfria. Recept på tårsubstitut utfärdas endast till patienter med definierad ögonsjukdom. Patientinformation finns på janusinfo.se

ANDNINGSORGANEN

Astma

Fysisk träning minskar astmasymtom, ansträngningsutlösta besvär, antal akutbesök och sjukdagar.

Rekommenderad fysisk aktivitet vid astma: efyss.se

Välbehandlad astma med normal lungfunktion och symtomfrihet även vid fysisk aktivitet är målet. Behandlingen ska följas upp och anpassas (även vid steg 1), se vårdprogram. Effektiv behandling kräver korrekt inhalationsteknik, se t.ex. janusinfo.se eller medicininstruktioner.se. Som alternativ till pulverinhalatorer finns behandling med spray, förskrivs alltid med spacer som hjälpmedel. För att motverka inflammation i alla stadier av astmasjukdomen rekommenderas inhalationssteroid i kombination med beta-2-stimulerare även vid behovsmedicinering.

Steg 1 - Vid symtom högst 2 gånger/månad

Vid behov: ICS (inhalationssteroid)+ FABA(Fast-acting β -2 agonist)

Steg 2 - Vid symtom mer än 2 gånger/månad

Kontinuerligt: ICS i lågdos och

Vid behov: ICS+FABA (för att säkra ICS till denna patientgrupp.
Se lakemedelsverket.se)

Steg 3

Kontinuerligt ICS+LABA (ev dosjustering)

Vid behov: ICS+FABA alternativt SABA (snabbverkande β -2 agonist)

Som alternativ till doshöjning av ICS : leukotrienantagonist. Ska ge effekt efter 2-4 veckor, annars utsättning.

Steg 4 och 5 Remiss lungmedicin

ICS+ FABA

● **budesonid+formoterol**

Bufomix Easyhaler

● **flutikason+formoterol**

Flutiform spray (med spacer)

ICS (lågdos)

● **budesonid**

Giona Easyhaler

● **ciklesonid**

Alvesco spray (med spacer)

SABA

● **salbutamol**

Buventol Easyhaler

Airomir spray (med spacer)

Leukotrienantagonist

● **montelukast**

Montelukast

KOL

Rökstopp är viktigaste åtgärden vid KOL. Fysisk aktivitet är viktig vid alla stadier av KOL. Aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet optimerar lungfunktionen, vilket ger ökad livskvalitet. **Rekommendation:** efyss.se

Läkemedelsbehandling syftar till att minska symtom och förhindra exacerbationer. KOL bedöms och behandlas enligt GOLD A-B-E, efter symtom och exacerbationer. Korrekt inhalationsteknik är mycket viktig för effektiv behandling, se medicininstruktioner.se. Som alternativ till pulverinhalatorer finns behandling med spray, som alltid förskrivs med spacer som hjälpmedel.

Steg 1: Ingen farmakologisk behandling

Steg 2 (Gold A): LAMA eller LABA

Steg 3 (Gold B): LAMA + LABA

Steg 4 (Gold E): LAMA + LABA + ev ICS* + ev PDE-4-hämmare* via lungmottagning

*Roflumilast vid FEV% < 50, kronisk bronkit samt upprepade exacerbationer; bör ej ges till underviktiga patienter

Vid behovs-medicinering

SABA (kortverkande β 2-stimulerare)

- **salbutamol**

Buventol Easyhaler

Airomir spray (med spacer)

SAMA (kortverkande antikolinergika)

- **ipratropium**

Atrovent spray (med spacer)

Underhållsbehandling

LAMA (långverkande antikolinergika)

- **umeklidinium**

Incruse Ellipta

- **tiotropium**

Spiriva Respimat spray (med spacer)

LABA (långverkande β 2-stimulerare)

- **indakaterol**

Onbrez Breezhaler

- **salmeterol**

Serevent Evohaler spray (med spacer)

LAMA+LABA

- **umeklidinium + vilanterol**

Anoro Ellipta

- **tiotropium + olodaterol**

Spiolto respimat spray (med spacer)

- **indakaterol + glykopyrron**

Ultibro Breezhaler

LAMA+LABA+ ICS (inhalationssteroid)

- **umeklidinium + vilanterol + flutikasonfuroat**

Trelegy Ellipta

- **glykopyrron + formoterol + bekometason**

Trimbow spray (med spacer)

Allergisk rinokonjunktivit

Vid allergisk rinit kan tablett- och lokalbehandling kombineras. Lägsta effektiva dos mometason bör eftersträvas. Daglig sköljning med koksalt kan vara effektivt vid långvariga besvär. Vid samtidig astma ger behandling av rinit bättre astmakontroll.

- **desloratadin** *

Desloratadin ^{Rf}

Allergisk och icke-allergisk rinit

- **mometason**

Mometason ^{Rf}

NJURSVIKT, KRONISK

Egenvårdsrekommendationer inkluderar rökstopp, minskat saltintag och ökad fysisk aktivitet. I behandlingen av kronisk njursvikt utgörs hörnstenarna av god blodtrycks kontroll, minskad albuminuri samt behandling av underliggande sjukdom (såsom diabetes mellitus).

Njurprotektiv behandling och behandling av albuminuri

Basbehandling

- **ACE-hämmare eller ARB**

Tillägg till ARB/ACE-hämmare vid albumin/kreatininkvot över 30 mg/mmol

- **SGLT2-hämmare**

Behandling av högt blodtryck

Målblodtryck är under 130/80 mmHg för de flesta patienter med kronisk njursvikt. Vid albumin/kreatininkvot över 100 mg/mmol är målblodtryck 120/80 mmHg. ACE-hämmare/ARB utgör grundbehandlingen. God blodtrycks kontroll minskar även albuminuri. De flesta preparat kan användas men dosreducering kan krävas. Försiktighet med MRA vid avancerad njursjukdom. Tiaziddiuretika bör undvikas vid eGFR under 30 ml/min/1,73 m², där loopdiuretika ofta har god antihypertensiv effekt.

Behandling av ödem

- **Furosemid**
- **Tiaziddiuretika**

(vid eGFR över 30 ml/min/1,73 m² och samtidigt behov av blodtrycksreglering)

Blodfettsänkande behandling

Striktare blodfettsmål gäller än för personer utan njursvikt, ofta i paritet med flertalet hjärt-kärlsjukdomar (se avsnitt kring lipidsänkande behandling). Samtliga blodfettssänkande preparat kan användas men dosreducering kan behövas.

Behandling vid avancerad njursjukdom

Vid mer avancerad njursjukdom kan accentuerad läkemedelsbehandling (mot acidosis, hyperfosfatemi, renal anemi och sekundär hyperparatyroidism) krävas. Behandling görs då av eller i nära samråd med specialistvården, åtminstone i initialskedet.

ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL

För de mest sjuka sköra äldre hänvisas till Klok läkemedelsbehandling för mest sjuka sköra äldre. Polyfarmaci ökar risken för läkemedelsrelaterade problem. Utvärdering är nyckeln till god läkemedelsterapi. Ta hjälp av flera professioner i läkemedelsgenomgångsarbetet. Icke farmakologisk behandling är förstahandsval.

Terapiområde	Undvik generellt	Använd istället
Ångest / oro	diazepam Atarax, Lergigan, Theralen neuroleptika	SSRI oxazepam duloxetin
Depression	amitriptylin	SSRI mirtazapin
Sömn	propiomazin zolpidem	mirtazapin melatonin zopiklon (kort kur)

Kognitiv sjukdom (Demens)

Alzheimers är den vanligaste diagnosen och behandlas vid mild –måttlig sjukdom med kolinesterashämmare. Vid måttlig – svår sjukdom byt eller lägg till memantin. Utvärdera efter 3-6 månader, därefter årligen.

● **donepezil**

Donepezil

● **rivastigmin**

Rivastigmin (plåster)

● **memantin**

Memantin

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD)

Påbörja kartläggning av symtom – somatisk sjukdom? Genomför läkemedelsgenomgång. Därefter kan farmakologisk behandling övervägas.

Symtom	Använd
Dygnsrytmstörning	zopiklon 3,75-5 mg (kort kur)
Depression & oro	Escitalopram 5-10 mg x1
Psykotiska symtom / aggressivitet	Risperidon 0,25-1,5 mg/d (kort kur)

BYT LÄKEMEDEL – MILJÖ

Använd <i>om lämpligt</i>	Istället för	Miljöpåverkan
Trimetoprim+sulfa (vid känslig stam)	Ciprofloxacin vid övre UVI	Antibiotikaresistens, persisterar i miljön, vattenlevande organismer
Nitrofurantoin/ pivmecillinam	Ciprofloxacin vid cystit hos män	
Paracetamol/ Naproxen	Diklofenak	Högsta miljöriskklass! Fisk och fåglar
Amlodipin	Felodipin	Vattenlevande organismer
Pulverinhalator (DPI)	Sprayinhalator (pMDI)	Klimatpåverkan

Kassera läkemedel rätt

Lämna läkemedel till Apoteket

(även t ex använda plåster, glasflaskor och hormoninlägg)

FÖREBYGG KAD-ASSOCIERAD UVI

VUVI är vanligaste VRI på Gotland - KAD är viktigaste riskfaktorn

A. Förebygg urinretention

Mobilisera tidigt

Åtgärda orsaker: läkemedel, obstipation, gyn/prostata

B. Rätt indikation och dokumentation

Sätt inte KAD i onödan - välj RIK i första hand!

Dokumentera alltid indikation + datum för planerad omprövning/stopptid

C. Hygien vid insättning och hantering

Handdesinfektion före och efter all hantering

Aseptisk teknik vid insättning

Bevara ett slutet system – undvik öppningar och onödig spolning

Urinpåse under blåsnivå – säkerställ fri avrinning utan knickar

D. Daglig omprövning - stoppa onödig KAD

Behövs KAD idag?

Avveckla så fort indikation saknas

Överväg ventil för blåstråning inför avveckling

E. Vid misstänkt/antibiotikabehandlad VUVI

Behandla symtom - inte ABU

Urinodla korrekt (se vårdhandboken)

Byt KAD som suttit >5 dygn i samband med antibiotikabehandling

Vid frekventa UVI och kvarliggande KAD - överväg tätare planerade byten

Basala hygien- & klädregler (BHK) gäller alltid!

Läs mer: STY-29672 Handläggning urinvägsbesvär hos äldre, kateterfakta.nu

Korrekt registrering i Infektionsverktyget är en del av vårt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Säkerställ korrekt registrering av riskfaktorer och ordinationsorsak.

LÄKEMEDELSLISTAN I MOBILEN

Öppna din webbläsare och skriv

gotland.se/rek-listan

Välj "Lägg till på hemskrämen"
eller "Lägg till på startskärmen"
för att snabbt komma åt
Läkemedelslistan på din mobil.