

Wåra läkemedel

nr 2
2025



Eliquismotorvägen som blev till stigar sid 6

Uppdaterade riktlinjer från SFFA sid 8

Trafikfarliga läkemedel sid 9

Klimakteriebehandling, endometrieskydd sid 10

Frågor till farmaceuten sid 12

Tips i Cosmic

Journalsystemet Cosmic har nu använts ett par månader i Region Dalarna och Läkemedelsenheten har här samlat några tips som kan vara bra att känna till. Utförliga [rutiner och riktlinjer](#) finns på Intra och kan även hittas via Inblick.

Nationell läkemedelslista (NLL) – översikt över patientens alla receptläkemedel

Nationell läkemedelslista (NLL) är ett register som samlar information om patienters alla förskrivna och uthämtade läkemedel under de senaste fem åren – oavsett vilken vårdgivare som förskrivit receptet eller vilket journalsystem som använts.

Nationella läkemedelslistan hittas via menyval eller längst ner i vyn Läkemedel. Patientens samtycke krävs men även utan samtycke fås generell information i de fall "Särskilda läkemedel" som exempelvis narkotika har hämtats ut de senaste två åren.

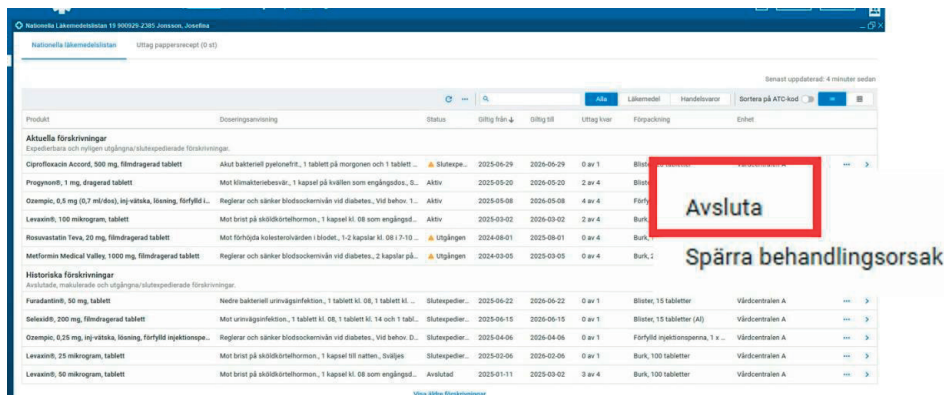


Ansvarig utgivare och redaktör: Gunnar Domeij, överläkare, ordförande Läkemedelskommittén
Redaktörer: Karin Levrén och Maria Gradén, Läkemedelsenhet Dalarna
Läkemedelskommittén, Region Dalarna, Hus 17:1, 791 82 Falun
www.regiondalarna.se/lakemedel
Layout: Michael Marklund, kommunikationsenheten
Tryck: Printeliten, Falun



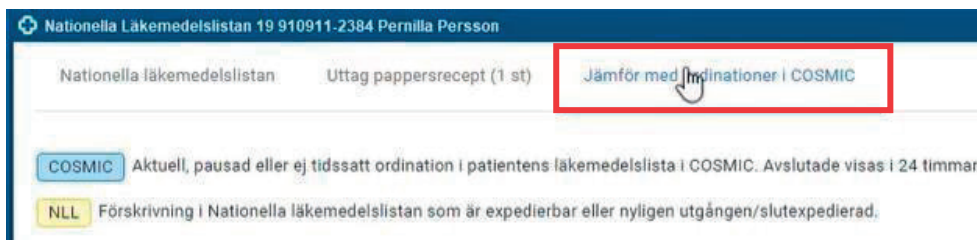
Via NLL-vyn är det även möjligt att **makulera/avsluta recept** som skickats från annat journal-system än Region Dalarnas Cosmic. Detta är användbart både för tidigare recept från Take-

Care eller till exempel vid utomlänsförskrivning. Välj "Avsluta" så kan patienten inte hämta ut på receptet längre.

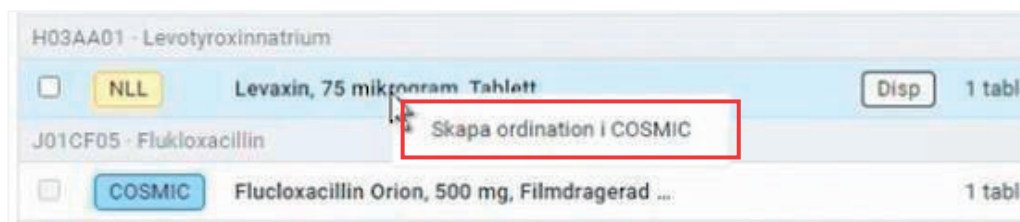


Hantering av patienter med dosdispenserade läkemedel

I NLL som beskrivs ovan finns för dospatienter en egen flik "Jämför med ordinationer i Cosmic".



Under denna flik visas en jämförelsevy mellan patientens förskrivningar i Pascal (gul NLL-ruta) och ordinationer i Cosmic (blå Cosmic-ruta). I jämförelsevyen är det möjligt att både **skapa** nya ordinationer i Cosmic baserat på dosförskrivningar samt **ändra** ordinationer i Cosmic genom att högerklicka på aktuell rad.



Receptförskrivning - välj rätt vårdkontakt!

Vid receptförskrivning måste rätt vårdkontakt väljas i en rullist i "Utkorgen". Vårdkontakten är kopplad till patienten och är inte automatiskt den enhet där förskrivaren är inloggad.

Valet av vårdkontakt är viktigt då det blir denna vårdenhet som:

- blir synlig för patient och apotek på recept/ listor
- kopplas till kostnad/volyum

Vid receptförnyelse är patientens senaste vårdkontakt förifylld vilket kan medföra fel om det är en annan vårdenhet än den förskrivande enheten och detta inte ändras.

Hitta Njurfunktion och Riskprofil

Njurfunktion och Riskprofil finns inte integrerade i Cosmic men kan alltid nås via [Janusmed.se](https://janusmed.se). Patientens läkemedel behöver då skrivas in i sökruta.

Undantag är om patienten har en C eller D-interaktion, amnings- eller graviditetsvarning. Då finns möjlighet att få med läkemedlen från läkemedelslistan i Cosmic direkt till Janusmed.

Klicka på Interaktionsknappen (eller amning/graviditet om sådana varningar finns). Klicka sedan på "Läs rekommendationer för alla ordinerade läkemedel i Janusmed".

Väl i Janusmed, välj flik för aktuellt beslutsstöd. Läkemedel från läkemedelslistan hamnar automatiskt i sökfältet.

Sök fram ordinationsmallar

Välj först typ av ordination. För marknadsförda preparat välj "Läkemedel". För licensläkemedel och extempore, välj "Icke godkända läkemedel". Sök på till exempel del av mallnamn, produkt-namn eller ordinationsorsak. Filtrera för bättre sökresultat.

Om förväntad mall inte hittas i första sökningen, ändra till alla enheter.

Mallar som används ofta kan markeras som personliga favoriter (klicka på den blå stjärnan).

Sök efter

Läkemedel

på

alla enheter

Fritextsök:

bisoprolol

×

★

Favoriter

Filtrera träfflista:

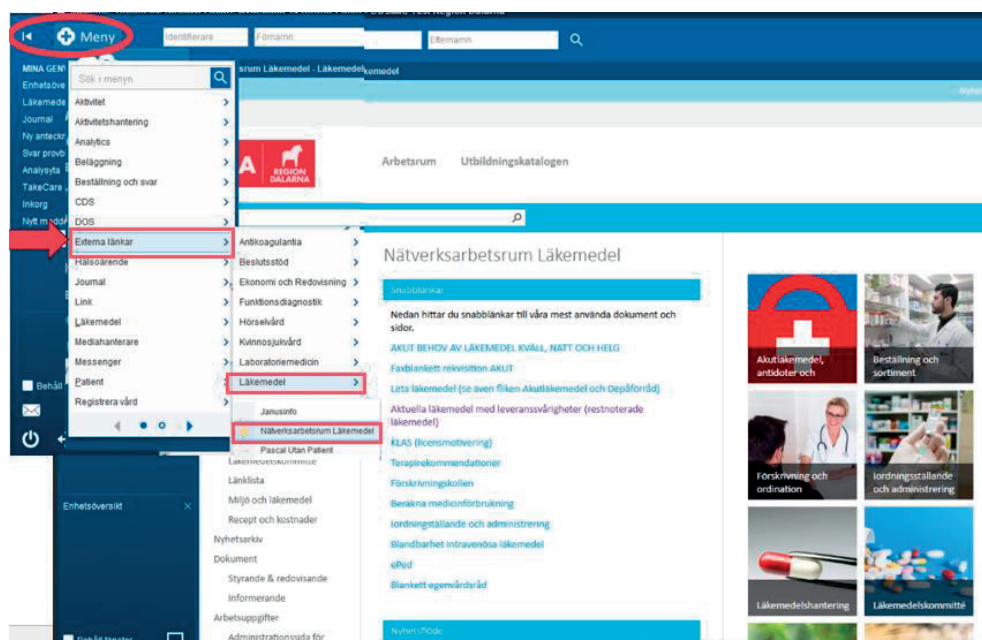
hjärt

Sökresultat: 4 Mallar

Mallnamn	Behandlingsorsak	Form		Produkt	Styrka	Doser...			
PV bisoprolol (Bisoprolol) tabl 1,25 mg; 1x1 [hjärtsvikt]	hjärtsvikt	Filmdrag...		Bisoprol...	1,25 mg	1 tablett ...		★	
PV bisoprolol (Bisoprolol) tabl 10 mg; 1x1 [hjärtsvikt]	hjärtsvikt	Filmdrag...		Bisoprol...	10 mg	1 tablett ...		★	
PV bisoprolol (Bisoprolol) tabl 2,5 mg; 1x1 [hjärtsvikt]	hjärtsvikt	Filmdrag...		Bisoprol...	2,5 mg	1 tablett ...		★	
PV bisoprolol (Bisoprolol) tabl 5 mg; 1x1 [hjärtsvikt]	hjärtsvikt	Filmdrag...		Bisoprol...	5 mg	1 tablett ...		★	

Spara Läkemedelssidan under Mina Genvägar

Sist men inte minst, under Mina Genvägar finns möjlighet att spara en länk direkt till "Nätverksarbetsrum Läkemedel". På denna sida finns nyheter från Läkemedelsenheten och nyttiga dokument om till exempel leveranssvårigheter, krossa/dela läkemedel och blandbarhet av IV-läkemedel.



Mellansvenskt läkemedelsforum

Örebro 11-12 februari 2026

Ur programmet:

- ADHD från barn till vuxen
- Psykofarmaka vid graviditet och amning
- Äldre och läkemedel
- Individanpassad läkemedelsbehandling vid osteoporos
- Ont i magen – vad gör vi?
- Långvarig smärta i primärvården, ett omöjligt uppdrag?

Du hittar det fullständiga programmet med fler föreläsningar och länk till anmälan på www.regionorebrolan.se/lakemedelsforum



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.

Tips på digitala föreläsningar om läkemedel

Sedan 2019 har Region Sörmland publicerat inspelade föreläsningar rörande ett olika aspekter kring läkemedel och läkemedelsbehandling. Du hittar dem på <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/lakemedel/utbildningar>.

Där finns också ett seminarium där Fredrik Cederblad, barnläkare och barnallergolog på Uppsala Barncentrum och vårdcentral, presenterar valda delar ur häftet Rekommenderade läkemedel för barn.

Förskrivarstöd Läkemedel vid levercirros

Västra Götalandsregionen har tagit fram ett dokument om läkemedelsbehandling vid levercirros. Dokumentet är tänkt att användas som förskrivarstöd och länk finns i läkemedelsenhetens arbetsrum på intra under fliken **Länklista – Övrigt – Läkemedel vid levercirros**.

Eliquismotorvägen som blev till stigar i DOAK-djungeln

För många år sedan togs beslut i Dalarna att Eliquis skulle rekommenderas som förstahandsval av DOAK-preparaten. Man gladdes åt de nylanserade preparaten som alternativ till warfarin, men man hade också respekt för deras potens.

Att i den initiala fasen i första hand huvudsakligen hålla sig till ett preparat – både på trombocyt-dan och som emboliprofylax till förmaksflimmerpatienter – bedömdes öka patientsäkerheten. Av denna anledning har en stor majoritet av Dalarnas DOAK-patienter behandlats med Eliquis. Det har naturligtvis alltid varit möjligt att förskriva något av de andra preparaten, vilket har lett till att en del patienter i stället har behandlats med Pradaxa, Xarelto eller Lixiana.

Medan patenten fanns kvar susade vi fram på denna Eliquismotorväg i godan ro. 2023 hände det dock något som gjorde att farten behövde sänkas. Patentet på Pradaxa gick ut och dabigatransgenerika blev tillgängliga. Året därpå skedde – något tidigare än beräknat – samma sak med Xarelto och rivaroxabangenerika gick därefter att förskriva. Som vi alla känner till brukar utgångna patent leda till prissänkningar och så skedde även här. Efter viss turbulens initialt verkade prisnivåerna stabiliseras under 2024 och framför allt dabigatran, men även i mindre utsträckning rivaroxaban, parkerade sig på en tydligt lägre nivå än Eliquis (och Lixiana). Då alla dessa preparat har tydlig evidens för både god effekt och bra säkerhet bedömdes det förra året rimligt att utfärda nya rekommendationer vid nyinsättning av DOAK utifrån det kraftigt förändrade prisläget.

Resultatet blev två rekommendationstabeller, en för venös tromboembolism och en för emboliprofylax vid förmaksflimmer. Där rekommendera-

des vid trombos rivaroxaban som nr 1 och Eliquis som nr 2 (dabigatran vid trombosbehandling ska inledas med lågmolekylärt heparin, vilket blir onödigt omständligt). Vid förmaksflimmer rekommenderades dabigatran som nr 1, rivaroxaban som nr 2 och Eliquis som ett fortsatt möjligt behandlingsalternativ.

Plötsligt blev det mycket att väga in och mycket nytt att lära om de olika DOAK-preparaten.

- Har patienten dospåsar? Initialt kunde dabigatran inte dosdispenseras, men detta är dock numera möjligt.
- Äter patienten frukost? Rivaroxaban (de högre styrkorna) ska intas med mat för att tillse god biotillgänglighet.
- Klarar patienten att ta medicinen morgon och kväll? Dabigatran och Eliquis tas två gånger om dagen, medan rivaroxaban och Lixiana endast tas en gång dagligen.
- Hur fungerar patientens njurar? Dabigatran har GFR 30 som gräns, medan övriga preparat har GFR 15.

Från Läkemedelskommittén rörde sig de nya rekommendationerna endast om preparatval vid nyinsättning, men inte helt oväntat har byten ändå skett mellan DOAK-preparaten. Således är det förståeligt att vissa forskrivare har tyckt att det hela har blivit komplicerat. Detta vägdes in när årets rekommendationer skulle skrivas. Borde vi avstå ytterligare ändringar för att inte komplicera det hela ytterligare? Inga patent har gått ut under det senaste året, men däremot väntas Eliquis patent gå ut under senare delen av 2026.

Efter diskussioner har Terapigrupp Blod ändå landat i nya rekommendationer, som kommer att

träda i kraft efter årsskiftet. Rekommendationstabellerna kommer då att uppdateras.

Bakgrunden till kommande förändringar utgörs dels av en relativt liten prisskillnad mellan rivaroxaban och Eliquis, samt publikationen av två nya studier.

- Oral Anticoagulation and Risk of Adverse Clinical Outcomes in Venous Thromboembolism (Bea et al. JAMA Intern Med, May 12, 2025)
 - Här refereras en stor amerikansk kohortstudie (>160 000 patienter), där man studerade patienter med VTE som insattes på apixaban, rivaroxaban eller warfarin. För apixabanpatienterna noterades en lägre risk för inläggning pga. trombosrecidiv, samt en lägre risk för inläggning pga. större blödning.
- COBBRA-studien
 - Randomiserad, prospektiv studie (2760 patienter), head-to-head-jämförelse mellan apixaban och rivaroxaban.
 - Hos patienter med akut VTE ledde apixabanbehandling till signifikant färre kliniskt relevanta blödningshändelser jämfört med rivaroxabanbehandling under tre månaders behandling. Apixaban vs rivaroxaban: 3,0% vs 6,7% (odds ratio, 0,44; 95% confidence interval (CI), 0.30 to 0.63; P <0,0001).
 - Det fanns ingen signifikant skillnad avseende recidiverande trombos eller mortalitet.

Vid Terapiforum, där Dalarnas Läkemedelskommitté och terapigrupper möts, diskuterar och beslutar om kommande rekommendationer, fann man i år tillräckligt stöd för att förordna de förändringar som föreslagits av Terapigrupp Blod.

För förmaksflimmerpatienter står dabigatran kvar som nr 1, medan Eliquis nu kommer att stå som nr 2.

För patienter med venös tromboembolism kommer Eliquis att återgå till positionen som nr 1.

Som tidigare - och som i alla situationer - väljer naturligtvis varje läkare det preparat som bedöms bäst för den aktuella patienten. En välfungerande DOAK-behandling behöver inte bytas på grundval av dessa nya rekommendationer. Det rör sig således om ytterligare en justering, men samtidigt blir huvudalternativen återigen något färre. Under det senaste året tror vi också att vårdpersonalen har fått större kännedom om DOAK-preparaten i allmänhet. Vi har helt enkelt trampat upp stigarna i DOAK-djungeln och har nu åter en situation med ett par breda vägar att rulla framåt på.

Maria Backman, ÖL, ordförande Terapigrupp Blod

DOAK-broschyr

Läkemedelsenheten har i samråd med terapigrupp blod tagit fram en regionsgemensam patientbroschyr avseende DOAK (direktverkande orala antikoagulantia). Bakgrunden till detta är det nu finns generiska preparat på marknaden, och företagen producerar inte patientinformation likt tidigare. Regionens broschyr är preparatoberoende och tanken är att den används i samband med nyinsättning av DOAK. Broschyren finns att hämta på Intra, man kan söka på **Patientinformation DOAK** eller hitta den i Nätverksarbetsrum Läkemedel under fliken **Förskrivning och ordination – Patientbroschyren**.

[Patientinformation DOAK.pdf](#)



Uppdaterade riktlinjer från SFFA

Svenska föreningen för allergologi, SFFA, har uppdaterat sina riktlinjer och därför uppdateras även anafylaxistycket i terapirekommendationer och den regiongemensamma akutlådan på Falu lasarett, och Avesta lasarett.

Anafylaxi är en akut, svår, oftast snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organsystem och som är potentiellt livshotande. Anafylaktisk chock är anafylaxi där vasopressor-behandling behövs för att hålla systoliskt blodtryck på >90 mmHg.

Adrenalin är det viktigaste läkemedlet och skall ges tidigt intramuskulärt i låret! Först när patienten är stabiliserad ges antihistamin.

Vid astmasymptom är tidig astmabehandling också viktigt, det minskar risken för att anafylaxin övergår i blodtrycksfall och chock. Lägg patienten med höjd fotända. Vid andningsbe-

svär/kräkning kan patienten halvsitta med höjd fotända. Hastig uppresning av patienter med anafylaxi kan leda till livshotande blodtrycksfall. Tänk på att adrenalin har kort halveringstid och att det kan krävas upprepade injektioner. Lämna därför inte en patient med anafylaktisk reaktion ensam.

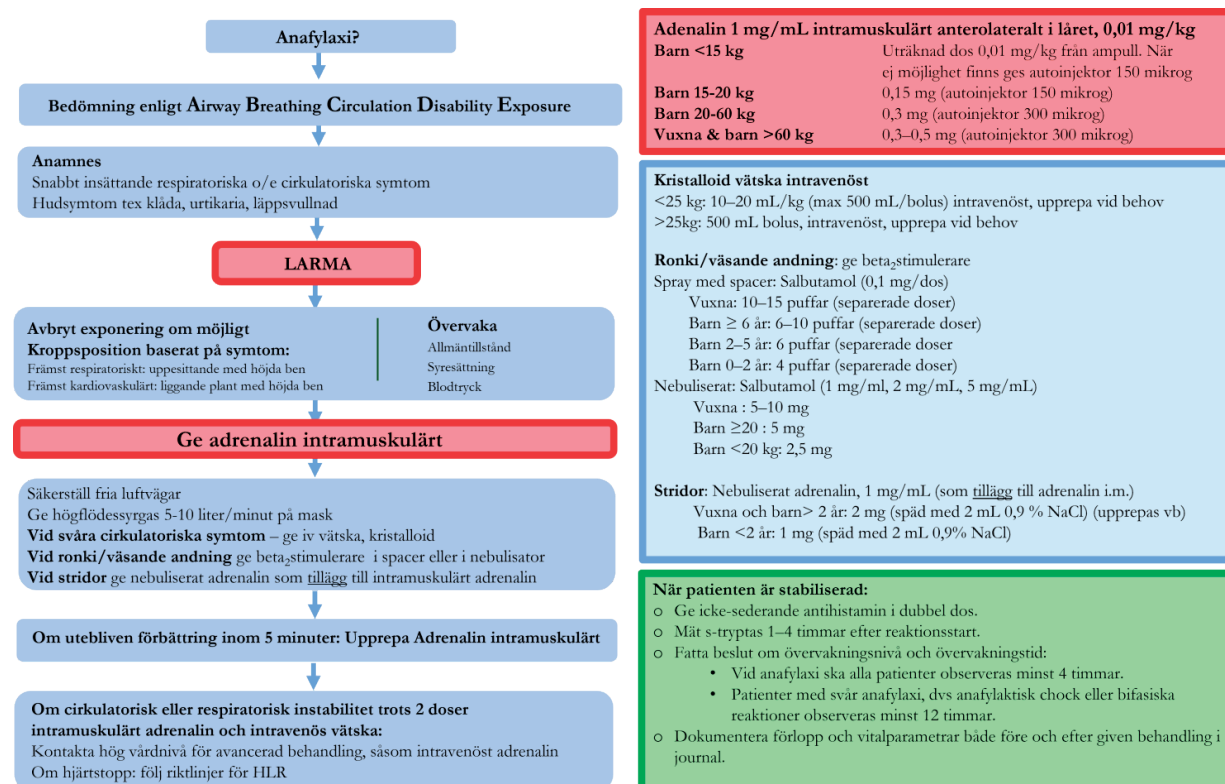
Alla anafylaxier är akutfall och skall till sjukhus med ambulans – inte egen bil.

Behandling med 3 dagars peroralt antihistamin rekommenderas efter anafylaxi.

Kortisonbehandling rekommenderas vid samtidig astma men inte rutinmässigt vid enbart anafylaxi.

För att säkerställa att det är en allergisk anafylaxi, tag gärna s-tryptas akut om det går utan att störa akutbehandlingen.

Behandling vid det akuta insjuknandet



Figur 7 – Flödesschema för behandling av anafylaxi. Adrenalinbehandlingen initieras direkt vid reaktionsplatsen. Beroende på reaktionens förlopp kan ytterligare behandling behöva ges inom adekvat vårdnivå.

Trafikfarliga läkemedel

En äldre man stoppas av polisen en morgon då han kört bil uppenbart vingligt och långsamt. Han får blåsa i en alkoholmätare men visar sig inte vara alkoholpåverkad.

Det framkommer dock att han tagit sömntabletten zopiklon kvällen innan enligt läkares ordination. Han har fått zopiklon utskrivet av sin läkare och menar att eftersom ingen har talat om för honom att man kan bli en dålig bilförare av en tablett han tagit kvällen innan så har han ju inte har gjort något fel. Om någon har gjort fel är det läkaren menar han. Vad är det egentligen som gäller?

Många av de läkemedel vi förskriver i vården kan genom sin effekt eller sina biverkningar påverka patientens förmåga att köra bil och andra fordon. Med trafikfarliga läkemedel menas de läkemedel som påverkar uppmärksamhet och omdöme, reaktions-, koncentrations- och koordinationsförmåga.

Vissa smärtstillande, lugnande och sömngivande läkemedel är narkotikaklassade. Tidigare fanns en röd varningstriangel på alla narkotikaklassade läkemedel för att visa att läkemedlet kunde påverka förmågan att köra bil och andra fordon. Eftersom många fler läkemedel än enbart narkotikaklassade läkemedel kan påverka körförmågan togs varningstriangeln bort 2005, och informationen får nu läsas i avsnittet "Trafik" i FASS respektive bipacksedeln. Förutom de narkotikaklassade läkemedlen finns trafikfarliga läkemedel främst i grupperna antidepressiva (särskilt tricykliska), anti epileptika, äldre antihistaminer, lugnande medel, sömnmedel och starka hostmediciner. Även tex pupillvidgande ögondroppar kan öka ljuskänsligheten och/eller ge dimsyn och på så sätt påverka trafiksäkerheten. Insulin och vissa andra läkemedel mot diabetes kan ge lågt blodsocker och därmed påverka körförmågan. Risken för påverkad körförmåga är ofta störst i början av en behandling eller vid dosökningar, och äldre personer är ofta mer känsliga än yngre. Sam-

sjuklighet, polyfarmaci, sömnbrist och alkohol är andra faktorer som också påverkar.

Det är viktigt att tänka på att sömnmedicinens effekt ofta sitter i även morgonen efter intag. I en studie kom man fram till att 7,5 mg zopiklon taget till natten, fortfarande morgonen efter intag påverkade bilkörningsförmågan motsvarande 0,5-0,8 promille alkohol.

Enligt trafikbrottslagen kan man dömas för rattfylleri och grovt rattfylleri om man har tagit:

- narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination
- narkotikaklassade läkemedel enligt läkares ordination, men blivit så påverkad att man kör trafikfarligt
- ett läkemedel som inte är narkotikaklassat, men som påverkat en så att man kör trafikfarligt.

Det är patienten själv som är skyldig att ta reda på hur ett läkemedel påverkar körförmågan och patienten är skyldig att själv bedöma om läkemedlet gör hen till en sämre förare. Vi som förskrivare har skyldighet att informera. Läkemedelsverket skriver i sina föreskrifter (HSLF-FS 2021:75, 4 kap 16 §): "För läkemedel som kan påverka reaktionsförmågan och därmed förmågan att uppträda som trafikant eller utföra riskfyllt eller precisionskrävande arbete ska förskrivaren särskilt upplysa patienten om detta." Även apoteket har ansvar för att informera om riskerna.

Även om vi som förskrivare alltså inte kan bli rättsligt dömda om vi inte har informerat patienten om läkemedlets eventuella påverkan på körförmågan, bör vi informera patienten om att låta bli att köra bil om du till exempel:

- känner dig trött eller yr
- reagerar långsammare än vanligt
- tycker att vardagssaker känns besvärligare än förr, till exempel att öppna förpackningar, laga mat och hålla reda på flera saker samtidigt

- får besvär med syn och hörsel
- får svårt att följa med i samtal
- Avstå även om andra tycker att ditt omdöme har försämrats.

Jag vill med denna artikel uppmana alla som förskriver läkemedel att fundera över hur läkemedlet kan påverka bilkörningsförmågan (står ofta tydligt i FASS under avsnittet "trafik"), informera patienten om detta och gärna läsa mer på Transportstyrelsens hemsida om trafikfarliga läkemedel.

Elin Bromander, distriktsläkare, vice ordförande Dalarnas Läkemedelskommitté

Mer information:

[Trafikfarliga läkemedel - Transportstyrelsen](#)

[Zopiclone's Residual Effects on Actual Driving Performance in a Standardized Test: A Pooled Analysis of Age and Sex Effects in 4 Placebo-Controlled Studies - ScienceDirect](#)

Klimakteriebehandling (Menopausal hormonbehandling) och endometrieskydd

Systemisk klimakteriebehandling kallas nu MHT (Menopausal Hormon Terapi), det kallades tidigare för HRT (Hormone Replacement Therapy). Den här texten handlar om endometrieskydd vid MHT, för mer fakta om behandlingen i övrigt hänvisas till Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation 2022. På slutet nämns Veoza, hormonfri behandling som tillkommit efter 2022.

Klimakteriebesvär behandlas mest effektivt med systemiskt östrogen. Det kan ges peroralt som tabletter eller transdermalt som plåster, spray eller gel. Östrogen ger tillväxt av endometriet, och långvarig östrogenstimulering ger ökad risk för endometrie-cancer. Alla kvinnor med kvarvarande livmoder måste därför också ha progestogen som endometrieskydd (kvinnor med endometrios behöver progestogen vid östrogenbehandling även efter hysterektomi). Progestogen är ett samlingsnamn för syntetiska gestagener och kroppseget progesteron (kallas också bioidentiskt) samt den progesteronlika substansen dydrogesteron. Progestogen kan ges som tabletter kontinuerligt eller sekventiellt, eller via hormonspiralen Mirena. Progesteronkräm ger inte tillräckligt hög koncentration för att fungera som endometrieskydd.

Perimenopausalt och en tid efter menopaus fortsätter ovarierna att producera östrogen, det gör att progestogen behöver ges sekventiellt för att undvika blödningsrubbingar. Det ges då 12 dagar per månad och framkallar månatliga avstöttningsblödningar.

Från ett år efter menopaus kan progestogen även ges kontinuerligt, det ger tunt endometrium och en blödningsfri behandling. Ett alternativ mer än ett år efter menopaus är att ge gestagen 14 dagar var tredje månad. Det går även bra att fortsätta med sekventiell behandling varje månad.

Mirena kan användas både pre- och postmenopausalt, hormondosen lokalt är tillräckligt hög även vid viss kvarvarande endogen östrogenproduktion.

Hormontyper:

En period har det varit populärt att prata om bioidentiska hormoner, dvs hormoner som är likadana som de kroppen själv tillverkar. Vad gäller östrogen så innehåller alla preparat i Sverige för systemisk behandling östradiol vilket är bioidentiskt (lokala preparat kan även innehålla det mindre potenta östriolet, även det är bioidentiskt).

Vad gäller progestogen så delas det upp i syntetiska gestagener och kroppseget progesteron (även dydrogesteron som finns i Femoston brukar räknas som bioidentiskt då det är mycket likt progesteron). Progesteron är inte lika potent som syntetiska gestagener, det tros därför inte ge lika gott skydd mot endometriecancer som gestagen, men det tros å andra sidan ge mindre ökad risk för bröstcancer.

Det finns tabletter med färdiga kombinationer för sekventiell och kontinuerligt kombinerad behandling med östradiol och gestagen eller dydrogesteron (det finns även plåster med kombinationen östrogen och gestagen, dock är dessa restnoterade under överskådlig framtid).

Gestagen finns som:

- Mirena som ger en låg dos systemiskt men mycket gott endometrieskydd pga. hög dos lokalt.
- Tablett Provera - kan ges 10 mg 12 dagar per månad och ett år efter menopaus 14 dagar var tredje månad för utglesande blödningar. Ett år efter menopaus kan Provera 5 mg ges dagligen för blödningsfri behandling. Behandling var tredje månad ger inte riktigt lika gott skydd mot endometriecancer som månatlig eller daglig behandling, efter fem års behandling rekommenderas kontroll med ultraljud.

Progesteron finns som tabletter 200 mg som ges 12 dagar per månad i tillägg till östrogen. Det förskrivs även ibland 100 mg dagligen som kontinuerlig behandling, det är off label och förskrivs i allmänhet inte från Kvinnokliniken. Progesteron kan inte ges som utglesande sekventiell behandling, det är inte tillräckligt potent.

Lokalbehandling:

För kvinnor med enbart symtom från urogenitaltrakten kan lokalt östrogen användas, till detta behövs inget progestogen då dosen är tillräckligt låg för att inte ge endometrietillväxt. Det finns perorala östrioltabletter som kan ges vid vaginal atrofi, då rekommenderas inte progestogen-skydd, men det är inte heller helt endometrie-

säkert och bör endast ges efter mycket noggrant övervägande.

Icke hormonell behandling:

Det finns visat att styrketräning två till tre gånger per vecka kan halvera svettningar och vallningar. Det pågår studier avseende annan typ av fysisk aktivitet.

Akupunktur kan hjälpa mot svettningar och vallningar.

Veoza (fezolinetant) har effekt på temperaturcentrum och har god effekt mot svettningar och vallningar. Det är subventionerat för kvinnor som av medicinska skäl inte rekommenderas östrogen, i övriga fall behöver det anges i receptet att det inte ingår i förmånen. Det är betydligt dyrare än MHT och har inga positiva bieffekter, bör därför förskrivas endast till kvinnor som har kontraindikationer mot MHT. Det har i enstaka fall visats ge leverpåverkan och därför ska ASAT och ALAT tas innan påbörjad behandling och sedan en gång per månad de första tre månaderna efter påbörjad behandling.

Sammanfattning:

- Vid östrogenbehandling behövs endometrieskydd

Peri- och postmenopausalt:

- Sekventiellt Provera 10 mg eller progesteron 200 mg 12 dagar per månad
- Mirena

Mer än ett år postmenopausalt går det även att använda:

- Provera 5 mg dagligen
- Provera 10 mg 14 dagar var tredje månad

Helena Stenport, överläkare Kvinnokliniken Falun, ordförande Terapigrupp kvinnosjukdomar

Frekventa frågor till farmaceuten

En patient har sedan tidigare reagerat med kliande hudutslag efter insättning av sertralin. Fluoxetin sattes senare in i låg dos vilket gick bra, men efter upptrappning åter kliande utslag. Finns något annat SSRI att prova med lägre sannolikhet för hudutslag?

Läkemedelsreaktioner i form av hudutslag är komplicerat och många gånger kan det vara bra att konsultera hudexperter. I detta fall är SSRI den enda potentiella utlösaren, och dosen verkade påverka uppkomsten, reaktionen var icke-omedelbar. Alla SSRI-preparat kan ge upphov till hudbiverkningar av olika slag. Det finns inga studier som jämför eller graderar förekomst av hudbiverkningar mellan olika SSRI. Det finns teorier att serotonin i sig kan orsaka klåda genom stimulering av C-fibrer i huden. Förhöjda serotoninnivåer har visat sig bidra till klåda hos människor.

Om man går på detta teoretiska resonemang, så föreslår svar från läkemedelsinformationscen-

traler, att man kan prova SSRI/antidepressiva med lägre affinitet till serotonintransportören än sertralin och fluoxetin. Hög affinitet till serotonintransportören innebär en starkare bindning och blockering av transportören som normalt återför serotonin till nervcellerna. Det anges att sertralin, fluoxetin, klomipramin m fl har hög affinitet, citalopram och venlafaxin har måttlig affinitet medans bupropion och mirtazapin har låg affinitet till serotonintransportören. Så man kan tänka sig att patienten får prova t ex mirtazapin eller bupropion, som eventuellt skulle kunna ha mindre risk för kliande hudutslag, då de har låg affinitet till serotonintransportören.

Referenser: sökning i databaser och svar från läkemedelsinformationscentraler, www.svelic.se

*Susanne Brouneus, leg apotekare, avdelningschef
Läkemedelsavdelningen*

