




# Behandlings bladet

Nytt från Norrbottens läkemedelskommitté – NLK  
NR 1, APRIL 2018, ÅRGÅNG 21

---



## Innehåll

- 2 Ordföranden har ordet**
- 3 Läkemedelshanteringsgruppen i Region Norrbotten**
- 4 Ordination utan recept**
- 4 Parenterala läkemedel – utbyte på apotek**
- 5 Inga Yasminelle-generika tillgängliga**
- 6 Waranbehandlingen i Norrbotten**
- 8 Läkemedelsenhetens funktionsbrevlåda**



## Ordföranden har ordet

■ Nu är det då slutligen fastställt att Alvedon 665mg kommer att försvinna från marknaden till följd av problem som uppstått vid hantering av överdoseringar med denna beredningsform. Från och med 1 juni 2018 kommer Alvedon 665mg med modifierad frisättning inte längre att finnas tillgänglig på den svenska marknaden. Beslutet om indragning berör även resten av EU. Användningen av Alvedon 665mg har ökat de senaste åren och under år 2017 hämtade ca 11 400 norrbottenspatienter ut Alvedon 665mg på apotek. Det blir således viktigt att påbörja arbetet med att ställa om behandlingen för dessa patienter till alternativa beredningsformer.

När vi är inne på området tillgänglighet av läkemedel så har det, under en tid, varit problem med tillgängligheten av vissa preventivmedel på marknaden. Det gäller exempelvis generiska alternativ till Yasminelle med 21 aktiva tabletter. Yasminelle ingår inte i förmånen och omfattas inte av Region Norrbottens preventivmedelssubvention. Rekommendationen är att istället välja

generiska alternativ med 24 aktiva tabletter t ex Daylette och Estralen vilka ingår i förmånen och omfattas av subventionen.

I förra numret av Behandlingsbladet tog vi upp vikten av att patientens läkemedelslista är korrekt, uppdaterad och överensstämmande med verkligheten. Förutom läkemedelslistan som patienten får från vården så finns även andra läkemedelslistor, exempelvis ”mina sparade recept” som apoteken delar ut och läkemedelsförteckningen. För att få en helhetsbild av patientens läkemedelsanvändning är dock viktigt att inte bara receptförskrivna läkemedel finns med på patientens läkemedelslista från vården utan att även läkemedel som rekvireras och ges till patienten finns med på denna lista. Det kan gälla exempelvis biologiska läkemedel, zoledronsyra och parenteralt järn. Genom att föra in rekvirerade läkemedel i läkemedelslistan (LM) i VAS som ”ord\_utan\_rec” kommer även dessa läkemedel med i den samlade bilden.

En nyhet när det gäller utbyte på apotek är att apoteken från och med 1:a mars i år

även byter ut vissa parenterala läkemedel med generisk konkurrens enligt en utbyteslista som Läkemedelsverket tar fram. TLV (Tandvårds och läkemedelsförmånsverket) räknar med att detta ska minska de årliga förmånskostnaderna med 12-40 miljoner.

Slutligen vill jag påminna om möjligheten för vårdpersonal inom region Norrbotten att ställa läkemedelsfrågor till Läkemedelsenheten / Läkemedelskommittén via funktionsbrevlådan [lakemedel@norbotten.se](mailto:lakemedel@norbotten.se). Denna funktionsbrevlåda har nu funnits i ca ett år. En av de frågor som kommit in till denna funktionsbrevlåda rör läkemedel i sond. Svaret på den frågan redovisas i separat artikel i detta nummer.

**Linda Grahn**



# Läkemedelshanteringsgruppen i Region Norrbotten

**Läkemedelshanteringsgruppen (LMHG) är en del av sjukhusapoteksfunktionen och arbetar bland annat med läkemedelsförsörjningsfrågor, kvalitetsgranskning och Handbok för läkemedelshantering.**

■ Sedan sjukhusapoteksfunktionen infördes i Region Norrbotten 2012 har läkemedelshanteringsgruppen (LMHG) funnits som en del i denna. Till en början som ett delprojekt i den då nya läkemedelsförsörjningen och sedan 2014 som en permanent funktion.

LMHG:s uppdrag består i; att vara verksamheternas stöd i läkemedelsförsörjnings- och läkemedelshanteringsfrågor; att utveckla och följa upp sjukhusapoteksfunktionen och dess processer; genomföra kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering samt att föreslå, planera och genomföra förbättringsarbete och uppföljningar. LMHG ansvarar för *Handbok för läkemedelshantering*, som innehåller samlad information om läkemedelshanteringen i Region Norrbotten.

Fokus i LMHG:s läkemedelshanteringsarbete den närmaste tiden är att,

utifrån förändringar i den nya föreskriften *Ordination och hantering av läkemedel HSLF-FS 2017:37*, stödja verksamheterna när det gäller kännedom om och följsamhet till uppdaterade gemensamma rutiner i *Handbok för läkemedelshantering* och i utformningen av lokala instruktioner. Den årliga kvalitetsgranskningen av läkemedelshanteringen genomförs just nu med fokus på nya föreskriften och ska följas upp i samarbete med verksamheterna. Arbete med utveckling av läkemedelsförsörjningen pågår i och med den nya distributionslösningen för läkemedel som kommer att gälla fr.o.m. oktober 2018 med Umeå som bas för utleveranser av läkemedel. Se även *Behandlingsbladet* nr 4/2017.

Hör gärna av er med frågor eller behov av stöd i arbetet kring läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning. Vi kan t.ex. komma till er och hålla information vid APT, genomföra granskningar av läkemedelshantering på plats i er verksamhet eller stötta vid förändringar i era lokala rutiner kring läkemedelshantering.

**Läkemedelshanteringsgruppen består av:**

*Imke Hällgren*, sjuksköterska  
Läkemedelsenheten, Sunderby sjukhus. Kontaktperson för Gällivare-, Kalix-, Piteå- och Sunderby sjukhus.  
[imke.hallgren@norrboten.se](mailto:imke.hallgren@norrboten.se)

*Eva Pettersson*, sjukhusapoteckare,  
Läkemedelsenheten, Sunderby sjukhus. Ansvarig för koordinering av läkemedelsförsörjningen i Region Norrbotten och kontaktperson för Sunderby sjukhus.  
[eva.e.pettersson@norrboten.se](mailto:eva.e.pettersson@norrboten.se)

*Elisabeth Salomonsson*, sjuksköterska /sektionsledare, Medicin-rehabilitering, Kiruna sjukhus.  
Kontaktperson för Kiruna sjukhus.  
[elisabeth.salomonsson@norrboten.se](mailto:elisabeth.salomonsson@norrboten.se)

*Åsa Hietaniemi*, distriktssköterska på Björkskatans Hälsocentral.  
Kontaktperson för Primärvården.  
[asa.hietaniemi@norrboten.se](mailto:asa.hietaniemi@norrboten.se)

*Marlene Eliasson*, administratör på Läkemedelsenheten, Regionhuset.  
Sköter LMHG:s administrativa bitar och är delaktig i alla delar av arbetet.  
[marlene.eliasson@norrboten.se](mailto:marlene.eliasson@norrboten.se)

/Läkemedelshanteringsgruppen,  
genom **Imke Hällgren**

**”Hör gärna av er med frågor eller behov av stöd i arbetet kring läkemedelshantering och läkemedelsförsörjning.”**

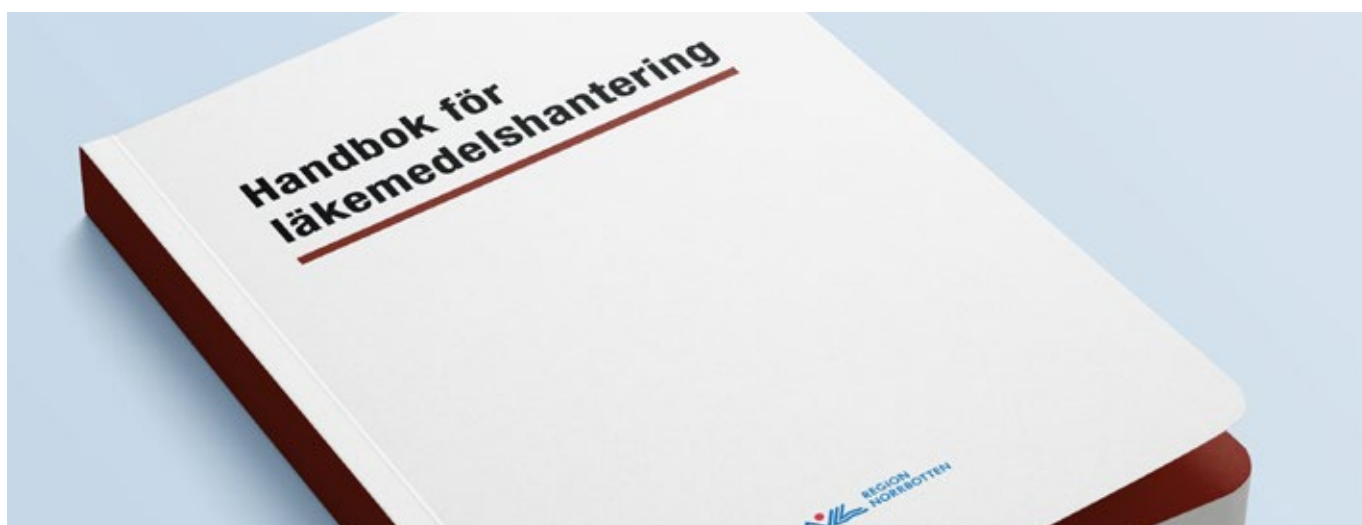


Foto: Anders Bergström



# Ordination utan recept

**När patienten ges läkemedel som rekviderats till öppenvårdsverksamheter som mottagning/hälsocentraler, ska detta dokumenteras i VAS/LM som "ord\_utan\_rec". Detta är viktigt för att personal som behandlar dessa patienter ska få information om patientens hela läkemedelsbehandling.**

■ Zoledronsyra, parenteralt järn och leuporelin är exempel på läkemedel som ska rekvideras till enheten och inte förskrivs på recept till patienter. Även vissa biologiska läkemedel, beroendeframkallande läkemedel, smittskyddsläkemedel, cytostatika samt läkemedel inom palliativ vård hanteras på detta sätt. För att vårdenheter lätt ska se patientens hela läkemedelsbehandling måste de rekviderade läkemedlen föras in i läkemedelslistan(LM) i VAS som "ord\_utan\_rec".

**Ska läkemedlet förskrivas på recept eller rekvideras?**

Anvisningen "Receptförskrivning eller rekvisition av läkemedel i öppenvård" ger bland annat vägledning till om ett läkemedel ska beställas hem till enheten via rekvisition eller om det ska förskrivas på recept

till patienten så att denne kan hämta ut läkemedlet på ett öppenvårdsapotek. Enligt princip 2 i anvisningen ska läkemedel som utgör del av bedömning/behandling vid läkar-/sköterskesbesök vilka alltid kräver sjukvårdspersonal vid administrering beställas/rekvideras till vårdenheten. Om läkemedlet utretts av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) och inte tilldelats läkemedelsförmån gäller princip 5 i anvisningen.

**Dokumentera ordinationen i VAS LM genom ordination utan recept**

För att vårdenheter som behandlar patienter vilka fått läkemedel via rekvisition ska veta om denna behandling är det viktigt att detta dokumenteras i läkemedelslistan (LM) i VAS som ordination utan recept. Det är även viktigt att välja om det är en kur eller en långvarig behandling för att informationen gällande långvariga behandlingar inte ska försvinna från listan i förtid. Behandlingar med exempelvis zoledronsyra, vilken ges en gång per år, bör således skrivas in som långvarig behandling. Om läkemedel ges på en avdelning via LMB, exempelvis Ferrinject, så bör även detta dokumenteras i LM som ordination utan recept.



Vi har i tidigare nummer av Behandlingsbladet tagit upp problemet med att patienter kan ha flera olika listor över sina läkemedel, dels från vården men även från apotek, vilka inte alltid överensstämmer. Det är därför av största vikt att den läkemedelslista som patienten får från vården innehåller en total bild av patientens läkemedelsanvändning.

Linda Grahn

## Parenterala läkemedel – utbyte på apotek

**Från och med den 1 mars 2018 kan parenterala läkemedel, till exempel injektionsläkemedel och implantat, bytas på apotek inom periodens vara-systemet.**

■ Parenterala läkemedel (bland annat injektions-, infusions- och implantatläkemedel) med generisk konkurrens, dvs ingår i periodens-vara-systemet, kan komma ifråga för utbyte på apotek från och med mars i år.

Läkemedelsverket kommer att göra bedömningar angående vilka förpackningar som anses jämförbara och därmed möjliga att byta ut på apotek varefter TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket)

kommer att dela in dessa läkemedel i förpackningsstorleksgrupper. Vissa parenterala beredningar med till exempel oxikodon kan komma att bytas på apotek till det ekonomiskt mest fördelaktiga alternativet.

Förskrivare behöver informera patienten om att läkemedlet kan bytas ut på

apoteket. Om det föreligger medicinska skäl kan förskrivaren förhindra utbytet.

TLV gör bedömningen att denna förändring kan minska de årliga förmånskostnaderna med 12-40 miljoner.

Linda Grahn

Källa: TLV



# Alvedon 665 mg försvinner från marknaden den 1 juni 2018

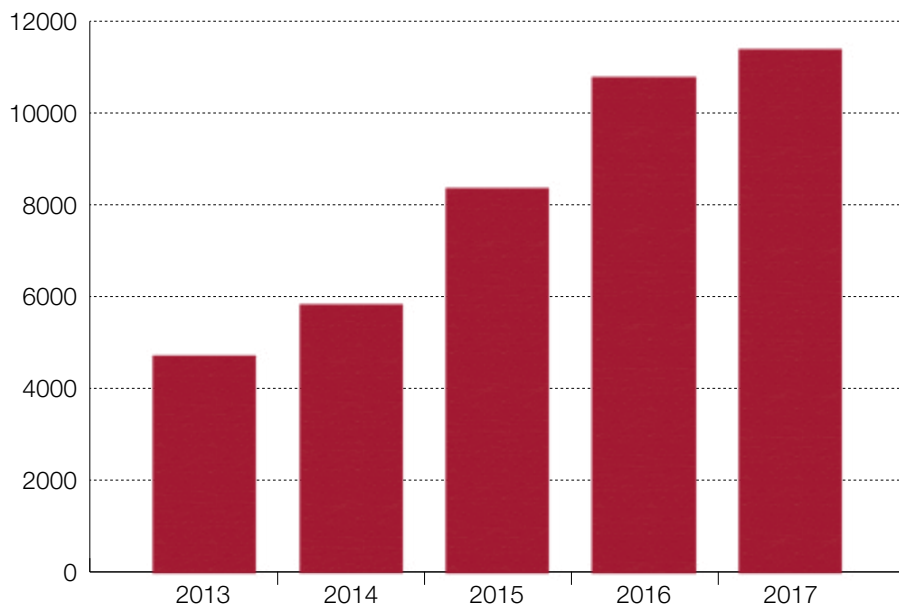
Europeiska kommissionen har nu fattat beslut om att läkemedlet kommer att dras in från och med 1 juni 2018. Förskrivare rekommenderas att redan nu planera för en övergång till alternativ behandling för de patienter som har Alvedon 665mg på recept.

■ Alvedon 665 mg med modifierad frisättning är ett läkemedel i tablettform som innehåller substansen paracetamol. Vi har i tidigare nummer av Behandlingsbladet (nr 3 2017) rapporterat om att Läkemedelsverket uppmärksammat svårigheter med att behandla överdosering av Alvedon 665 mg och att läkemedlet troligtvis kommer att försvinna från marknaden.

Nu har Europeiska kommissionen beslutat att Alvedon 665 mg ska dras tillbaka från marknaden i samtliga medlemsländer i Europeiska unionen (EU). Beslutet är bindande och ska genomföras i samtliga medlemsländer. För Sveriges del innebär detta att försäljningen stoppas från och med den 1 juni 2018. Beslutet om återkallelse och indragning av Alvedon 665 mg kommer att beröra ett mycket stort antal patienter i Sverige.

Fram till och med den 31 maj 2018

Antal individer i Norrbotten som hämtat ut Alvedon 665mg på recept



Källa diagram: Datalagret.

kan Alvedon 665 mg förskrivas, användas inom sjukvården och expedieras på apotek. Patienter som har aktuella, eller flera uttag på sina recept bör få nytt recept på alternativ behandling så snart som möjligt.

Skälet till indragningen är svårigheter att hantera överdosering av Alvedon 665 mg.

Övriga läkemedel som innehåller paracetamol påverkas inte utan kommer att finnas tillgängliga som tidigare.

Linda Grahn

Källa: Läkemedelsverket



## Inga Yasminelle-generika tillgängliga

Det finns f.n. inga generika till Yasminelle tillgängliga för förskrivning. Jag rekommenderar därför att generika till Yaz förskrivs istället.

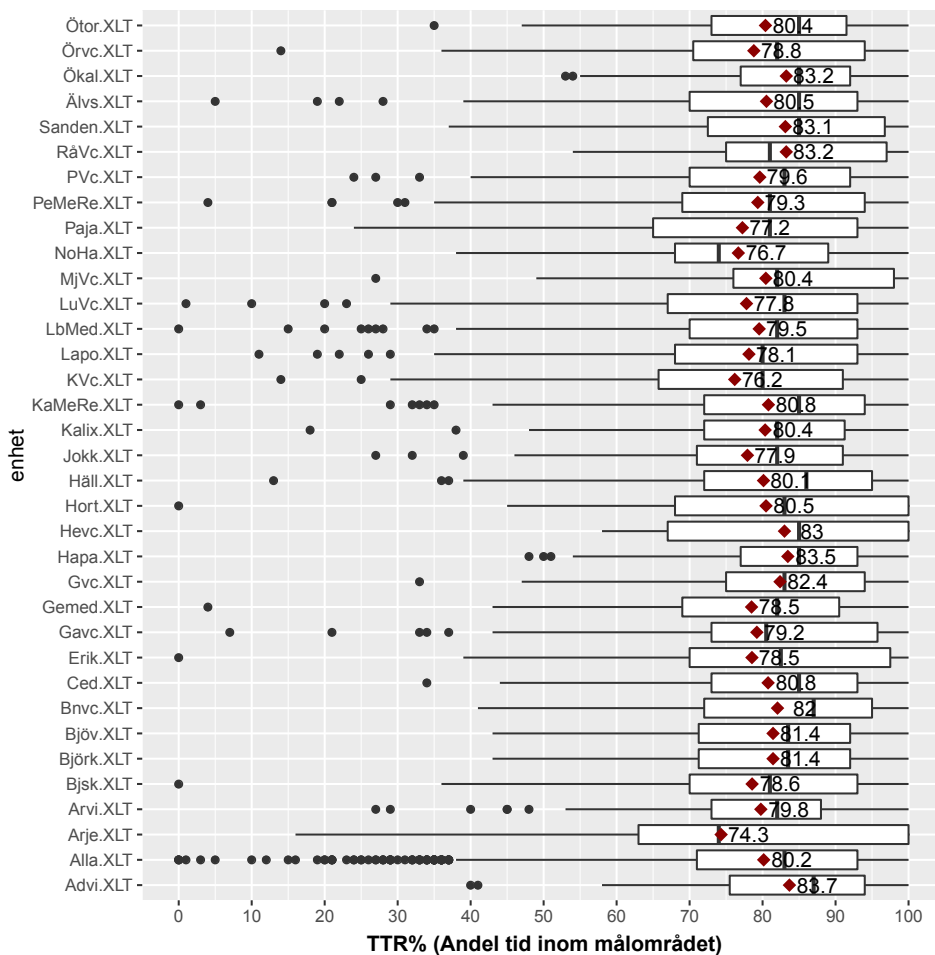
■ Yasminelle och Yaz (och deras generika) har samma hormoninnehåll men 21 respektive 24 aktiva tabletter. Det finns egentligen ingen anledning att förskriva det förstnämnda utan istället gå direkt på Yaz-generika. Det kortare uppehållet medför

en större säkerhet och mindre biverkningar (som ofta kommer i uppehållet).

Exempel på generiska alternativ till Yaz är Daylette, Dizminelle och Estralen vilka ingår i läkemedelsförmånen. Varken Yasminelle eller Yaz ingår i förmånen och subventioneras således inte för patienten.

Åke Berggren

Överläkare Mödrahälsovården



# Waranbehandlingen i Norrbotten

**Även om läkemedelsverket rekommenderar NOAK i första hand vid nyinsättning fortsätter waranbehandling att vara en bra behandling vid förmaksflimmer och det finns ingen rekommendation att byta en välfungerande waranbehandling[1, 9].**

■ Det finns flera sätt att försöka mäta hur bra en waranbehandling fungerar. Det etablerade är TTR enligt Roosendaal-metoden (som också använts i NOAK-studierna), där man utgår från att PK värdet successivt skiftar mellan två mätvärden (linjär interpolering). Om målet är PK 2-3 och patienten har 1,8 dag 1 och 2,2 dag 5 kommer TTR under perioden dag 1-5 bli 60% (2,0 nås dag 3, så dag 3-5 är inom och 1-2 under). [5]

Det bedrivs också en del forskning på

andra försök att mäta kvalitet i waranbehandling, t.ex. standardavvikelsen för PK [4] och försök att kombinera dem.[6] Studierna är inte överens om TTR eller variation i PK-värden har störst betydelse[2, 4].

Gränsen  $TTR \geq 70\%$  brukar betraktas som en välfungerande behandling. [5] I en svensk registerstudie har man sett korrelation med patientutfall upp till dess att centren haft ett median TTR på 70%. [7] Även för TTR på individnivå har man i Auricula sett bättre resultat för dem med  $TTR \geq 70\%$  jämfört med dem med sämre. [2] I gruppen över 70% i TTR verkade inte PK-variabiliteten påverka utfallet.

Målet bör naturligtvis vara så högt TTR som möjligt för varje patient, men också att så många patienter som möjligt når över 70%.

Bilden till vänster visar TTR för patienter med förmaksflimmer/fladder som behandlingsorsak (ev ihop med andra behandlingsorsaker) i journalia som påbörjat behandling före 2017-01-01.

Patienter med mekanisk klaff har dock exkluderats [klaffprotes har inte exkluderats – baserats på ”mek” (oavsett stor/liten bokstav). Om patienten hade ett registrerat slutdatum för behandlingen som kom med i sökningen har patienten strukits. TTR avser perioden 20170101–20171231. Punkten och siffran anger medelvärde för patienternas TTR, i boxploten visas median och kvartiler.

Av 3615 patienter låg 836 under 70, 616 under 65, 450 under 60.

## Fungerar överlag väl, men alla får inte en bra behandling

NICE-guidelines har i många år rekommenderat att man överväger att byta warfarinbehandling med  $TTR < 65\%$  [8]. ESC rekommenderar att man överväger byte vid  $TTR < 70\%$ [3]. Medianvärdet för TTR under 2017 (1/1-30/11 [+ sista provet taget under 2016]) för alla warfarinbehandlade i Norrbotten oavsett indikation var 81% (samma om man tittar på alla med förmaksflimmer, oavsett om de har andra diagnoser som också motiverar warfarinbehandling). För dem med förmaksflimmer som börjat behandling efter 170101 var median TTR 68% [med stora lokala variationer som är något svårförklarade, men kan bero på få fall, tid på året för behandlingsstart eller terapibyten].

Vi föreslår att enheter som sköter warfarinbehandling tar fram en lista på patienter med  $TTR < 70\%$  och för dem överväger (till att börja med - står patienten fortfarande på warfarin, eller har man redan bytt):

1. Finns absoluta skäl att välja waran (mekanisk klaff/måttligt tät eller tätare mitralisstenos ihop med förmaksflimmer), allvarligt nedsatt njurfunktion (inget annat OAK rekommenderas vid  $GFR < 15$  och data för patienter med  $GFR < 30$  är begränsat), kraftig leverpåverkan. I annat fall – se punkt 2.
2. Kan man hitta orsaken till lågt TTR och förvänta sig att nå en bättre behandling framöver? (upprepede avbrott

pga kirurgi? Compliance (men talar något för att det skulle bli bättre med annan behandling? Behövs mer stöd)? Läkemedelsinteraktioner (t.ex. paracetamol med oregelbundet intag eller en del receptfria krämer mot svamp)/kostinteraktioner som bättre åtgärdas genom att byta den andra behandlingen? (Följ upp att det blev bättre!)

- Om man inte tror sig kunna nå en förbättring överväg byte till annan OAK. Om dålig compliance är det enda problemet och man inte ser möjlighet att förbättra det kan det tyvärr vara så att ett byte inte ger en nämnvärt bättre behandling utan bara döljer en dålig behandling, men om det är en svår social situation/missbruk som är orsaken kanske man kan stärka upp stöd och behandling kring det?

Förutsättningarna på den lokala enheten avgör naturligtvis hur man bäst sköter detta. Har man redan inbokade årskontroller på ett fungerande sätt kan man naturligtvis kontrollera TTR på patienterna på individnivå i journalia i samband med detta (det finns en knapp för det). Om man ligger efter verksamhetsmässigt och tänker att det här är en patientgrupp man vill prioritera är det möjligt att ta fram en lista i journalia. Tips på bra material om första screening delegeras: Läkemedelsverkets behandlingsriktlinjer, SLLs lathund för anti-coagulantbehandling av förmaksflimmer (<http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlatanden/Hjartkarlsjukdomar/Formaksaksflimmeroch-antitrombotisk-behandling/>) och ESCs guidelines från 2016 (<https://www.escardio.org/Guidelines/ClinicalPractice-Guidelines/Atrial-Fibrillation-Management>)

Kanske kommer kombinationen av TTR

och andra mått för warfarinbehandlingen kunna förbättra säkerheten ytterligare framöver för de patienter som behandlas med warfarin. I dagsläget är det mig veterligen inte möjligt att på ett enkelt sätt ta fram statistik som krävs för övriga mått ur journalia och än finns inget annat som blivit så etablerat att det kommit med i riktlinjer.

**Dedikering:** Tack till Åsa Andersson och Viveca Nyström som hjälpt till att ta fram data från journalia. Och till Jessica Nilsson som från början visade att det går att få fram TTR för alla patienter på vår enhet, och bidrog till tanken att titta på området.

**Torbjörn Westerlund**  
Ledamot läkemedelskommittén

## Referenser

- [1] Läkemedelsverkets rekommendation. 2017.
- [2] Björck F, Renlund H, Lip GH, Wester P, Svensson PJ, and Själander A. Outcomes in a warfarintreated population with atrial #brillation. *JAMA Cardiology*, 1(2):172#180, 2016.
- [3] Paulus Kirchhof, Stefano Benussi, Dipak Kotecha, Anders Ahlsson, Dan Atar, Barbara Casadei, Manuel Castella, Hans-Christoph Diener, Hein Heidbuchel, Jeroen Hendriks, Gerhard Hindricks, Antonis S. Manolis, Jonas Oldgren, Bogdan Alexandru Popescu, Ulrich Schotten, Bart Van Putte, Panagiotis Vardas, Stefan Agewall, John Camm, Gonzalo Baron Esquivias, Werner Budts, Scipione Carerj, Filip Casselman, Antonio Coca, Rafaele DeCaterina, Spiridon Deftereos, Dobromir Dobrev, José M. Ferro, Gerasimos Filippatos, Donna Fitzsimons, Bulent Gorenek, Maxine Guenoun, Stefan H. Hohnloser, Philippe Kolh, Gregory Y. H. Lip, Athanasios Manolis, John McMurray, Piotr Ponikowski, Raphael Rosenhek, Frank Ruschitzka, Irina Savelieva, Sanjay Sharma, Piotr Suwalski, Juan Luis Tamargo, Clare J. Taylor, Isabelle C. Van Gelder, Adriaan A. Voors, Stephan Windecker, Jose Luis Zamorano, Katja Zeppenfeld, and . 2016 esc guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with eacts. *European Heart Journal*, 37(38):2893#2962, 2016.
- [4] Marcus Lind, Martin Fahlén, Mikhail Kosiborod, Björn Eliasson, and Anders Odén. Variability of INR and its relationship with mortality, stroke, bleeding and hospitalisations in patients with atrial fibrillation. *Thrombosis Research*, 129(1):32#35.
- [5] \*\*, Lars Wallentin3\* \*\*, Felicita Andreotti4\*\*, Harald Arnesen5\*\*, Fedor Bachmann6\*\*, Colin Baigent7\*\*, Kurt Huber8\*\*, Jørgen Jespersen9\*\*, Steen Dalby Kristensen10\*\*, Gregory Y. H. Lip11\*\*, João Morais12\*\*, Lars Hvilsted Rasmussen13\*\*, Agneta Siegbahn14\*\*, Freek W. A. Verheugt15\*\*, Jeffrey I. Weitz16\*\* Rafaele De Caterina1\*, \*\*, Steen Husted2\*. Vitamin K antagonists in heart disease: Current status and perspectives (Section III). Position Paper of the ESC Working Group on Thrombosis # Task Force on Anticoagulants in Heart Disease. 2013.
- [6] Zayd Razouki, James F. Burgess, Al Ozono#, Shibe Zhao, Dan Berlowitz, and Adam J. Rose. Improving Anticoagulation Measurement. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(6):600#607, 2015.
- [7] P. Sanden, H. Renlund, P. J. Svensson, and A. Sjalander. Warfarin treatment complications do not correlate to cTTR when above 70. *Thromb. Res.*, 136(6):1185#1189, Dec 2015.
- [8] K. Senoo, Y. C. Lau, and G. Y. Lip. Updated NICE guideline: management of atrial fibrillation (2014). *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 12(9):1037#1040, Sep 2014.
- [9] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer.



## Läkemedelsenhetens funktionsbrevlåda

■ **Nedanstående fråga är ett exempel på en fråga som kommit in till Läkemedelsenhetens funktionsbrevlåda [lakemedel@norbotten.se](mailto:lakemedel@norbotten.se) Hit kan man som vårdpersonal inom Region Norrbotten vända sig om man har frågor rörande läkemedelsbehandlingar. Frågan besvaras av apotekare inom Läkemedelsenheten men även ledamöter i Läkemedelskommittén kan komma att involveras. Frågorna besvaras så snart som möjligt, men vi kan dock inte ta emot akuta läkemedelsfrågor.**

### FRÅGA:

Har en relativt svårt drabbad patient som sedan snart ett år har PEG/PEJ (har infarter till både jejunum samt ventrikeln) på grund av sväljsvårigheter. I bakgrunden har patienten gastropares samt diabetes typ 2. Förmärvarande enbart behandling med Candesartan Comp för hypertoni,

tidigare har patienten stått på metformin samt atorvastatin som seponerats i och med PEG-insättning under föreställningen att dessa var inaktiva vid administrering via PEG.

Patienten är relativt välreglerad i sitt blodsocker på grund av viktnedgång men vore ändå bra att kunna återinsätta metformin och atorvastatin.

Går det att använda dessa och ge via PEG/J? Är det någon fördel med administrering i ventrikel respektive jejunum? Hur väl fungerar Candesartan Comp i denna situation?

### SVAR:

Metformin tabletter brukar vara filmdragerade men de kan krossas och upplöses då relativt bra i vatten för att sen kunna ges i sond. Bäst är att ge det via ventrikeln men ger man det jejunalt måste man vara extra noga med att monitorera glukosvärdena.

Atorvastatin tablett kan slammas upp i vatten – lösligheten är dålig men

suspensionen sedimenterar sakta – suspensionen är ljuskänslig. Säkrast effekt att ge via ventrikeln, om jejunalt måste man noggrannare följa effekten.

Candesartan comp är det mer problem med då candesartan är mer svårslösligt. Ge hellre läkemedlen separat – om du väljer bendroflumetiazid så går det bra att ge i sond. Candesartan liksom losartan är svårslösliga – går det att byta till enalapril alternativt irbesartan som anges vara lättare att lösa upp. Även här gäller att om man skall ge det jejunalt krävs noggrann uppföljning.

Instruktioner för att ge i sond hittar du här: <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/ppt/Enteral%20l%c3%a4kemedelsadministrering%20poster.pdf>

*Svaret sammanställt av klinikapotekare  
Ingrid Brännström*

Referens: Enteral administrering, LmV Workshop  
Handbook of Drug Administration via Enteral Feeding Tubes, Third Edition

Linda Grahn

Vill du informera i Behandlingsbladet? Kontakta oss på [linda.grahn@norbotten.se](mailto:linda.grahn@norbotten.se)



Behandlingsbladet ges ut av Norrbottens läkemedelskommitté. Redaktionen tar tacksamt emot material (helst via e-post). Vi förbehåller oss rätten att förkorta och redigera.

Ansvarig utgivare: Linda Grahn, [linda.grahn@norbotten.se](mailto:linda.grahn@norbotten.se).

