

# Läkemedelsbulletinen

Utgiven av Läkemedelsrådet Region Skåne

[www.skane.se/lakemedelsradet](http://www.skane.se/lakemedelsradet)

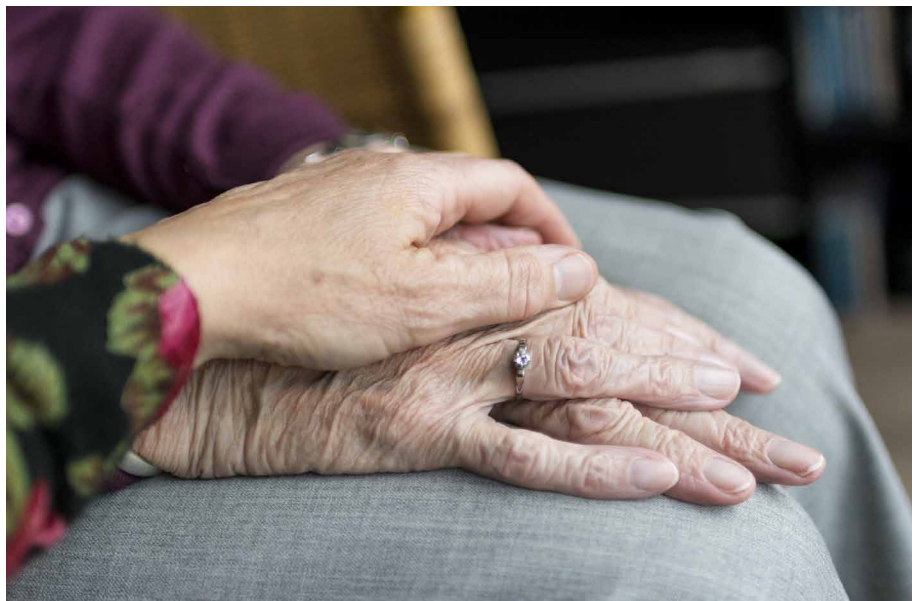
## Strokeprofylax hos äldre

Under 2017 inträffade i Sverige drygt 27 600 strokefall fördelade på cirka 25 800 personer (1). Av dessa drabbades c:a 85 % av hjärninfarkt och 15 % av hjärnblödning. För ungefär 6 500 individer ledde sjukdomen till döden, vilket gör stroke till en av de vanligaste dödsorsakerna. Samtidigt är stroke den vanligaste orsaken till förvärvat handikapp hos vuxna, både i Sverige och internationellt (1).

Stroke utgör en stor belastning för samhället och ett enormt lidande för både patienter och deras anhöriga. I Sverige är stroke den enskilda sjukdom som kräver flest vård dagar inom den somatiska sjukvården och beräknas kosta samhället 18 miljarder kronor per år (3). Ungefär 80 miljoner människor i världen lever med konsekvenserna efter stroke. Stroke är således ett globalt hälsoproblem och kommer att växa i takt med en åldrande befolkning. Det finns dock väldokumenterade primär- och sekundärprofylaktiska åtgärder som delvis kan motverka denna utveckling.

**Medelåldern för insjuknande i stroke är 75 år vilket illustrerar att åldern räknas till de opåverkbara riskfaktorerna för strokeinsjuknande.** Därutöver finns det en rad påverkbara riskfaktorer som hypertoni, otillräcklig fysisk aktivitet, rökning, diabetes och förmaksflimmer.

Enligt både amerikansk och europeisk forskning har tre av fyra stokedrabbade hypertoni (2). 25-30% av ischemiska stroke orsakas av förmaksflimmer som kan vara tidigare helt okänt och ha stroke som första symtom. För patienter med känt förmaksflimmer som behandlas med antikoagulantia kan behandlingen av olika skäl haft otillräcklig effekt, exempelvis p.g.a. läkemedelsinteraktion eller felaktig dosering. Det är idag ovanligt i Sverige att kända förmaksflimmer är obehandlade, men det är en viktig grupp



att identifiera för initiering av antikoagulation. Det finns naturligtvis även mindre andel patienter som drabbas av stroke trots välfungerande behandling mot förmaksflimmer, i så fall brukar det finnas konkurrerande riskfaktorer som bör utredas noggrant på en strokeenhet. Man räknar med att optimalt fungerande antikoagulation ger en relativ riskreduktion på 80 %.

Stroke förekommer ofta hos äldre patienter (80+); över en tredjedel i höginkomstländerna inträffar just i denna grupp. (4). Tyvärr saknas det studier på denna grupp, framförallt stora randomiserade kontrollerade studier (RCT). Epidemiologiska och kliniska studier tyder på

ökande antal av stroke på grund av kardiella embolier relaterade till förmaksflimmer hos äldre. Den minskning av antalet strokefall i Sverige som har observerats de senaste åren (3), tycks till en stor del bero på bättre diagnostik och behandling av förmaksflimmer, framför allt hos äldre och de allra äldsta.

Data från många studier tyder på att de viktigaste strokeförebyggande åtgärderna hos äldre är att behandla hypertoni, ge antikoagulantia-behandling till patienter med förmaksflimmer och sluta röka (5). Sedvanliga rekommendationer om en sund och varierad kost, fysisk aktivitet och undvikande av övervikt gäller även för denna grupp.

Primärprevention	Sekundärprevention
Behandling av högt blodtryck	Blodtryck- samt kolesterolsänkning (statiner)
Antikoagulantia vid förmaksflimmer	Antikoagulantia vid förmaksflimmer
Livsstilsändringar, RÖKSTOPP	Livsstilsändringar, RÖKSTOPP
Influensavaccin	Trombocythämning
	Influensavaccin
	Trombendarterektomi

**Högt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för stroke.** RCT har upprepat kunna visa på sänkt strokerisk efter blodtrycks-sänkning. Studier fokuserade på den äldre populationen som HYVET (Hypertension in Very Elderly) (6) och SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) (7) har gett oss stark evidens för den positiva effekten av blodtrycksbehandling för att primärt förebygga stroke hos äldre med ett systoliskt blodtryck över 160 mmHg. Hos en hel del äldre är det dock viktigt med en individualiserad behandlingsstrategi, på grund av ökad biverkningsrisk (ortostatism, falltendens, förstoppning, gikt, svullnad mm) och för att behandlingen kan bidra till polyfarmaci med osäkert risk-/nyttaförhållande. Detta gäller framför allt sköra äldre som behöver hjälp med ADL samt boende på SÄBO.

PROGRESS (8) studien har gett oss ett starkt stöd för att erbjuda blodtryckssänkande behandling vid sekundärprevention till alla lämpliga patienter. Genom sådan kan deras risk för strokerecidiv sänkas med en tredjedel. Tillsammans med flera metaanalyser ger studien stöd för en stabil riskreducerande effekt hos både låg- samt högrisksgrupper i olika åldrar.

Hos patienter med **förmaksflimmer** är behandling med NOAK (Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Lixiana) eller warfarin de mest effektiva åtgärder vi har att erbjuda, men är förknippade med ökad blödningsrisk. Samtliga äldre över 75 år med CHA2DS2 VASc på minst 2 poäng, bör erbjudas warfarin eller NOAK-terapi, om ej kontraindikation föreligger. Observera att enbart fallrisk idag inte betraktas som en kontraindikation. Tack vare bl.a. BAFTA (9), AVERROES (10), de pivotala NOAK-studierna samt "real-world data" från USA (Medicare), Danmark och Sverige vet vi att nyttan av behandlingen hos lämpliga äldre motsvarar den hos yngre patienter, men med samma reservation angående skörheten och behandlingsmål som vid blodtryckssänkande behandling.

Behandlingsrekommendation efter stroke är ännu starkare på grund av **hög risk för recidiv**. Strokerisken på grund av förmaksflimmer ökar dessutom med ålder. Kontraindikationer samt praktiska aspekter av behandlingens genomförande bör förstås beaktas.

**Rökstopp** är rekommenderat hos alla och det finns inga studier som tyder på att denna åtgärd tappar den förebyggande effekten med stigande ålder.

**Influensavaccination** rekommenderas för samtliga äldre utan kontraindikationer trots att skyddseffekten i denna grupp beräknas till högst 50 % (11). Epidemiologiska studier talar för att influensavaccination kan minska risken för vaskulära händelser, inkl. stroke.

Varken statiner eller trombocythämning rekommenderas för primärprevention av stroke hos äldre, men det finns ett starkt stöd för bägge behandlingar vid sekundär strokeprevention. Beträffande statinbehandling har man än så länge inte kunnat visa någon effektskillnad mellan yngre och äldre. Man ser vid **sekundärprevention med statin** efter stroke snabbt positiva effekter och vi vet att det finns andra fördelar av statiner, ex. förebyggande av andra kardiovaskulära händelser. Höga doser rekommenderas (atorvastatin 80mg 1x1), men för sköra patienter bör doserna och behandlingstiderna justeras i enlighet med rekommendationer från terapigruppen "Äldre och Läkemedel".

**Trombocythämmande behandling** rekommenderas till alla patienter efter stroke med sinusrytm. Det finns inga studier som visar någon tydlig skillnad mellan ASA, klopidogrel eller ASA+dipirydamol hos äldre. Mest data finns för ASA (inkl. kvarvarande positiv effekt av trombocythämning efter stroke vid stigande ålder), men klopidogrel tycks dock ge färre GI-blödningar.

De nya studierna POINT (12) och CHANCE (13) ger oss stöd för en kort-

varig (ex. 1 månads lång) behandling med både ASA och klopidogrel i kombination som sätts in direkt efter TIA och "minor stroke", även hos äldre (dock ej de mest sköra) och denna behandling ingår i de aktuella riktlinjerna. Efter en månad skall övergång till monoterapi ASA eller klopidogrel ske för att inte öka risken för blödningskomplikation.

**Trombendarterektomi** rekommenderas och bör utföras utan onödig fördröjning hos samtliga lämpliga patienter, oavsett ålder, vid ipsilateral, symtomgivande och signifikant ( $\geq 70\%$ ) karotisstenos. För maximal nytta skall denna helst ske inom några dagar, senast inom 14 dagar enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

För en tidigare självständig 80+ år gammal patient med stroke bör en **evidensbaserad sekundär strokeprofylax** bestå av: **trombocythämmare, statin och blodtryckssänkande medicin** om blodtrycket inte är optimalt. Sådan behandling kan minska risken för ett återfall med ca 80 % (14). Tyvärr hamnar vi ofta i en situation där komorbiditet, graden av skörhet, risken för polyfarmaci, dålig compliance, oro för biverkningar samt avsaknad av evidens i specifika situationer påverkar våra terapeutiska beslut. Hos de allra äldsta kan stroke inte betraktas som ett isolerat tillstånd utan bör ses i ett bredare perspektiv. Samtliga preventiva åtgärder samt deras effekt, som ofta räknas i enstaka procent gällande absolut riskreduktion, bör vägas mot risken att försämra patientens hälsa och ska föranleda individualisering av behandlingen. **Det viktigaste är att i varje fall genomföra en komplett medicinsk bedömning av patientens hälsa, värdera riskfaktorer för stroke, risken för potentiella biverkningar och iakttä patientens egna önskemål samt att vara realistisk och förnuftig vid val av primär- eller sekundär strokeprofylax hos äldre.**

*För Terapigrupp Äldre och Läkemedel  
Krzysztof Grodon*

## Metformin och röntgenkontrastmedel – nya nationella rekommendationer

Från och med 1 april tillämpas de nya nationella rekommendationerna för metformin i samband med röntgenundersökningar med intravenöst kontrastmedel i Region Skåne. Metformin har tidigare alltid satts ut i samband med röntgenkontrastmedel men detta behöver oftast inte göras. Se [https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer--fillistning/allas\\_checklista\\_jodkontrastmedel\\_a4\\_2018.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer--fillistning/allas_checklista_jodkontrastmedel_a4_2018.pdf)

För patienter med måttligt till kraftigt nedsatt njurfunktion ( $< 45$  ml/min/1,73 kvm kroppsyta) eller inför angiografier kan man som tidigare sätta ut metformin. Är detta inte gjort så gör röntgenavdelningen det och ber patienten att efteråt uppsöka sin behandlande läkare, diabetessköterska eller mottagning för kontroll av njurfunktion och återinsättning.

# Läkemedelsinformationscentralen LÄIF hjälper dig med dina läkemedelsfrågor

LÄIF är en ny funktion inom Region Skåne. Vi svarar på patientrelaterade läkemedelsfrågor från dig som till exempel är läkare, sjuksköterska eller apotekare.

Frågorna kan röra allt från biverkningar, farmakokinetik och -dynamik, interaktioner, graviditet, amning och farmaci. LÄIF har möjlighet att ta sig an komplexa frågor som kräver lite längre utredningstid eller vara ett bollplank för snabba svar.

## Skicka med följande information med din fråga:

- tydlig frågeställning
- patientbakgrund (vi har inte tillgång till några journalsystem)
- komplett läkemedelslista (särskilt vid utredning av interaktioner och biverkningar)
- när svar önskas
- kontaktuppgifter för svar (mejl och direktnummer)

På LÄIF arbetar kliniska farmakologer, läkare under specialistutbildning och apotekare. Svaren från LÄIF kontrasieras alltid av specialist i klinisk farmakologi.

## Så här kontaktar du oss

E-post: [lakemedelsinformationscentralen@skane.se](mailto:lakemedelsinformationscentralen@skane.se) (skicka inga personuppgifter i mejlet). Funktionsbrevlådan bevakas 09.00-15.00 helgfri vardag.

Telefon: 046-17 46 20; Klockan 12.00–15.00 helgfri vardag.

## Pappersremiss till:

Läkemedelsinformationscentralen  
Klinikgatan 19  
221 85 Lund



LÄIF invigdes den 15 mars. Bilderna är tagna från festen.

## Utredning och behandling av symptom från nedre urinvägarna – glöm inte kunskapsstödet!

*Urininkontinens, täta och tvingande urinträningar och behov att tömma blåsan nattetid är några vanliga symptom på funktionsstörningar inom nedre urinvägarna. Genom att använda Region Skånes AKO-riktlinjer kan många patienter bli hjälpta inom primärvården. Riktlinjerna nås via webbplatsen "Vårdgivare Skåne" ([vardgivare.skane.se](http://vardgivare.skane.se)) som riktar sig till både offentliga och privata vårdgivare i Skåne.*

### AKO-riktlinjer och kunskapsstöd

Klickar man vidare från "Medicinska områden" till "Njurar, urinvägar och manliga könsorgan" så når man samtliga fyra kliniska tillstånd som ger nycklarna till utredning och behandling av symptom från nedre urinvägarna: Urininkontinens hos kvinnor, Benign prostatahyperplasi, Nokturi / nokturn polyuri och Primär nokturn enures hos barn.

Systematiken är lättöverskådlig och välstrukturerad. Den är också anpassad för att docka in i utvecklingen av nationella kunskapsstöd vilka ytterst syftar till en utveckling av vården i riktning mot hög grad av evidensbasering.

Nästa år införs ett nytt, gemensamt journalsystem, Millenium, i Skåne. En viktig funktion i den nya journalen är just kopplingen till ett kunskaps- och beslutsstöd av liknande karaktär som AKO-riktlinjerna.

### Ett urologiskt perspektiv på diagnosen BPH (godartad prostataförstoring)

Fram till för 10-15 år sedan var utredning och behandling av män med miktionsbesvär orsakade av BPH en stor del av verksamheten vid en urologisk klinik. Idag är den betydligt mer begränsad. I stället domineras den urologiska vården av cancersjukvård, främst prostatacancer och urinblåsecancer (en tredjedel av alla standardiserade cancervårdförlopp, SVF, utgörs idag av urologiska cancerförlopp). Var tog männen med BPH vägen? Nej, de försvann inte, snarare har de blivit fler med tanke på att antalet äldre ständigt ökar. Det är vården som blivit annorlunda. Andelen patienter som behandlas med läkemedel har ökat och antalet operationer har minskat. Vårdsamverkan mellan primärvården och urologin är en förutsättning för att vi ska kunna erbjuda god vård vid benign prostatahyperplasi och andra funktionsstörningar inom nedre urinvägarna.

*Lars Malmberg för Terapigrupp Urologi*

## Aktuellt från läkemedelsrådet

*Äntligen har våren och solen tittat fram i Skåne. Ett säkert värtecken är mässan Läkemedel i Skåne. Vill tacka alla som har lagt ner ett stort arbete på att göra mässan så lyckad och bra.*

Det nya Läkemedelsrådet har nu tillträtt och består av följande personer:

#### Ordinarie:

Pia Arndorff- Pia är sjuksköterska och arbetar som MAS i Eslövs kommun och är representanten för den kommunala sjukvården.  
Per Axelsson - Per är läkare och arbetar på Medicinkliniken i Helsingborg.  
Johanna Cederholm - Johanna är läkare och arbetar inom primärvården, arbetar även med AKO och kommer att representera AKO inom rådet.  
Jonas Eberhard - Jonas är läkare och arbetar inom psykiatri i Lund.  
Eva-Christin Kjellman - Eva-Christin är sjuksköterska och arbetar på SUS inom verksamhetsområde onkologi.  
Maria Landgren - Maria är apotekare. Chef för Läkemedelsenheten (Område läkemedel) Region Skåne.  
Jan Lillienau - Jan är läkare och arbetar på sektionen gastroenterologi på SUS.  
Elisabeth Lindqvist - Elisabeth är läkare och arbetar på Reumatologen SUS.  
Veronica Milos Nymberg - Veronica är läkare och arbetar inom primärvården.

Stefan Nordström - Stefan är läkare och arbetar inom primärvården. Är också läkemedelsansvarig läkare inom primärvården.

Peter Thesleff - Peter är läkare och arbetar inom Capio, representerar de privata vårdgivarna.

Fredrik von Wowern - Fredrik är läkare och arbetar inom internmedicin SUS.

#### Adjungerade

Per Berglund - Per är läkare och arbetar inom praktiker-tjänst. Representerar den privata vården. Är också informationsläkare.

Emma Brogård - Emma är apotekare inom Område läkemedel Region Skåne.

Maj Carlsson - Maj är apotekare inom Område läkemedel Region Skåne.

Tomas Kanter - Tomas är läkare inom primärvården. Är också informationsläkare.

Lena Luts - Lena är läkare och medicinsk rådgivare på koncernkontoret i Region Skåne.

Lena Persson - Lena är apotekare inom Område läkemedel Region Skåne.

Jag är väldigt glad att ovanstående personer har tackat ja till att vara med i Läkemedelsrådet. Vi har fått en bra representation från primärvård/närsjukvård, specialiserad vård, högspecialiserad vård och psykiatri.

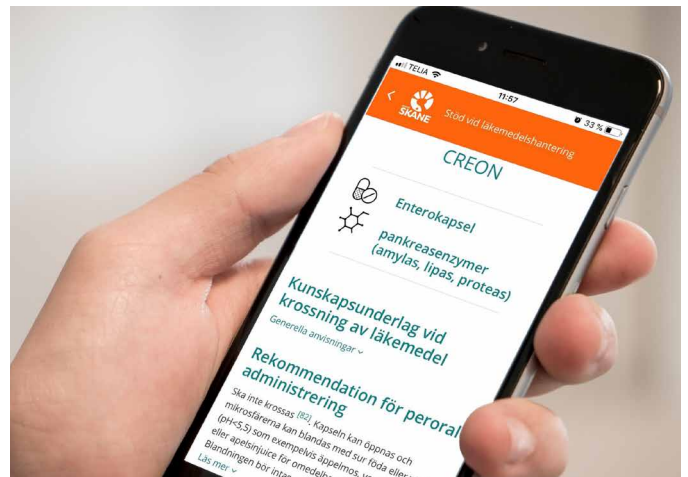
*Stefan Nilsson  
Ordförande i Läkemedelsrådet*

# Nytt stöd vid hantering av läkemedel

Nu finns en ny app ”Stöd vid läkemedelshantering” och även en webbsida som kan ge dig som sjuk-sköterska eller läkare stöd vid hantering av läkemedel.

Information och funktioner i appen ”Stöd vid läkemedelshantering” och på [www.lakemedelshantering.se](http://www.lakemedelshantering.se) är:

- Information om krossning av läkemedel inför administrering oralt eller i enteral sond (tillägg av fler läkemedel görs kontinuerligt)
- Region Skånes utbyteslista för läkemedel på rekvisition
- Regionalt spädningsschema för parenterala antibiotika till vuxna (inom kort på appen)
- En utökad sökfunktion ”Hitta läkemedel”, där det går att söka efter ett specifikt läkemedel både i eget och i andra avdelningars läkemedelsförråd samt i så kallade svansförråd.  
**OBS** – sökfunktionen kan endast nyttjas av anställda inom Region Skåne då den kräver inloggning med e-tjänstekort (SITHS-kort). Sökfunktionen fungerar endast via webbsidan.



Tjänsten är utvecklad av Region Skåne och syftet med appen/webbsidan är att underlätta tillgången till kunskap om läkemedel vilket i sin tur kan bidra till ökad patientsäkerhet. Innehållet om läkemedel är av allmän och rådgivande karaktär och användaren måste själv bedöma om all information är tillämplig i det enskilda fallet.

## Viktig nyhet - möjlighet att makulera e-recept direkt i PMO!

Sedan i februari 2019 finns möjlighet till elektronisk makulering av e-recept i PMO.

**OBS!** Gäller e-recept förskrivna i PMO efter 25 september 2018.

För närmare instruktioner läs i Hjälparensnittet, sök på ”makulera recept” i PMO.

Förskrivare kan även makulera e-recept förskrivna av andra kollegor både på den egna vårdcentralen samt från andra PMO-enheter (via blå huset).

För makulering av e-recept förskrivna innan den 25 september 2018 (liksom recept som inte skickats elektroniskt) behöver förskrivaren liksom tidigare kontakta apoteket.

Glöm inte att uppdatera läkemedelslistan efter att e-receptet makulerats!

