

MIX

I DETTA NUMMER



Innehåll

Bett – lathund för handläggning	2
Paracetamol och blodtryck	4
Säkerställ läkemedelsbehandling i vårdens övergångar	4
Utvärdering av läkemedels- avstämningar i primärvård	5
Individualiserad antitrombotisk behandling efter hjärtinfarkt	6

TBE – behandling saknas men vaccin finnes

För oss som tjänstgör i Gävleborgs län är fästingburen encefalit (tick-borne encephalitis, TBE) alltså något av en exotisk diagnos. Sjukdomen har mycket sällan dödlig utgång, men hos många drabbade kvarstår svåra och långvariga restsymtom. Kausal behandling saknas, men sjukdomen går att förebygga effektivt med hjälp av vaccin.

Traditionellt brukar sägas att TBE enbart figurerar söder om Dalälven, och därmed utgörs nästan hela vårt län av icke-endemiskt område. Möjligen kan ett varmare klimat bidra till att smittan expanderar norrut, men i nuläget härrör majoriteten av länets TBE-börda från smittotillfällen som ägt rum i närliggande län. Vistelse i Stockholms skärgård eller i naturområden kring Mälaren utgör en stor risk för exponering. Eftersom viruset överförs via fästingens saliv finns risk för smitta direkt vid bettet och snabbt avlägsnande har därför liten påverkan på risken för insjuknande (härvidlag skiljer sig TBE från borrelia, där överföringsrisken är tydligt korrelerad till tiden som fästingen suttit fast). I upp till en tredjedel av TBE-fallen har fästingbettet inte noterats.

I likhet med andra virusinfektioner uppvisar TBE en stor spännvidd avseende symtom där majoriteten av fall förmodas vara subkliniska. Symtomatiska infektioner debuterar i typfallet med en viremisk fas, ca en vecka efter smittotillfället (inkubationstid 4–28 dagar med median 8). Symtomen under denna fas är ospecifika (feber, trötthet, sjukdomskänsla, muskel- och huvudvärk) och föranleder sällan vårdkontakt. Huvuddelen av individer med symptomatisk sjukdom tillfrisknar efter den första fasen, men hos omkring en fjärdedel tillstöter en andra fas där neurologiska symtom dominerar. I denna fas är det vanligt att se en blandbild av meningitiska och encefalitiska inslag. Även myelit förekommer. Hos patienter som progredierat till detta stadium är långvariga och ibland funktionsnedsättande restsymtom vanliga.

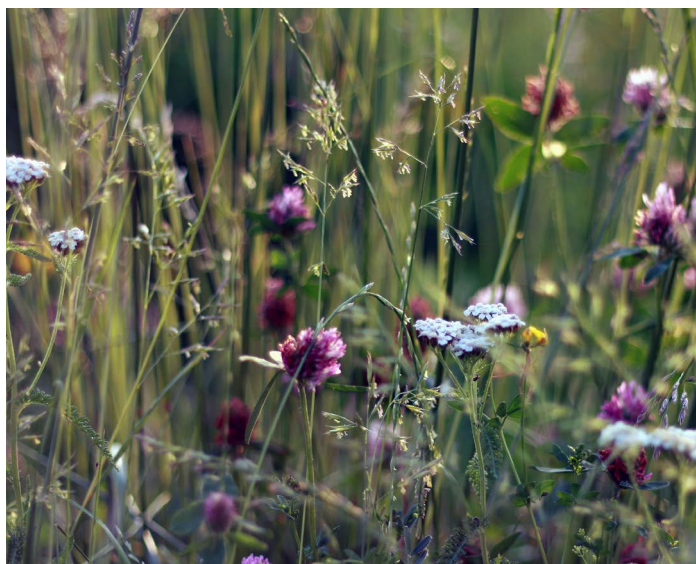
Specifik behandling mot TBE saknas, men sjukdomen kan förebyggas med hjälp av vaccin. Två vacciner finns registrerade i Sverige: Encepur respektive FSME-Immun. Dessa vacciner bedöms vara väsentligen likvärdiga sett till immunologiskt svar. Grundimmuniseringen (första två doserna i standardschemat) bör ges i form av samma vaccin, men för påföljande booster-doser bedöms vaccinerna vara sinsemellan utbytbara. Skyddseffekten för både Encepur och FSME-Immun uppskattas till

ca 95 procent, men i likhet med de flesta andra vacciner kan man förvänta sig ett sämre immunsvår hos äldre och immun-supprimerade. En frågeställning som ofta uppkommer är hur man ska tänka kring tidigare vaccinerade individer som gjort ett längre uppehåll i sitt vaccinationsschema. Tumregeln är att en given dos är en given dos och att grundimmunisering inte behöver upprepas ifall denna en gång fullföljts.

TBE är en potentiellt allvarlig, men i vårt län alltså ovanlig, diagnos. Kännedom om diagnosen och om vaccination är viktig för att kunna ge adekvat rådgivning och därmed förebygga utveckling av sjukdom. När smittotillfället väl ägt rum har vi betydligt färre behandlingsverktyg att tillgå.

Robin Razmi

infektionsläkare, biträdande smittskyddsläkare



Bett

– lathund för handläggning

Mot bakgrund av hur uppskattad och välanvänd Region Gävleborgs lathund för behandling av pollenallergi är, skapade läkemedelskommittén en liknande lathund innehållande praktiska tips och råd vid handläggning av bett.

Målgruppen för lathunden är i första hand telefonrådgivande personal och kliniskt bedömande sjuksköterska eller läkare på hälsocentral eller jourmottagning. Dokumentet är skapat med inspiration från Region Dalarna. Lathunden beskriver egenvård såväl som sjukvårdens handläggning på mottagning – och vilka patienter som bör remitteras till sjukhus. Vår förhoppning är att lathunden ska finnas tillgänglig på de mottagningar som ofta handlägger bett. Lathunden återfinns på hemsidan liksom i appen Läkemedel Gävleborg (precis som lathunden för behandling vid pollenallergi) men den är också öppet sökbar i webläsaren.



HUGGORM Skapa lugn. Undvik kropps- ansträngning. Bär barn. Lämna bettet i fred. Högläge av biten extremitet. Ta av smycken på händer/fingrar (risk för svullnad). Patienten ska uppsöka sjukhus. Kontrollera vitalparametrar. Giftinformationscentralen kan ge bra råd. På läkarmottagning ge antihistamin och kortison. Anafylaxi behandlas enligt lokal akutrutin. Om blodtryck <90 mmHg, ge Ringer-Acetat iv. Om stark smärta, ge morfin. Se över vaccinationsskydd mot stelkramp. Friska vuxna observeras 6 timmar, barn och äldre 24 timmar. Om 2 timmar förflutit helt utan symptom sprutades inget gift in. Om det uppstår en hudinfektion behandlas denna som hudinfektioner generellt.



HUND/KATT Noggrann rengöring med tvål och vatten är viktigast för att undvika infektion. Hundbett orsakar mer sällan infektioner. På mottagning, spola ur alla skador med natriumklorid samt revidera skadad hud. Överväg antibiotika till äldre och till patienter med nedsatt immunförsvar samt om rodnaden är större än 2 cm, om patienten upplever stark smärta eller om det finns purulent sekretion. För kattbett: fenoximetylpenicillin 1gx3 (förstahandsval för vuxna) i 10 dagar. För hundbett: amoxicillin-klavulansyra 500 mgx3 (förstahandsval för vuxna) i 10 dagar. Antibiotikaproylax (uppstartas inom 24 timmar) vid stora sår, sår i ansikte samt lednära sår. Stelkrampsrisk enbart vid jordförorenade sår eller vid mycket djupa sår. Se över vaccinationsskydd mot stelkramp (booster till vuxna med 20 års mellanrum).

Röntgen om ben/led är penetrerad eller infekterad. Om debut av svullnad och smärta uppstår först efter två dygn, mest sannolikt stafylokockinfektion vilket ska behandlas med amoxicillin-klavulansyra.



FÄSTING Avlägsna fästingen, dra rakt ut. Kvarlämna resterande delar av fästingen. De lossnar och utgör ingen ökad infektionsrisk. Utför vanlig särrengöring med alsolsprit. Om rodnaden runt bettet överstiger 5 cm (uppträder inom 1–4 veckor), bedöm som erytema migrans (EJ borreliaserologi!). Behandling: fenoximetylpenicillin 1gx3 i 10 dagar (vuxendos) vid enklare fall. Föreligger misstanke om neuroborrelios, krävs lumbalpunktion för diagnos. Möjliga sena besvär efter fästingbett omfattar TBE och olika manifestationer av borrelia.



GETING Ta bort gadden genom att till exempel skrapa med nageln eller en bordskniv. Rengör och kyl. Gnid eventuellt in området med en krossad värktablett innehållande acetylsalicylsyra (tvättas bort sedan). Smärtlindra lokalt med hydrokortison eller lidokain. Sätt på ett skyddande plåster. Om stick i munnen eller flertalet stick, remittera till sjukhusvård. Beakta allmänsymptom till exempel klåda eller utslag som sprider sig samt andningspåverkan. Anafylaxi behandlas enligt lokal akutrutin. Lokal reaktion kan behandlas med analgetika och antihistamin per os. Överväg kortison per oralt om en stor lokal svullnad uppstår (>10 cm). Remittera till sjukhusvård vid allmänsymptom som inte förbättras av given allergibehandling.



MÄNNISKA Rengör med tvål och vatten. Antibiotikaproylax (uppstartas inom 24 timmar) vid stora sår, sår i ansikte eller lednära sår. Behandling vid infektionstecken: amoxicillin-klavulansyra 500 mg x3 (vuxendos) i 10 dagar. Stelkrampsrisk föreligger ej.

Sofie Näslund
informationsläkare

Äntligen – något som inte ska göras

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer återfinns "Icke-göra" – vård som inte bör erbjudas utifrån evidensbaserad kunskap. Det är undersökningar och behandlingar som inte har önskad effekt eller till och med är skadliga.

Det finns ett växande internationellt intresse för strukturerat arbete med denna typ av medicinska prioriteringar till exempel Choosing Wisely. Genom att följa åtgärderna från Icke-göra-listan kan vi tillsammans frigöra resurser till vård som ger större nytta för patienterna. Vissa av listans åtgärder behöver inte ersättas med annan åtgärd, men i många fall finns det andra åtgärder som är viktiga att erbjuda. I kommande utgåvor av MiX presenteras utvalda delar av listan (de med läkemedelsfokus). I denna utgåva lyfter vi fram åtgärder kopplade till astma/KOL.

PERSONER MED ASTMA OCH REFLUX ska inte erbjudas refluxbehandling för astmakontroll, eftersom åtgärden inte har effekt på livskvalitet och astmasymptom. Refluxbehandling ska alltid övervägas separat.

PERSONER MED ASTMA OCH EXACERBATION utan misstänkt bakteriell infektion ska inte erbjudas antibiotika eftersom åtgärden snarare medför ökade biverkningar (illamående) som inte vägs upp av en positiv effekt på astmasymptom. Åtgärden är därtill olämplig med tanke på resistensutveckling.

PERSONER MED KOL och upprepade exacerbationer utan behandling med långverkande bronkdilaterare ska inte behandlas med enbart inhalationssteroid eftersom tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden endast ger en liten minskning av exacerbationer. Åtgärden har sämre effekt än om inhalationssteroidbehandling ges i kombination med långverkande bronkdilaterare.

PERSONER MED KOL utan verifierad D-vitaminbrist ska inte behandlas med D-vitamin i syfte att behandla KOL eftersom åtgärden inte har någon effekt på KOL-relaterade mått som exacerbationer och lungfunktion.

Sofie Näslund
informationsläkare

Licenshantering läkemedel

Ett läkemedel som inte är registrerat som godkänt läkemedel i Sverige får inte utlämnas från apotek förrän Läkemedelsverket beviljat licens. Det finns två olika sorters licenser – enskild licens för en enskild patient och generell licens som gäller för en region, vårdenhet eller liknande.

På Plexus finns information om de generella licenser som används och är aktuella inom Region Gävleborg samt information om licensansökningsprocessen, plexus.lg.se/licenshantering (Region Gävleborgs intranät).

På hemsidan finns också en sammanställning över giltiga licenser, licensmotiveringar samt aktuella SPC-dokument (produktresuméer).

Licensansökningar – så går det till:

För att undvika att flera verksamheter söker licens för samma produkt samordnas licensansökningarna i den mån det är möjligt genom att utsedda läkare ansöker om licens för hela regionen eller för berörda verksamheter.

Processen för licensansökan för generella licenser beskrivs i rutinen:

LÄKEMEDEL - Licenshantering för rekvisitionsläkemedel Region Gävleborg – Platina id 09-644991 (pdf).

Vid frågor om licenshantering, kontakta gärna läkemedelsenhetens farmaceuter:

GÄVLE:

lakemedelsforsorjning.gavle@regiongavleborg.se
026-15 49 47

HUDIKSVALL:

lakemedelsforsorjning.hudiksvall@regiongavleborg.se
0650-925 68

Mer information om licenshantering finns på Läkemedelsverkets sida om licenser (Licens för läkemedel | Läkemedelsverket), samt på e-hälsomyndighetens hemsida.

Elin Isaksson
apotekare



HÄR KAN DU HITTA LÄNKARNA I TEXTEN



[Licenshantering - Plexus](#)



[Licens för läkemedel](#)



[E-hälsomyndighetens hemsida](#)

Paracetamol och blodtryck

PATH-BP trial

Paracetamol är en substans som används flitigt av många. Som del av smärtbehandling används läkemedlet ofta med regelbundenhet över lång tid. Paracetamol betraktas som relativt harmlöst – och det stämmer om man jämför riskprofiler för andra läkemedel mot smärta. Observationsstudier väcker dock misstanken om att paracetamol kan höja blodtrycket och därför har man nu genomfört en klinisk studie för att besvara denna fråga.

Studien PATH-BP genomfördes vid universitetet i Edinburgh som en randomiserad kontrollerad studie med cross-over design. 110 individer delades in i två grupper. Den ena gruppen ordinerades paracetamol i dosen 1g x 4 under två veckor vilket följdes av en wash-out period om två veckor innan gruppen erhöll placebopreparat med samma dosintervall. Deltagarna i den andra gruppen genomgick ett identiskt upplägg men ordinerades först placebopreparat och därefter paracetamol.

Samtliga deltagare hade diagnosen hypertoni. Blodtrycksgränsen för deltagande var att blodtrycket skulle ligga mellan 135/85 mmHg och 150/95 mmHg. En tredjedel av deltagarna hade ingen farmakologisk behandling. De andra hade en rekommenderad läkemedelsbehandling, som inte ändrades under studieperioden.

Som utfallsmått tittade man på resultatet av 24-timmars-blodtrycksmätningar samt vanliga blodtrycksmätningar vid varje besök på mottagningen under uppföljningstiden. Som primärt resultat bedömdes 24-timmarsmätningen efter två veckors behandling. Som sekundärt resultat tittade man på

resterande blodtrycksresultat. 24-timmars-blodtrycksmätning betraktades alltså som Gold standard.

Den statistiska utvärderingen av resultatet visade en signifikant ökning av blodtrycket när patienterna erhöll paracetamol. Blodtrycket ökade med 4,7 mmHg systoliskt och 1,6 mmHg diastoliskt. En patient i paracetamolgruppen exkluderades under studiens gång på grund av tydligt förhöjt blodtryck.

För att bedöma huruvida bortfallet påverkar analysen genomfördes olika statistiska beräkningar (modified-intention-to-treat och per-protocol). Dessa jämförelser visade att resultatet är oberoende av bortfallet.

Den smärtlindrande effekten av paracetamol är ofta tveksam. Det finns en väl dokumenterad relation mellan förhöjt blodtryck och kardiovaskulära händelser. Detta innebär att vi behöver se över vårt förhållningssätt till kontinuerlig förskrivning av paracetamol och beakta förhöjt blodtryck som en möjlig biverkan. Med tanke på att detta läkemedel används i så stor utsträckning, kan användningen innebära betydande effekter på populationsnivå.

Ovannämnda studie är genomförd i Skottland och det återstår att utforska framöver om resultaten gäller för patienter i olika delar av världen. För många av våra patienter är rekommenderad maxdos av paracetamol 3 g per dygn, vilket är lägre än given dos i studien.

Dorothea Lagrange
familjeläkare

Sofie Näslund
informationsläkare

Säkerställ läkemedelsbehandling i vårdens övergångar

Vårdens övergångar innebär en stor patientsäkerhetsrisk ur flera aspekter. En av de största riskerna uppstår när patienten byter huvudman och därmed journalsystem i vårdkedjan. För de patienter som har sina läkemedelsordinationer i Pascal kan samtliga vårdutförare se samma information och därmed finns förutsättningar för att säkerställa att patienten får de läkemedel som är ordinerade enligt senaste ändringen.

Under april månad genomförde regionen och den kommunala hälso- och sjukvården en enkätundersökning för att identifiera svårigheter i läkemedelshantering vid övergång från somatisk sjukhusvård till kommunal sjukvård. Syftet var att identifiera risker i nuvarande arbetssätt för att framgent arbeta med förbättringar. Sammanställning och redovisning av resultaten sker internt via respektive huvudman samt delvis i ett senare nummer av MiX. Motsvarande inventering kommer senare att genomföras för övergång i motsatt riktning.

Listan till höger är skapad för att få en så bra övergång vid utskrivning från sjukhus till kommunal sjukvård. Otydliga läkemedelslistor ställer till många problem för kommunens sjuksköterskor och mycket tid går åt att förtydliga vilka läkemedel och vilka doser patienten ska ha.

Tänk på detta vid utskrivning till kommunal sjukvård:

- Ordinera, uppdatera och säkerställ alltid läkemedelslistan i Pascal vid utskrivning/ besök på mottagning (även helförpackningar).
- Säkerställ att utsättningsdatum noteras i Pascal vid tidsbegränsad behandling.
- Säkerställ att läkemedelsberättelsen är dokumenterad i slutanteckningen vid utskrivning.
- Säkerställ att ordinerade läkemedel för minst tre dagar finns tillgängligt för patienten i samband med hemgång. Kom ihåg alla typer av läkemedel, även inhalationer, ögondroppar, salvor och liknande. Beakta att alla patienter inte själva har möjlighet att gå till apoteket.

Ulrika Carlsson
medicinskt ansvarig sjuksköterska, Gävle

Britt Aspögren
medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ockelbo

Utvärdering av läkemedelsavstämningar i primärvård

Felaktiga läkemedelslistor beräknas i USA årligen orsaka över 100 000 förebyggbara sjukhusinläggningar och extra vårdkostnader på 1 miljard dollar. I december 2021 publicerades en amerikansk studie som undersökt i vilken utsträckning arbetssätt som innebär läkemedelsavstämningar av hög kvalitet förekom i primärvården samt vilka hinder som finns för arbetssätten.

Vårdbesöken observerades med stöd av ett formulär skapat för att fånga upp arbetssätt och beteenden som bidrar till "bästa möjliga läkemedelshistorik" (BPMH), vilket följdes av intervjuer med och enkäter till patienter och vårdpersonal i flera olika yrken.

Resultat – upplevda hinder

Främst identifierades brist på eller dålig följsamhet till rutiner och fastställda arbetssätt. Andelen genomförda punkter i BPMH-formuläret varierade stort i observationerna (33–82 procent, medel 53 procent).

Personalen uppfattade problem med att fastställa läkemedelslistan och att kommunicera den vidare som stora hinder för läkemedelsavstämning. Kommunikationen brast inte bara vid vårdövergångar (till exempel från sjukhus till eget boende), utan också inom verksamheterna.

Samtidigt fanns oklarheter kring vems ansvar det var att genomföra läkemedelsavstämning och korrigerera felaktigheter - och varierande trygghet i arbetsuppgifterna. Majoriteten var generellt bekväma med att lägga till eller ta bort läkemedel på listan, men bara en tredjedel var bekväma när det gällde läkemedel från andra verksamhetsområden. Förskrivare var mer benägna att sätta ut och icke-förskrivare mer benägna att lägga till.

Även upplevd brist på kunskap hos kollegor om läkemedelsavstämningar eller enskilda läkemedel, samt att patienterna inte kände till sina ordinationer eller var engagerade i processen berördes. Vårdpersonalen lyfte fram det som önskvärt, men ovanligt, att patienterna tog med hela läkemedelsförpackningar hemifrån.

Personalen fann det svårt att med befintliga rutiner samla in och dokumentera patientens läkemedelsinformation (särskilt saknades stöd för att registrera receptfri egenvård i elektronisk journal). Nuvarande arbetssätt upplevdes inte ge tillräcklig tid för att genomföra en bra läkemedelsavstämning.

Förbättringar

Förbättringsförslag samlades in från patienter och personal som till exempel att på olika sätt påminna/be patienter att ta med sina läkemedel till besöket, att sjuksköterskor ska kunna flagga upp inaktuella läkemedel som läkaren kan ta bort (istället för att själva behöva fatta beslutet) samt att informera patienterna om varför det är viktigt med läkemedelsavstämning vid varje besök. Därtill efterlystes att journalsystemen skulle ha en egen del för receptfria preparat eller att systemet påminner om att särskilt efterfråga receptfria preparat när läkemedelslistan fastställs. Personal föreslog att patientbesöken skulle förlängas för att ge tid för läkemedelsgenomgång, men även att ett separat besök för sådan skulle kunna bokas, särskilt för nya patienter eller i samband med byte av vårdform.

Rebecca Storfors Weisberg
klinisk farmaceut

Hela artikeln "A mixed methods evaluation of medication reconciliation in the primary care setting" finns öppet tillgänglig på <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260882>

Hur arbetar Region Gävleborg med detta?

Enligt Socialstyrelsen står läkemedelsrelaterade skador för 9 procent av de vårdskador patienter kan drabbas av i Sverige. Enligt markörbaserad journalgranskning i somatisk sjukhusvård för vuxna i Sverige mellan 2013–2019 bedömdes 40 procent av de läkemedelsrelaterade vårdskadorna som undvikbara.

Läkemedelsenheten arbetar tillsammans med läkemedelskommittén och enheten för patientsäkerhet och vårdkvalitet i ett regionsövergripande förbättringsarbete som benämns "Säkra läkemedelsordinationer". Syftet med arbetet är att förbättra följsamheten kring rutinerna för läkemedelsgenomgångar, vilket inkluderar enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång samt läkemedelsinformationsöverföring mellan olika vårdnivåer.

De hinder som beskrivs i artikeln ovan är delvis desamma som beskrivs i regionen av lednings- och läkargrupper. Det är svårt att få korrekt läkemedelsinformation från patienten, vilket inte underlättas av att vårdpersonalen behöver hantera flera olika journalsystem för att söka information.

Att patienten själv tar med sig sina läkemedelsförpackningar och att man får tid på vårdbesöken att prata om dessa skulle förmodligen underlätta både för patienten och vården, vilket även lyfts som förbättringsförslag i artikeln ovan. Med videomöten i Min vård Gävleborg kan det bli lättare för patienterna att visa läkemedelsförpackningar eftersom patienten är kvar i hemmet.

Josefine Flintberg
klinisk apotekare

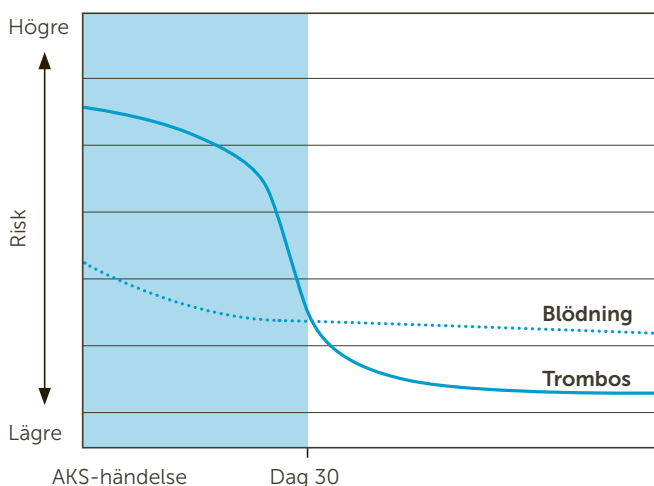
Individualiserad antitrombotisk behandling efter hjärtinfarkt

Den optimala antitrombotiska behandlingen omprövas för närvarande i flertalet studier. Förhoppningsvis leder studieresultaten till ökade kunskaper och en mer nyanserad, dynamisk och individualiserad behandling vilket förordas i de senaste europeiska riktlinjerna.

Behandlingen vid akut och kronisk kranskärlssjukdom har över tid varit relativt oförändrad och standardiserad med samma behandlingskombinationer och behandlingstider för de flesta av patienterna. Nya studier ifrågasätter dock både duration och intensitet av den antitrombotiska behandlingen, och man efterlyser en mer individualiserad behandling. Handläggningen riskerar att bli mer komplex över de kommande åren i takt med att resultat från kliniska försök av nya terapieregimer publiceras. Behandlingsvalet bör göras genom att vikta den antitrombotiska effekten av trombocyttaggregationshämmare och den antiischemiska effekten av antikoagulantia, mot deras risker för blödningskomplikationer.

Efter genomgången perkutan coronar intervention (PCI) ges en tid dubbel antitrombotisk behandling (DAPT). Syftet med DAPT är att minska risken för reinfarkt inklusive stenttrombos. Den faktiska ischemiska risken är störst vid tiden för hjärtinfarkten och avtar med tiden medan blödningsrisken är relativt konstant förhöjd under hela behandlingstiden. Risken för ny trombos med infarkt är högst månaden efter insjuknandet (se bild 1).

Bild 1 - Risk för trombos och blödning efter akut koronart syndrom (AKS)



Under de första 30 dagarna efter ett akut koronart syndrom överväger nyttan av en intensiv antitrombotisk behandling vanligtvis blödningsrisken. Därefter minskar den antitrombotiska nyttan och den fortsatta behandlingen bör väga in både risken för trombos och för blödning.

Källa: N Engl J Med. 2021;384:452-60

Rekommenderad behandlingstid i internationella riktlinjer är generellt 12 månader vid akut koronart syndrom (AKS) medan vid kronisk kranskärlssjukdom (=stabil angina) 6 månader (kan förlängas till 12 månader vid behov). Förlängd behandlingstid kan vara aktuell för vissa riskpatienter efter individuellt ställningstagande. Hos högriskindivider kan DAPT bli aktuellt ända upp till 3 år, då i modifierad regi. Vid hög blödningsrisk kan DAPT däremot istället förkortas till 3 månader eller i mer sällsynta fall till 1 månad (till exempel hög ålder och samtidig anemi, grav njursvikt, tidigare intracerebral blödning, trombocytopeni eller ulcus < 6 månader sedan).

DAPT innebär i praktiken acetylsalicylsyra (ASA) i kombination med P2Y12-receptor-hämmaren klopidogrel (Plavix), tikagrelor (Brilique) eller prasugrel (Efient). Klopidogrel är en mindre potent P2Y12-receptor-hämmare och används framför allt till äldre patienter med hög blödningsrisk. I Region Gävleborgs riktlinjer är tikagrelor den P2Y12-receptor-hämmare som rekommenderas i första hand.

I resultaten från ISAR-REACT-5-studien (randomiserad kontrollerad studie) visade sig prasugrel ha fördelar gentemot tikagrelor. Prasugrel rekommenderas därmed i de senaste riktlinjerna från ESC (European Society of Cardiology) vid icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI). Prasugrel är dock kontraindicerat vid bl a okänd kärlanatomi och blir således i praktiken inte aktuell i många fall eftersom den inte kan ges i laddningsdos. Användandet av laddningsdos vid NSTEMI är dock omdebatterat och europeiska och amerikanska riktlinjer har inte varit samstämmiga. Tidigare jämförande studier mellan trombocytthämmare har dock inte påvisat fördelar för prasugrel och beslutet ESC tog har ifrågasatts och i Region Gävleborg är fortfarande tikagrelor och klopidogrel helt dominerande.

I de randomiserade studier som ligger till grund för nuvarande rekommendationer med dubbel trombocytthämning i 12 månader var medianåldern 62 år. I den kliniska vardagen är dock medianpatienten med infarkt nästan 10 år äldre. Äldre individer skiljer sig från yngre, i form av fler komorbiditeter, fler läkemedel och ofta en högre risk för blödningar.

Aktuella behandlingsregimer kan komma att utmanas av nyare studier med mål att minska blödningskomplikationer. Studierna jämför bland annat kortare tid med dubbel trombocytthämning och övergång till singelbehandling med potent trombocytthämmare som tikagrelor efter viss tid.

Förslag på behandling med trombocythämmare efter akut koronart syndrom (AKS)

Tid efter AKS	Standardbehandling	Hög ischemisk risk	Hög blödningsrisk	Förmaksflimmer
≤ 1 månad	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA + tikagrelor/ klopido-grel	ASA + klopido-grel + NOAK
1–12 månader	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	ASA + tikagrelor (eller prasugrel)	Endast tikagrelor/ klopido-grel	klopido-grel + NOAK
> 12 månader	ASA	ASA + lägre dos tikagrelor/ eller byte till ASA + lågdos rivaroxaban	ASA	NOAK

AKS med förmaksflimmer

Cirka 15 procent av alla patienter som drabbas av hjärtinfarkt har också förmaksflimmer. Dessa patienter bör i första hand fortsätta behandling med NOAK (non-vitamin K orala antikoagulantia), vilken under sjukhus tiden kombineras med både ASA och klopido-grel (trippelbehandling). Behandlingsalternativen är sedan fler när patienten skall skrivas hem. Vanligast är att NOAK kombineras med klopido-grel (eller ASA) upp till 12 månader och därefter monoterapi med NOAK. Samma regim gäller också om patienten har NOAK av annan orsak såsom djup ventrombos, lungemboli, mekanisk klaff eller tromb i vänster kammare.

Kronisk kranskärlssjukdom

Ett år efter insjuknandet bör patientens risk för att drabbas av ny infarkt bedömas. Patienter med återkommande ischemiska episoder utan blödningar kan vara aktuella för en förlängd behandling med ASA i kombination med reducerad dos tikagrelor. Ett annat godkänt men i kliniken mindre använt alternativ är att kombinera ASA med lågdos rivaroxaban (Xarelto).

Att tänka på:

- Vid NOAK-behandling skall patienten sex månader efter PCI mot kronisk kranskärlssjukdom och 12 månader efter AKS i de allra flesta fall enbart behandlas med anti-koagulantia. Trombocythämmande behandling avslutas.
- Det är inte ovanligt att patienter avslutar behandlingen för tidigt, felaktigt fortsätter med DAPT tills vidare eller har både antikoagulation samt trombocythämmare lång tid efter insjuknandet av AKS. Det är därför viktigt att man som läkare, oavsett var i vårdkedjan man befinner sig, klargör behandlingsregimen i samband med en läkemedels-genomgång. Behandlingsregimen finns ofta dokumenterad i utlåtande från PCI. Kontakta gärna hjärtmottagningen vid tveksamheter kring den antitrombotiska behandlingen för patienter med kranskärlssjukdom.

Christer Engvall

ST-läkare, ledamot i läkemedelskommittén, terapigrupp Hjärta-Kärl

Konsultation av klinisk farmaceut i Min vård Gävleborg

Klinisk farmaceut kan nu konsulteras i ärenden som gäller läkemedelsfrågor såsom läkemedelsgenomgångar, läkemedelsbiverkningar, följsamhetsproblem till läkemedelsbehandlingen, huruvida läkemedel kan krossas/delas vid sväljsvårigheter, optimera läkemedelsbehandling/ hitta lämpligt terapival och inhalationsteknik.

Tag gärna kontakt med klinisk farmaceut i Min vård Gävleborg – vi finns under "Gävleborg Dropin-verksamhet" och snart även under "Läkemedelsenheten".

Mari Furucrona

klinisk apotekare



FRÅGA APOTEKAREN

FRÅGA:

Vitamin B-komplex-preparaten Beviplex Comp och Beviplex Forte (som ofta förskrivs för sitt tiamininnehåll) finns åter på marknaden. Om patienter sedan innan står på vitamin B12 och folsyra, ska de sättas ut om ovannämnda preparat sätts in?

SVAR:

Nej. Ibland uppstår en del missförstånd, men det finns inget skäl att sätta ut behandling med B12 och folsyra, om fortsatt indikation finns. Beviplex Forte (som rekommenderas av läkemedelskommitténs terapigrupp) innehåller varken B12 eller folsyra - och Beviplex Comp endast låga doser. För övrigt innehåll, se FASS. Observera förväxlingsrisk mellan Beviplex och Betolvex (B12) utifrån liknande namn. Vid misstänkt tiaminbrist kan det vara relevant att utvärdera behovet av annan substitution, särskilt magnesium. Beviplex Forte och Comp är de enda godkända preparaten med tiamin på den svenska marknaden.

Att utföra enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar är ett konkret sätt att arbeta med God och Nära vård.



Rutiner och struktur kring läkemedelsgenomgångar är ett återkommande tema i MiX. Det handlar inte om att vi är överdrivet intresserade av själva åtgärdskodningen. Det handlar om att det för patienten är mycket viktigt att sjukvården håller koll på sin del av läkemedelsbehandlingen.

I läkemedelskommitténs och läkemedelsenhetens vision för receptförskrivning ska det vara självklart att varje förskrivare gör en enkel läkemedelsgenomgång vid varje ordinationsändring. Men varför då, undrar du? Är det inte tidskrävande och svårt? Och omständligt? Du har ju så mycket att göra.

Givetvis kan det kännas som ett motlut innan du fått klart för dig vem patienten är, vilka diagnoser som föreligger, vilka läkemedel som är ordinerade och vilka läkemedel patienten faktiskt tar. Å ena sidan behöver du ta ställning till biverkningar, interaktioner och möjlig olämplig behandling för patienten i fråga. Å andra sidan förväntar sig patienten att du är professionell och gör denna bedömning. För att inte glömma en liten detalj - Socialstyrelsens föreskrift anger att det är så vi måste arbeta.

Att verkligheten inte alltid är så enkel är också en komplicerande faktor. Bristande bemanning och kontinuitet inom sjukvården är ett stort hinder för framgång kring läkemedelsgenomgångar. Därtill är vården fragmenterad med olika huvudmän och valfrihetsformer samt än så länge uppdelade journalsystem vilket försvårar informationsutbytet och utgör en patientsäkerhetsrisk, allra helst för de mest sköra och sjuka patienterna.

Jag vill mena att vi inte har något val. Vi behöver anpassa vårt arbetssätt så att vi kan arbeta snabbt och säkert. Den dag vi implementerat arbetet med läkemedelsgenomgångar

till fullo, finns goda förutsättningar att leva upp till stora delar av arbetet med God och Nära vård. Då finns en grundlagd där våra invånare, som också är våra patienter, är välinformerade och kan känna sig trygga i sin läkemedelsbehandling.

På min egen arbetsplats i primärvården har vi under många år haft en fortlöpande kollegial dialog kring läkemedelsfrågor. Successivt kan vi se högre ordning i läkemedelslistorna, färre störningar med plötsliga receptförnyelser, bättre medicinska resultat samt färre omotiverade och riskfyllda förskrivningar. Vi uppfattar våra patienter som tryggare, vår ekonomi är bättre och många beskriver en stolthet över det arbete vi utför. Vi ska inte heller glömma bort att arbetet känns både roligare och lättare med ordning och reda!

Att utföra enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar är ett konkret sätt att arbeta med God och Nära vård. Använd läkemedelskommitténs behandlingsrekommendationer som en utgångspunkt för prioriteringar och val av behandling. Genom att arbeta systematiskt med utfasning av metoder och behandlingar som saknar evidens frigör vi utrymme för åtgärder baserade på vetenskaplig evidens. Resan kan vara lång och bitvis skakig, men belöningen finns för den som är uthållig.

Jag vill härmed önska alla MiX läsare en riktigt härlig sommar!

Björn Ericsson

*Specialist i allmänmedicin,
familjeläkare vid Sättra Din hälsocentral
och läkemedelskommitténs ordförande*

REDAKTIONEN

Elin Isaksson, apotekare, redaktör
elin.isaksson@regiongavleborg.se

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin,
ordförande i läkemedelskommittén
bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

PRODUKTION

Confetti

TRYCK

Gävle Offset, Gävle

MIX PÅ WEBBEN

regiongavleborg.se/lakemedel

EXTERN POST

Region Gävleborg
Läkemedelsenheten
Lasarettsvägen 1
801 88 Gävle

INTERN POST

Läkemedelsenheten
Budstation -69-