

# evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL  
#4 · 2017

TEMA

**ÄLDRE**

OCH  
LÄKEMEDEL

Nya indikatorer för  
läkemedel till äldre

Äldre och  
antikoagulantia

Sjuksköterska  
leder Segeltorps  
hjärtsviktsmottagning

**Njursvikt**  
Tio  
rekommenda-  
tioner

**Pauline Raaschou**

med dr, överläkare, Klinisk farmakologi,  
Karolinska universitetssjukhuset

*”Det är oerhört viktigt  
att lära sig känna igen  
den sköra patienten”*

## evidens #4-2017

MEDICIN &amp; LÄKEMEDEL



10



15



20



28

Åldras din patient med framgång? **4**

Omröva och följ upp behandlingen med indikatorer **10**

Följ indikatorerna för dina patienter i PrimärvårdsKvalitet **13**

Använd Pascal fullt ut **15**

Tio rekommendationer vid njursvikt och albuminuri **16**

# TEMA 4

## ÄLDRE och läkemedel

Verktynen som förenklar **20**

Antikoagulantibehandling hos äldre med förmaksflimmer **22**

Läkemedlen kräver tid på Jakobsbergs äldremottagning **24**

Olämpliga läkemedel till äldre minskar **27**

Sjuksköterska leder hjärtsviktsmottagningen i Segeltorp **28**

Antikoagulantia efter hjärnblödning **30**

Läkemedelsstrategi gav förändring **32**

Ansvarig utgivare: Gerd Lärfars, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté  
Redaktion: Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Mattias Schmidt, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund. E-post lakemedelskommitten@sil.se · www.janusinfo.se/evidens

Omslagsbild: Pauline Raaschou, Foto: Anna Molander  
Tryck: Ineko, Årsta, 2017

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org



# Läkemedelskommitté föreslås bli Vårdkommitté



**STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ** och alla expertråd har som mål och vision att arbeta för en klok, kostnadseffektiv och evidensbaserad läkemedelsanvändning. Vi arbetar hårt och dedikerat och våra läkemedelsrekommendationer och utbildningsinsatser får stor genomslagskraft och följsamhet. Läkemedelskommitténs och expertrådens arbetssätt har visat sig vara en framgångsrik modell. Jag är övertygad om att det beror på att läkemedelskommittéerna arbetar med lokalt förankrade experter som har ett förtroende i vården, och som kan diskutera och informera om vårt arbete.

**DET HÄR HAR** regeringens utredare Sofia Wallström tagit fasta på i den kunskapsstödsutredning som presenterades i början av sommaren (Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48). Läkemedelskommittéernas arbete ses som en framgångsrik modell för att implementera kunskapsstöd. Wallström konstaterar i sin utredning att det inte är ont om riktlinjer och vårdprogram, men att följsamheten är dålig och att vården är lika ojämlig nationellt som för ett par år sedan. En bättre samordning mellan myndigheter där Socialstyrelsen har en tydlig samordnande funktion föreslås därför, liksom att läkemedelskommittéernas uppdrag utökas för att omfatta alla delar av vården och vårdprogram. Då skulle läkemedelskommittéerna ändra namn till Vårdkommittéer, uppdraget breddas och särbehandlingen av läkemedel upphöra.

**DET FINNS MYCKET BRA** med förslaget, som att öka samordningen mellan myndigheter och att antalet nationella riktlinjer och vårdprogram begränsas.

**DÄREMOT HAR JAG FARHÅGOR** kring förslaget att flytta fokus från läkemedelsfrågor. Det är sant att läkemedel bara är en del av vården, men en mycket viktig del och ett område där vi kan göra mycket för att uppnå en jämlik användning av resurserna och påverka kostnader. Vårt arbete med läkemedel har hög kvalitet. Enligt författningen har vi också ett oberoende och en obundenhet, samt beslutsmandat givet vårt uppdrag. Vi har dessutom en stark motpart i läkemedelsbolagen, och det gör att vi måste ha en tydlig jävspolicy och värna producentoberoende och kritisk läkemedelsinformation.

**FÖRSLAGET ÄR NU UTE** på remiss och jag hoppas att det kommande beslutet blir en klok avvägning av de nya idéerna och vårt nuvarande arbetssätt. Ett beslut som värnar om det som har visat sig framgångsrikt.

Gerd Lärfars  
docent, överläkare, ordförande i  
Stockholms läns läkemedelskommitté



# Åldras din patient med framgång?

Är din patient skör eller multisjuk eller tillhör gruppen mest sjuka äldre? Eller har patienten åldrats med framgång och lever med livskvalitet upp i hög ålder? Pauline Raaschou, ordförande i expertrådet för geriatriska sjukdomar, guidar i begreppen som bör påverka vilken behandling patienten ska få.

Text: Karin Nordin



Pauline Raaschou, med dr, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Bländ de kvinnor som är födda 1945 kommer 40 procent att uppleva sin 90-årsdag. Det är dubbelt så många som i generationen före. Begreppet unsuccessful ageing, fritt översatt till icke-framgångsrikt åldrande, har börjat dyka upp allt oftare inom geriatrik och gerontologi.

– Det är ett begrepp som har blivit vanligare eftersom vi behöver sätt att spegla åldrandet och öka medvetandet om detta. Det blir allt fler människor som har krav på – och rätt till – ett fullgott liv även som gamla. Vi i vården och samhället behöver möta detta. Men unsuccessful ageing är ju ett ganska osympatiskt begrepp, säger Pauline Raaschou, med dr, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Hon vill hellre tala om successful ageing, som istället reflekterar synen på att många äldre lever friska länge och kan bidra till samhället under lång tid. Fokus flyttas från de negativa aspekterna av åldrandet och stigmatisering av gruppen äldre om man talar om successful istället för unsuccessful ageing.

– Även detta begrepp kan ju tyckas kravfyllt och inte så sympatiskt. Kanske optimalt åldrande är bättre, och det har också föreslagits i litteraturen.

Begreppet successful ageing etablerades under 1980–90-talet och kännetecknar ett åldrande med god fysisk och kognitiv hälsa i frånvaro av medicinska diagnoser som hjärtinfarkt, diabetes eller demens. I de allra flesta fall brukar även personens självupplevda hälsa och känsla av att leva i ett meningsfullt, socialt sammanhang räknas in i begreppet.

– Men det här är inte lätt. Trots att många blir

” – Det är oerhört viktigt att lära sig att känna igen den sköra patienten, för det man ofta måste göra är att avvika från vårdprogram och guidelines vid behandlingen. Den sköra patienten måste behandlas efter individuella förutsättningar. ”

sjukare när de blir äldre så kan upplevelsen av välbefinnande öka långt upp i åren. I studier har man sett att upplevelsen av livskvalitet dippar som mest i medelåldern för många personer.

Förtida åldrande är något som ibland tas in i begreppet unsuccessful ageing. Förtida åldrande är inte tydligt definierat i forskning men enligt Pauline Raaschou handlar det ofta om accelererande åldrandeprocesser, där cellerna inte fungerar som de ska. Detta skulle kunna bero på inflammatoriska processer, koagulationsrubbingar eller förkortad telomerlängd.

– Det kanske skulle kunna förklara att en del människor samlar på sig kroniska diagnoser och blir skröpliga redan i 60-årsåldern. Man blir skör och följer inte den normala kurvan för åldrandet.

## Den sköra patienten

Skörhet eller frailty är ett kliniskt tillstånd som kännetecknas av förlust av funktioner, nedsatt kognition, förlångsammad gånghastighet, ofrivillig viktnedgång, polyfarmaci och beroende av stöd för att klara vardagen. Den självupplevda hälsan är dålig och förväntad överlevnad är högst 2–3 år.



MÖT EXPERTEN

## Pauline Raaschou

**Karriär:** Började vid Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset direkt efter läkarexamen 2000, specialist i klinisk farmakologi 2006. Sedan fem år delas arbetstiden mellan Karolinska och Danderyds sjukhus. Disputerade 2014. Har medverkat i expertrådet för geriatriska sjukdomar sedan 2006.

**Om läkemedel och äldre:** "När jag började med detta runt 2000 var det ett ganska okänt område. Men det har vuxit och fått större utrymme, till exempel i Kloka Listan. Jag tror att *deprescribing*, alltså att sätta ut läkemedel med tveksam nytta för den äldre, är det stora som vi kommer att prata om de närmaste åren."

**Tidigt på morgonen och sent på kvällen:** Tillbringas i stallet där hon rider egna hästen Stella, ett danskt halvblod.

**Läser:** 7–10 böcker samtidigt, gärna lyrik av Majken Johansson. "En otroligt cool poet som skrev rolig, konkret och enkel poesi från femtiotalet och framåt."

**Musik:** Tycker om barockmusik och går gärna på Operan. Puccinis *La Bohème* är en favorit. "Lättillgänglig och vacker. Men handlingen är hopplös i opera. Man får bara luta sig tillbaka och lyssna."

**Kommande vinter:** Åker snowboard i Japan.

Förändrad farmakokinetik och -dynamik är vanligt hos de mest sjuka äldre och risken för biverkningar ökar. Dosjusteringar, byte eller utsättning av läkemedel blir viktiga.

– Det är oerhört viktigt att lära sig att känna igen den sköra patienten, för det man ofta måste göra är att avvika från vårdprogram och guidelines vid behandlingen. Den sköra patienten måste behandlas efter individuella förutsättningar. Som läkare behöver man ett annat tänk: behandla de symtom du har framför dig i första hand och prioritera ner profylaktisk behandling.

Däremot menar Pauline Raaschou att omhändertagandet bör ske på ett standardiserat sätt, till exempel i team i hemsjukvården där primärvårdsläkaren har samma helhetssyn som en läkare inom geriatriken.

– Vi behöver identifiera vilka patienter som är sköra för att göra det lättare för alla att sätta sig in i patientens behandling och omvårdnad. Akutdoktorn, kirurgen, anestesiolagen och andra specialister ser annars lätt patienten utifrån sitt eget perspektiv och handlägger isolerat det sym-

tom eller besvär som ligger närmast till hands. Primärvårdsläkaren har en nyckelroll genom att se hela patienten. Distriktsläkaren kan bedöma risk/nytta-balansen av att sätta in eller ta bort ett läkemedel på ett helt annat sätt än till exempel akutläkaren har möjlighet att göra.

### Till sist, hur gör man då för att bli framgångsrik i sitt åldrande?

– Åldrandet är tydligt kopplat till hur man lever under hela livet. Låg fysisk aktivitet och rökning är riskfaktorer för att inte åldras optimalt. Man ska också se till att få effektiv behandling för andra problem, som diabetes eller kardiovaskulära sjukdomar. När man pratar om successful ageing så tycker jag även att det ska ingå sociala aspekter. Det är viktigt att känna att man har en meningsfull tillvaro och att man inte känner sig ensam. Alla måste själva ta ansvar för sitt åldrande, men vi bör också ha funktioner i samhället som stöttar oss så att vi kan bli gamla med framgång. Där har alla vi som arbetar i vården en roll att vara den stöttande funktionen.



### .....► Mest sjuka äldre

Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för geriatriska sjukdomar väljer ofta att tala om gruppen de mest sjuka äldre. Det är ett begrepp som innefattar både multisjuka och sköra patienter.

– Multisjuklighet behöver inte vara samma sak som skörhet. Man kan ha flera diagnoser men

ändå inte vara skör. Den multisjuka patienten utan skörhet repar sig ofta även om hen varit akut sjuk. Skörhet är en annan dimension av åldrande och sjukdom och de patienterna är skröpligare, har ofta svårt att gå, de är kroppsligt och muskulärt svaga med sarkopeni. Det är det diffusa visnandet man ser hos den sköra patienten.



## Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre

Broschyren från Stockholms läns läkemedelskommitté innehåller handfasta tips om behandling av de mest sjuka äldre. En uppdaterad version kommer i januari. Hämta broschyren här:

[www.janusinfo.se/Om-oss/1/Informationsmaterial](http://www.janusinfo.se/Om-oss/1/Informationsmaterial)

# Ompröva och följ upp behandlingen med indikatorer

De nationella indikatorerna för god läkemedelsterapi hos äldre har haft stor betydelse för att höja kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre. I somras kom den nya versionen som innehåller flera förändringar för att göra indikatorerna mer användbara i vården.

## Johan Fastbom

professor Aging Research Center, Karolinska Institutet, utredare, projektledare Socialstyrelsen



Johan Fastbom

läkemedel kombineras, läkemedel vars effekt och biverkningar är beroende av njurfunktionen samt läkemedel som bör omprövas vid misstanke om vissa viktiga biverkningar.

» Diagnosspecifika – som beskriver vad som är rationell, irrationell och olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning vid elva av de vanligaste diagnoserna hos äldre.

Tanken var att indikatorerna ska kunna fungera både som uppföljningsinstrument och som stöd för förbättrad kvalitet i äldres läkemedelsbehandling, på såväl grupp- som individnivå.

I den nya versionen har många av de läkemedelspecifika indikatorerna utökats, medan några delar har tagits bort. De diagnosspecifika indi-

Första gången indikatorerna publicerades var 2004 och de utkom i en reviderad form 2010. De delas in i:

» Läkemedelsspecifika – som mäter kvalitet med avseende på val av preparat, behandlingsregim, dosering, hur

katorerna har genomgått i många fall betydande uppdateringar och därtill utökats med två nya diagnoser/behandlingsområden: strokeprofylax vid förmaksflimmer samt osteoporos. Det som kännetecknar hela dokumentet är att omprövning och uppföljning av all behandling är avgörande för god kvalitet i äldres läkemedelsanvändning. Läkemedelsgenomgångar är ett viktigt verktyg för detta och ingår i en av indikatorerna.

## Flera tecken på bättre kvalitet i äldres läkemedelsanvändning

Sedan 2005 ses tydliga tecken på förbättringar i äldres läkemedelsanvändning. I Socialstyrelsens senaste patientsäkerhetsrapport redovisas att användningen av olämpliga läkemedel, NSAID och antipsykotika hos personer 75 år och äldre, sedan 2005 har minskat med 53 procent, 51 procent respektive 43 procent. Detta visar att vi är på rätt väg, men det finns fortfarande utmaningar. Allt fler äldre lever länge med flera sjukdomar. Omfattningen och komplexiteten i deras läkemedelsanvändning kommer med all sannolikhet att fortsätta öka, och därmed också behovet av att individuellt optimera användningen för bästa möjliga balans mellan nytta och risk.

## Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

Hela det uppdaterade dokumentet finns här:

[www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-6-7](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-6-7)

## Några exempel ur den nya versionen

### Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger:

Långverkande bensodiazepiner  
Läkemedel med antikolinerga effekter  
Tramadol  
Propiomazin  
Kodein NY  
Glibenklamid NY  
Doxazosin och terazosin NY

### Olämplig dosering

Acetylsalicylsyra i lägdosberedning i en dygnsdos > 75 mg  
Haloperidol i en dygnsdos > 2 mg  
Risperidon i en dygnsdos > 1,5 mg  
Oxazepam i en dygnsdos > 30 mg  
Zopiklon i en dygnsdos > 7,5 mg  
Citalopram i en dygnsdos > 20 mg NY  
Escitalopram i en dygnsdos > 10 mg NY

### Förmaksflimmer, strokeprofylax NY

Andelen personer som använder antikoagulantia (NOAK eller warfarin), av alla med diagnos förmaksflimmer bör vara hög.

### Olämplig regim

OMPRÖVA:

- » Sömnmedel regelbundet varje kväll, under mer än en månad
- » NSAID i en regelbunden dosering dagligen under mer än två veckor
- » Glukokortikoider för systemiskt bruk kontinuerligt under mer än ett år
- » Antiepileptika under mer än ett år
- » Antipsykotiska läkemedel under mer än tre månader
- » Protonpumpshämmare under mer än två månader
- » Medel mot inkontinens och för kontroll av miktionsfrekvens under mer än två månader
- » Lugnande medel, bensodiazepiner (N05BA), regelbundet under mer än en månad

### Osteoporos NY

Andelen personer 75 år och äldre som använder benspecifika läkemedel inom 12 månader efter förstagsfraktur (i höft, kotkropp, bäcken, underarm, överarm, handled) bör vara hög.

Andelen personer som använder kalcium-D-vitamin i monoterapi mot osteoporos 6–12 månader efter förstagsfraktur bör vara låg.

→ Fler exempel på viktiga förändringar i den nya versionen av Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre

INDIKATOR	FÖRÄNDRING
<b>1.2 Preparat för vilka korrekt och aktuell indikation ofta saknas eller är oklar</b>	Tillagt: tre läkemedel/läkemedelsgrupper, acetylsalicylsyra i lågdos, statiner och inkontinensmedel.
<b>1.5 Polyfarmaci</b>	Borttaget: Samtidig behandling med tio eller fler läkemedel.
<b>2.5 Typ 2-diabetes</b>	Flera förändringar. Bl.a. nya gränser för dosjustering resp. utsättning av metformin vid nedsatt njurfunktion.
<b>2.9 Demenssjukdom</b>	Tillägg om att demensläkemedel bör provas om det finns indikation för sådan behandling, men också att kognitiv sjukdom först ska ha fastställts genom adekvat demensutredning, och att gynnsam effekt ska kunna påvisas vid uppföljning av behandlingen för att den ska fortgå.
<b>2.10 Depression</b>	Lyfter fram att evidensläget idag är bristfälligt för läkemedelsbehandling av depression hos personer över 80 år, och för personer med omfattande samsjuklighet. Betonar också behovet av en korrekt depressionsdiagnos inför behandling med antidepressiva läkemedel.
<b>3.1 Läkemedel och allvarliga biverkningar</b>	Ny indikator inom ett nytt område "3. Indikatorer för läkemedel i relation till andra aspekter på hälsa och sjukdom". Presenterar checklistor som kan användas för att identifiera, och på sikt förebygga, läkemedelsbiverkningar som leder till akut inläggning på sjukhus av äldre.

#### Referenser:

[www.janusinfo.se/evidens/aldre/indikatorer](http://www.janusinfo.se/evidens/aldre/indikatorer)

# Följ indikatorerna för dina patienter i PrimärvårdsKvalitet

I nuläget har cirka 500, eller 40 procent, av Sveriges vårdcentraler möjlighet att följa sina kvalitetsdata i PrimärvårdsKvalitet. 150 av dem finns i Stockholm och använder Medrave för att ta fram och visa data automatiskt utan extra registreringar.

## Stina Gäre Arvidsson

distriktsläkare, Sveriges Kommuner och Landsting

PrimärvårdsKvalitet innehåller cirka 100 olika kvalitetsindikatorer som speglar primärvårdens breda verksamhet med kronisk sjukdom, akuta infektionssjukdomar, rehab eller kontinuitet.

För att enkelt kunna följa upp *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* finns dessa fyra i PrimärvårdsKvalitet:

» Andel patienter  $\geq 75$  år som förskrivits läkemedel som bör undvikas av äldre om inte särskilda skäl föreligger.

» Andel personer  $\geq 75$  år som förskrivits ett eller flera läkemedel för vilken användning och

dosering behöver anpassas till njurfunktion, vars njurfunktion är uppmätt senaste 12 månaderna.

» Andel patienter  $\geq 75$  år som förskrivits oxazepam av alla som behandlas med lugnande medel.

» Andel patienter  $\geq 75$  år som förskrivits zopiklon av alla som behandlas med sömnmedel.

För alla personer med komplexa behov, som sköra äldre, behöver vården planeras. Individens behov avgör vilka insatser och planer som behövs, till exempel medicinsk vårdplan, omvårdnadsplan och/eller rehabiliteringsplan. Personer som har

### PrimärvårdsKvalitet är:

- » Primärvårdens eget kvalitetssystem
- » Enkelt att använda – automatisk hämtning ur befintliga system i realtid
- » Evidensbaserat och tvärprofessionellt

stöd från Socialtjänsten har dessutom en genomförandeplan som beskriver insatserna. När det finns mer än en plan för individens vård finns det behov av samordning. Då ska en Samordnad Individuell Plan, SIP, upprättas tillsammans med patienten samt närstående när så är lämpligt. Utöver Socialstyrelsens indikatorer ovan lanseras därför indikatorer för att kunna identifiera och följa upp patienter med behov av samordnade insatser:

- » Andel patienter med SIP upprättad senaste 18 månaderna av alla listade patienter.
- » Andel patienter med SIP upprättad senaste 18 månaderna och där uppföljning av SIP har skett senaste 6–12 månaderna efter att den upprättats.

### Läs mer:

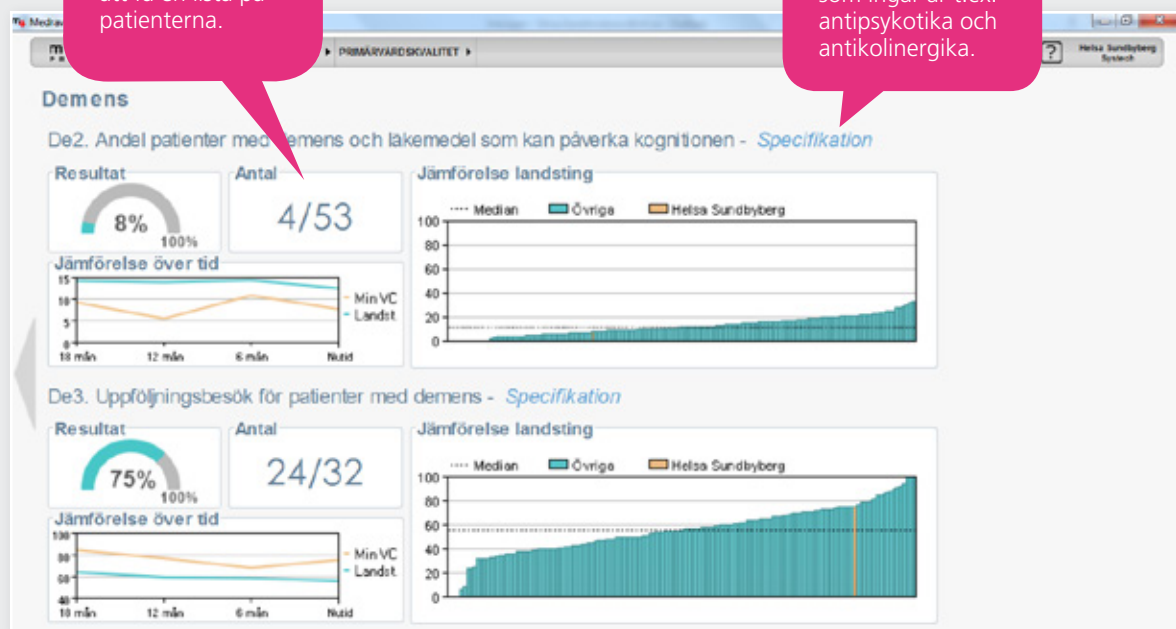
Mer information om indikatorerna och stödmaterial finns på [www.skl.se/primarvardskvalitet](http://www.skl.se/primarvardskvalitet)

” När det finns mer än en plan för individens vård finns det behov av samordning. ”

- » Kontinuitetsindex för patienter som har SIP upprättad senaste 18 månaderna.

Klicka här för att få en lista på patienterna.

De läkemedel som ingår är t.ex.: antipsykotika och antikolinergika.



Exempel på gränssnitt hos en vårdcentral i PrimärvårdsKvalitet.

Över: Andel patienter med demens och läkemedel som kan påverka kognitionen.

Under: Uppföljningsbesök för patienter med demens.

# Använd Pascal fullt ut

Förskrivning och beställning av dosförpackade läkemedel görs i Pascal. Flera inbyggda förskrivningsstöd kan underlätta ditt jobb med att ta ansvar för en patientsäker läkemedelsanvändning.



Roswitha Abelin

Foto Anna Molander

förskrivare som inte har uppmärksammat att de finns. Bara genom att hålla muspekaren över knappen får man snabb information om vad som är problematiskt och vill man veta mer är det lätt att klicka sig vidare, säger Roswitha Abelin, informationsapotekare vid Medicinsk fortbildning, Närsjukvård, som håller utbildningar i Pascal för vårdpersonal.

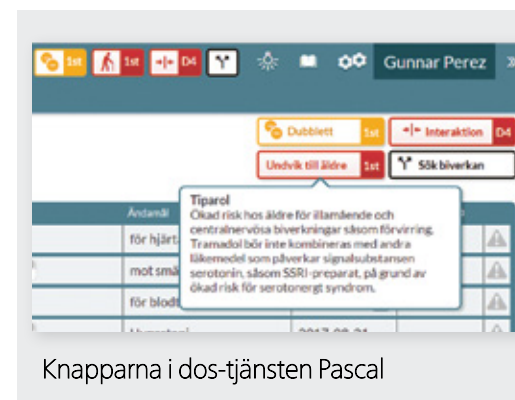
Hon tipsar också om funktionen *Sök biverkan*. Genom att skriva in patientens symtom, till exempel klåda, får man upp en lista på alla läkemedel som patienten använder med klåda som rapporterad biverkan.

– När en patient har ett nytt symtom är det alltid bra att först och främst fråga sig om det kan vara en biverkan av ett befintligt läkemedel, och då är den här funktionen väldigt bra med snabb, överskådlig och individanpassad information.

*Vill du och dina kollegor veta mer om hur ni kan använda Pascal? Kontakta Roswitha Abelin på [roswitha.abelin@sll.se](mailto:roswitha.abelin@sll.se)*

Systemet varnar vid förskrivning av dubletter, läkemedel som är olämpliga för äldre samt vid samtidig användning av läkemedel som interagerar. Längst upp till höger i fönstret finns knappar som tänds om något av dessa problem skulle upptäckas hos den aktuella patienten.

– Använd knapparna, testa dem! De är till för ökad patientsäkerhet men tyvärr är det många



Knapparna i dos-tjänsten Pascal

### Vanliga missuppfattningar om Pascal

Genom att ansluta en patient till Dostjänsten/Pascal kommer alla hennes läkemedel läggas i dospåse.

Recept på läkemedel i original- eller helförpackningar som utfärdas i Pascal tar flera dagar tills patienten kan få dem.

Alla läkemedel som förskrivs i Pascal levereras till patienten.

Fler vanliga missuppfattningar om Pascal – ladda ner dokumentet på [www.janusinfo.se/dos](http://www.janusinfo.se/dos)



# Tio rekommendationer vid njursvikt och albuminuri

Njursvikt är en folksjukdom som medför påtagligt ökad risk för kardiovaskulär sjukdom och som hos vissa utvecklas till en allvarlig njursvikt med behov av stora sjukvårdsinsatser. Tidig diagnos innebär ökad möjlighet att bromsa försämringstakten av njursvikten och därmed minska antalet patienter med behov av framtida njurmedicinsk specialistvård som dialys. Med livsstilsförändringar och läkemedel kan den kardiovaskulära risken sjunka.

**Anna Fagergren**, överläkare Njurmedicinska kliniken, Danderyds sjukhus

**Sara Lind af Hageby**, med dr, biträdande överläkare, tf verksamhetschef Njurmedicinska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset

**Melanie Mork Arbell**, specialist i allmänmedicin, Familjeläkarna Saltsjöbaden, Husby, SÄBO

**Elisabeth Wolpert**, med dr, specialist i allmänmedicin, Huddinge akademiska vårdcentral

Njursvikt är vanligt med en prevalens på 4–5 procent. Ändå är problemet lätt att förbise i den kliniska vardagen. Vid måttlig njursvikt har patienterna inga symtom och kreatininvärdet kan ofta ligga strax över eller till och med inom referensområdet. För äldre personer kan detta gälla även vid uttalad njursvikt. Införandet av kreatininerat eGFR i laboratorielistan medför att betydligt fler patienter nu enkelt kan diagnostiseras med olika grader av påverkan på njurfunktionen.

Utmaningen är att bedöma den medicinska relevansen av avvikande värden. Vilka patienter ska utredas vidare och hur ska de behandlas och följas upp? Vårdprogrammet *Njursvikt och albuminuri* har nyligen uppdaterats för att underlätta handläggningen i primärvården i Stockholm och finns på Viss.nu. Arbetet har skett i nära samarbete mel-

lan distriktsläkare och njurmedicinare och stor vikt har lagts vid att det ska vara lätt att använda. En patientinformation för patienter med nyupptäckt njursvikt kommer inom kort att finnas tillgänglig för utskrift via Viss.

Att beakta vid vård av äldre multisjuka patienter är att vanliga symtom som trötthet, anemi, nedsatt aptit, muskelsvaghet och illamående delvis kan bero på njursvikt även om många patienter över 80 år verkar "tåla" sin njursvikt bättre än yngre. Snabbt försämrade njurvården beror ofta på uttorkning.

**Behandling med RAAS-blockad:** Indikation för RAAS-blockad är att minska progresstakten (njur- och hjärtskyddande). Indikation för att minska dosen eller sätta ut RAAS-blockad är snabbt stigande kreatinin efter nyinsättning/dosökning eller uttalad hyperkalemi. Högre kaliumnivåer kan

accepteras vid kronisk njursvikt (mål P-kalium < 5,5 mmol) men uppföljningen måste då vara frekvent. Lågt blodtryck är ingen absolut kontraindikation för RAAS-blockad men symtomgivande hypotoni/ortostatism ska undvikas.

Patienter med nedsatt njurfunktion behöver ofta högre doser loopdiuretika för god effekt till exempel vid behandling av tillfälligt försämrad hjärtsvikt. Peroral maxdos är 500 mg x 2.



Anna Fagergren



Elisabeth Wolpert



Melanie Mork Arbell



Sara Lind af Hageby

## Här sammanfattar vi några principer:

### 1. Nyupptäckt kreatininstegring: kontrollera alltid värdet på nytt inom några dagar

Kontrollera samtidigt en urinsticka och ett blodtryck.

En patient som försämras snabbt måste utredas direkt. Om värdet är kraftigt förhöjt bör patienten eventuellt remitteras akut.

**2. Remiss till akutmottagning** vid nyupptäckt GFR < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> eller snabbt stigande kreatinin. Ring njurmedicinjour vid misstanke om akut njurmedicinsk sjukdom, till exempel vid kraftig albuminuri och ödem (nefrotiskt syndrom?) eller vid albuminuri och mikrohematuri i kombination med stigande kreatinin (akut vaskulit?).

För fler orsaker se Viss.nu.

### 3. Bestäm njurfunktionen med eGFR

Om kreatininerat eGFR inte redovisas i journalen kan man enkelt beräkna det med en nätkalkylator, [www.egfr.se](http://www.egfr.se). Vid patologiskt värde komplettera med Cystatin C-eGFR – medelvärde av dessa två ger oftast den bästa uppskattningen av GFR.

Njursvikt föreligger vid GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Observera att många äldre patienter har lätt till måttlig njursvikt endast på grund av hög ålder - för dessa är prognosen oftast god. Ju yngre patienten är, desto allvarligare är även lindrigare njurfunktionsnedsättning. Äldern påverkar när patienten ska remitteras till njurmedicinspecialist – se tabell i vårdprogrammet.

Vänd för fler

#### 4. Undersök om albuminuri föreligger

En urinsticka med 1+ protein indikerar U-alb/krea  $\geq 30$  g/mmol. Följ upp med provtagning U-alb/krea kvot. Vid albuminuri i upprepade prover bör man göra en basal utredning samt behandla eventuell hypertoni och diabetes mellitus optimalt.

#### 5. Gör alltid en basal utredning vid njursvikt och/eller vid albuminuri

Målet med utredningen är att om möjligt bestämma orsak till njursvikt/albuminuri och kartlägga riskfaktorer för försämring, framför allt grad av albuminuri samt blodtryck. Syftet är också att identifiera de patienter som ska remitteras till njurmedicinspecialist. Se Viss för innehållet i basal utredning.

Om patienten är mycket gammal eller multisjuk ska en individuell bedömning göras avseende vilken utredning som kan gagna patienten.

#### 6. Vilka patienter ska remitteras till njurmedicinspecialist?

I Viss finns tydliga rekommendationer i tabellform om vilka patienter som ska remitteras. Basal utredning bör vara genomförd och sammanfattas i remissen. Då kan ofta ett remissvar med bedömning och råd om vidare uppföljning vara tillräckligt. Patienter som bör genomgå njurbiopsi eller som har stor risk att försämrats i sin njurfunktion framöver bör bedömas och följas vid njurmedicinmottagning under kortare eller längre tid.

#### 10. Sätt diagnos i journalen och informera patienten

#### 7. Behandla alla riskfaktorer

Hypertoni, albuminuri, diabetes mellitus, arterioskleros, rökning, övervikt, riskbruk av alkohol ska behandlas. Målet är både att minska risken för att njurfunktionen försämrats och att minska risken för kardiovaskulär sjukdom.

– Blodtryck målvärde  $< 140/90$ , vid albuminuri  $< 130/80$

– Behandla albuminuri med RAAS-blockad, det vill säga ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare, ARB

– Optimer diabetesbehandlingen

– Uppmuntra till rökstopp och erbjud hjälp att sluta röka

– Erbjud stöd till viktneidgång vid behov

– Erbjud stöd till minskad alkoholkonsumtion

– Ge lipidsänkande behandling som primärprevention till alla patienter över 50 år med eGFR  $< 60$  ml/min.

#### 8. Dosanpassa läkemedel och undvik nefrotoxiska läkemedel

NSAID ska undvikas vid GFR  $< 30$  ml/min och ordineras sparsamt vid lindrigare njursvikt. Fler nefrotoxiska läkemedel står listade i Viss. Ett flertal läkemedel, framför allt antibiotika, ska dosreduceras vid njursvikt för att undvika biverkningar. Se beslutstödet Janusmed njurfunktion.

#### 9. Behandla komplikationer till njursvikt

De vanligaste komplikationerna är rubbningar av elektrolyter som kalium och kalcium, metabol acidosis, anemi (både järnbrist och erythropoetinbrist) och D-vitaminbrist. Enklare rubbningar kan behandlas i primärvården medan grava rubbningar sköts av njurmedicinspecialist. Observera att behandling med erythropoetin är indicerat först vid Hb  $< 100$  g/L, konsultera njurmedicin före insättning.

## Njurfunktion

» Njurfunktion definieras som GFR (glomerulär filtrationshastighet) och njursvikt föreligger vid GFR  $< 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

» Det enklaste sättet att bestämma GFR är att göra en formelberäkning utifrån kreatinivärdet, så kallad estimerat GFR (eGFR). Detta värde fås nu ofta direkt i laboratorielistan när man beställer P-kreatinin. Cystatin C har sedan länge redovisats i denna form (Cystatin C-eGFR).

» Njursvikt medför en påtagligt ökad risk för hjärtsjukdom, särskilt vid samtidig albuminuri.

## Albuminuri

Albuminuri mäts antingen genom en dygnssamling av urin (dU-albumin) eller genom ett stickprov U-albumin/kreatinin-kvot. Urinsticka utan kvot är inte ett tillräckligt noggrant mått.

» Se Viss för tabell med normal/mikro/makro-albuminuri

» All förekomst av albuminuri indikerar förhöjd risk för hjärtsjukdom, både med och utan samtidig njursvikt

» Albuminuri kan också vara ett tecken på bakomliggande njursjukdom som glomerulonefrit eller diabetesnefropati. Albuminuri ska utredas. Vid samtidig förekomst av mikrohematuri bör man misstänka glomerulonefrit/vaskulit, särskilt om njurfunktionen samtidigt försämrats.

Vårdprogrammet *Njursvikt och albuminuri* finns på [www.viss.nu](http://www.viss.nu)



Klokt råd:

Ge alltid patienten en aktuell läkemedelslista

## 3 frågor till Tero Shemeikka

redan från början och få rekommendationer anpassade efter dessa. Dessutom kan man nu lägga in både kreatinin och Cystatin C-eGFR på webben. Det är väldigt bra om man har en äldre patient med låg kroppsvikt. Alla värden visas grafiskt på ett lättillgängligt sätt och om skillnaden inte är för stor mellan värdena beräknas även ett medelvärde.

**Du har själv arbetat inom geriatriken. Vad vill du rekommendera för bättre läkemedelsanvändning hos äldre?**

– Janusmed är ett fantastiskt verktyg för läkemedelsgenomgångar. Särskilt om man har många

patienter med många läkemedel, då man kan använda beslutsstödet för att screena vilka patienter som måste prioriteras. Förutom information om dosering utifrån njurfunktion så får man information om möjliga interaktioner. Och med Janusmed riskprofil också en snabb överblick över om det finns risk för vissa vanliga eller allvarliga biverkningar som sedation, förstoppning eller blödningar. Har man långa listor med läkemedel är det nästan omöjligt att göra detta manuellt, åtminstone inte på ett lika effektivt sätt. Använd även verktyget som en hjälp att ställa rätt frågor till patienten.

Karin Nordin

Janusmed beslutsstöd hittar du på [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)

# Verktygen som förenklar

Janusmed njurfunktion är ett stöd för ordination av läkemedel vid nedsatt njurfunktion. Tero Shemeikka, överläkare, specialist i geriatrik och medicinsk förvaltare av Janusmed vid Medicinska kunskapstjänster, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, vad är nytt i den version som lanseras inom kort?

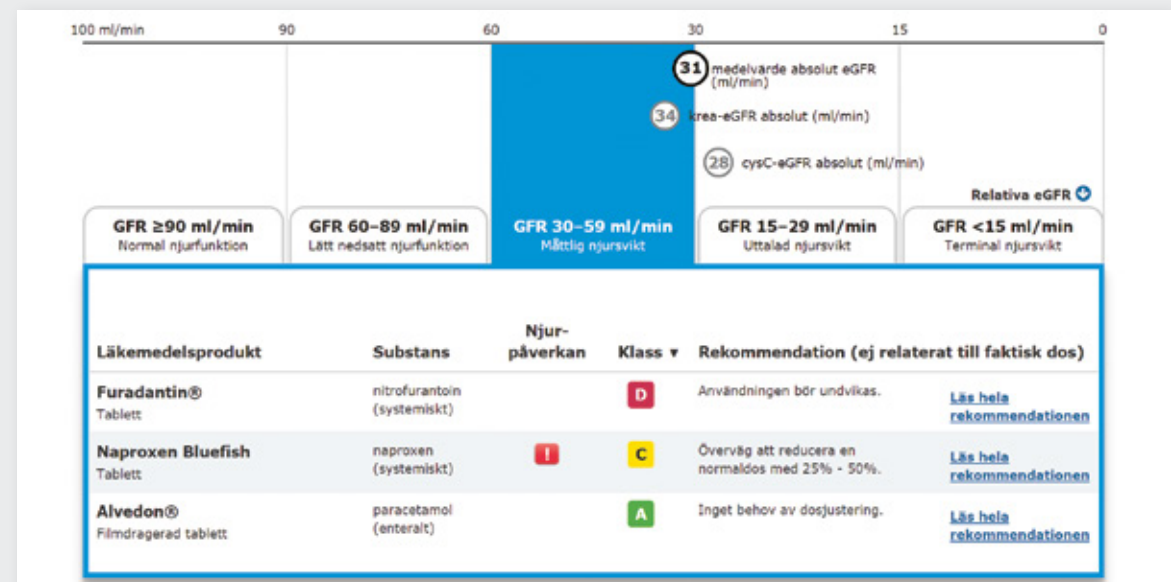
– Det har blivit lättare att navigera mellan olika intervaller för GFR. Det är bra för patienter som ligger på gränsen mellan två intervall, till exempel mellan måttlig och uttalad njursvikt. Nu kan man lätt läsa rekommendationerna på båda sidorna om gränsvärdet och anpassa efter patienten. Detta presenteras också med en ny grafisk form som

tydligt visar hur allvarlig patientens njurfunktionsnedsättning är.

**Det är fler nyheter i webbversionen än i den version som är integrerad i journalen. Vad tillkommer på webben?**

– Nu går det att lägga in patientens vikt och längd

Det nya gränssnittet i Janusmed njurfunktion



# Antikoagulantibehandling hos äldre med förmaksflimmer

Risken att utveckla förmaksflimmer ökar med högre ålder. Äldre har också högsta risken att drabbas av såväl stroke som allvarliga blödningar. Antikoagulantia ger ett viktigt skydd mot ischemisk stroke hos de äldre, och kan med god uppföljning genomföras på ett säkert sätt.

## Paul Hjemdahl

senior professor, överläkare, Klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, ordförande Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar

## Tomas Forslund

med dr, distriktsläkare, medicinsk rådgivare vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar

Allt fler patienter med förmaksflimmer identifieras och introduktionen av nya, direktverkande antikoagulantia, NOAK eller DOAK, har lett till att många fler nu får behandling med orala antikoagulantia, OAK. År 2011 behandlades endast hälften av patienterna med warfarin medan 70 procent hämtade ut något OAK från apoteken under 2015<sup>1</sup>. Vi har nu fler än 50 000 patienter med förmaksflimmer i Stockholms läns landsting varav drygt en tredjedel är 80 år eller äldre och 2016 hämtade 74 procent av dessa ut något OAK. Nyinsättningarna domineras nu helt av NOAK, huvudsakligen apixaban (Eliquis). Totalt i populationen med förmaksflimmer kommer snart fler vara behandlade med NOAK än med warfarin. Det är viktigt att detta sköts på ett bra sätt.

De äldre har den högsta prevalensen av förmaksflimmer (10–15 procent över 75 års ålder) och den högsta risken att drabbas av stroke, men även av allvarliga blödningar. Flera studier har visat att den största strokebördan vid förmaksflimmer var

hos individer över 80 år som inte behandlades med antikoagulantia<sup>2</sup>. Risken för stroke ska skattas med CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc inför ställningstagande om behandling. Ålderskategorin 75+ ger 2 poäng och medför indikation för OAK som stärks med tillkommande riskfaktorer i skalan. Enligt de senaste europeiska riktlinjerna<sup>3</sup> skattas inte blödningsrisken. Men man ska försöka åtgärda riskfaktorer för blödning såsom dåligt kontrollerad hypertoni, läkemedel som ökar blödningsrisken (t.ex. ASA med tveksam indikation, NSAID, SSRI) eller överkonsumtion av alkohol. I de flesta fall är vinsten med strokeprevention större än risken för allvarlig blödning men för sköra äldre patienter kan det ibland vara bättre att avstå. Erbjud inte ASA i stället för OAK eftersom strokeskyddet är väsentligt sämre med ASA utan att vara säkrare<sup>3,4</sup>.

## Uppföljning av äldres användning

Det finns nu en omfattande dokumentation av NOAK från både kliniska prövningar och observa-

” Glöm inte att notera *Varning* i den elektroniska journalen och att ge patienten en OAK-bricka. ”

tionella studier<sup>3,5</sup>. Vi har i Stockholm kontinuerligt bedrivit vidareutbildning om antikoagulantia och följt upp både användning och behandlingsresultat. De kliniska utfallen avseende stroke, allvarlig blödning och död var minst lika bra med NOAK som med warfarinbehandling i länet, även hos patienter som var över 80 år och de som haft en tidigare allvarlig blödning<sup>5</sup>. I Kloka Listan 2017 rekommenderas apixaban i första hand och dabigatran eller warfarin i andra hand men man bör inte byta en välfungerande antikoagulantibehandling.

Ge en god och motiverande information om behandlingen och var tillgänglig för frågor från patient och anhöriga. Glöm inte att notera *Varning*

i den elektroniska journalen och att ge patienten en OAK-bricka. Det finns brickor för alla preparat. Information om behandlingen kan bli mycket viktig i olika akuta situationer som ofta drabbar de äldre.

## Magblödning och anemi

I valet mellan warfarin och olika NOAK tas hänsyn till patientens önskemål och egenskaper. Apixaban är ett bra alternativ även till äldre patienter. Alla NOAK ger färre intrakraniella blödningar än warfarin men gastrointestinala blödningar är ett mycket vanligare problem som i flera studier varit mindre vanligt med apixaban än med warfarin men vanligare med andra NOAK. Anemiutveckling kan vara tecken på malignitet eller annan blödningskälla i mag-tarmkanalen och endoskopisk utredning är därför angelägen att utföra om möjligt. F-Hb kan fånga upp även små gastrointestinala blödningar med långsam anemiutveckling. Dosminskning av NOAK är mycket vanlig hos äldre i sjukvården och förefaller för dem vara adekvat<sup>5</sup>. Kontrollera njurfunktion, Hb och eventuellt interagerande läkemedel regelbundet och understöd långsiktig följsamhet.

Sammanfattningsvis ger behandling med OAK ett viktigt skydd mot ischemisk stroke hos de äldre, och kan med god uppföljning genomföras på ett säkert sätt.

## Referenser:

- Loikas D, et al. Increased thromboprophylactic treatment of patients with atrial fibrillation after the introduction of NOACs – an analysis of sex and gender differences. Am J Cardiol 2017; e.pub Jul 21. doi: 10.1016/j.amjcard.2017.07.002.
- Forslund T, et al. Risks for stroke and bleeding with warfarin and aspirin treatment in patients with atrial fibrillation at different CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc scores: Experience from the Stockholm region. Eur J Clin Pharmacol 2014;70:1477-85.
- Kirchhof P, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016;37:2893-962.
- SBU. Nytt och risk med läkemedel för äldre: perorala antikoagulantia och trombocythämmare. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 229. 2014.
- Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar. Jämförande värdering av NOAK vid förmaksflimmer. www.janusinfo.se/vardering\_NOAK
- Forslund T, et al. Stroke and bleeding with NOAC or warfarin treatment in patients with non-valvular atrial fibrillation: a population based cohort study. Europace 2017; e.pub. Feb. 8, doi:10.1093/europace/euw416.

# Läkemedlen kräver tid på Jakobsbergs äldremottagning

Att arbeta med äldre patienter är tidskrävande och läkemedelsgenomgången är ofta det som tar mest tid vid läkarbesöket. Teamarbetet vid Jakobsbergs äldremottagning underlättar och förbereder inför läkemedelsgenomgången.

– Det är svårt för många att hantera sina läkemedel och den generiska substitutionen på apoteket skapar osäkerhet. Patienterna tar fel mediciner vid fel tillfällen. De använder läkemedel som interagerar med varandra. Problem att svälja och svårigheter att öppna förpackningar är vanliga. Många har nedsatt kognitiv förmåga och därför svårt att ta medicinerna. En del står på flera antikoagulantia samtidigt med stor blödningsrisk. Det finns helt enkelt så många och varierande problem och det enda sättet att hjälpa patienten är att sätta sig ner och gå igenom detta med henne eller honom, säger Sozan Ghattas Seif, distriktsläkare vid Jakobsbergs akademiska vårdcentral.

Många patienter blir glada om det går att sätta ut ett läkemedel. Men inte alltid. Trombyl är ett sådant läkemedel som flera äldre står på utan tydlig indikation. Men trots att de inte vet varför de ska ta det är just Trombyl något de ofta gärna fortsätter med.

– Då, och i många andra fall, är det väldigt bra om patienten har skattat sina besvär i Phase-20. Det är ett instrument som jag gärna använder för att resonera med patienten om biverkningar och läkemedel. Det ger mig också väldigt snabb överblick över hur patienten mår. Om jag till exempel ser att huvudvärk är ett problem kan jag direkt koppla det till användning av amlodipin eller liknande.

Personer som är över 75 år får halvtimmeslånga

tider hos läkaren. Men det är ändå svårt att hinna med allt och läkemedelsgenomgången tar mycket av tiden. Besöken behöver därför förberedas med mätning av längd och vikt och njurfunktion samt att Phase-20 ligger färdig.

Då underlättar det med den särskilda äldremottagningen som nu hållit igång i ett år. Under en timme varje vardag svarar sjuksköterskan på ett direktnummer på telefon. Undersköterskan har mottagning på fast tid ett par timmar i veckan.

– Till mig kan man komma med allt från blodtryckskontroll till receptförnyelse. Jag har också kartlagt olika stöd i kommunen och kan ge råd om till exempel anhängigstöd, rehabilitering eller dietist. Skillnaden med äldremottagningen är att här får man direktkontakt med en person, en fast kontakt i vården, säger Anna Demirian, undersköterska med särskild utbildning i vård av äldre.

– Äldremottagningen skapar trygghet. Patienterna vet att de kan ringa oss och att det är jag som svarar. Jag kan boka in dem till mig eller om det är ett läkarbesök som behövs så håller vi ständigt luckor i bokningen hos alla husläkare för de äldre patienterna. Det går därför snabbt att få kontakt med oss, säger Marie Lindman, sjuksköterska med specialistutbildning vård av äldre.

## Många frågor om läkemedel

När mottagningen startade gick vårdcentralen ut med erbjudande om bättre tillgänglighet och mer



Anna Demirian, Marie Lindman och Sozan Ghattas Seif vid Jakobsbergs akademiska vårdcentral.

.....> sammanhållen vård i brev till alla listade patienter över 75 år. Det är 1 600 av 17 500. Många av de som hört av sig och kommer till sjuksköterskebesök har frågor om sina läkemedel. Marie Lindman gör enkla läkemedelsgenomgångar.

– Jag brukar ge patienten Phase-20 att fylla i hemma, i lugn och ro innan besöket. Jag tror att det blir bäst resultat på det sättet. Sedan diskuterar vi de besvär som patienten har markerat som svåra eller måttliga. Formuläret är också bra att ha för uppföljning så det scannar vi in och journalför. Om det är något som är oklart eller problematiskt i läkemedelsanvändningen, remitterar jag till huslä-

## Phase-20

Symtomskattningsskalan Phase-20 (PHArmacotherapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor) används för att identifiera symtom hos äldre som kan ha samband med läkemedelsbehandling, till exempel biverkningar eller interaktionseffekter.

## Patienter över 75 år

### Alla patienter som är 75 år och äldre ska erbjudas enkla läkemedelsgenomgångar vid

- » besök i öppenvård
- » inskrivning i slutenvård
- » inskrivning i särskilt boende eller hemsjukvård

Patienter med kvarstående läkemedelsrelaterade problem efter enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas en fördjupad läkemedelsgenomgång.

### En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas varje år till

- » patienter i hemsjukvård och särskilda boendeformer för äldre
- » patienter med dosförpackade läkemedel
- » patienter med tre eller fler kroniska diagnoser inom primärvården

kare för fördjupad läkemedelsgenomgång.

Under de första nio månaderna med äldremottagningen har vårdcentralen gjort 580 KVÅ-registrerade fördjupade läkemedelsgenomgångar.

Karin Nordin

## Få struktur på läkemedelsgenomgången

En läkemedelsgenomgång ska genomföras på ett strukturerat sätt och innehålla alla delar av kartläggning, åtgärd, dokumentation och information till patienten. Använd checklisten från läkemedelskommittén. Ladda ner den och andra stöd via:

[www.janusinfo.se/Rutiner/Lakemedelsgenomgangar](http://www.janusinfo.se/Rutiner/Lakemedelsgenomgangar)



# Olämpliga läkemedel till äldre minskar

Sedan Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre publicerades första gången har många insatser gjorts för att minska användningen av de läkemedel som anses olämpliga hos äldre om inga särskilda skäl föreligger. Det gäller antikolinerga läkemedel, långverkande bensodiazepiner, tramadol och propiomazin. Receptförskrivningen har glädjande nog sjunkit och fortsätter att sjunka för dessa läkemedel. Vid den senaste uppdateringen av Socialstyrelsens indikatorer har även kodein, glibenklamid, doxasozin och terazosin lagts till de läkemedel som bör undvikas.

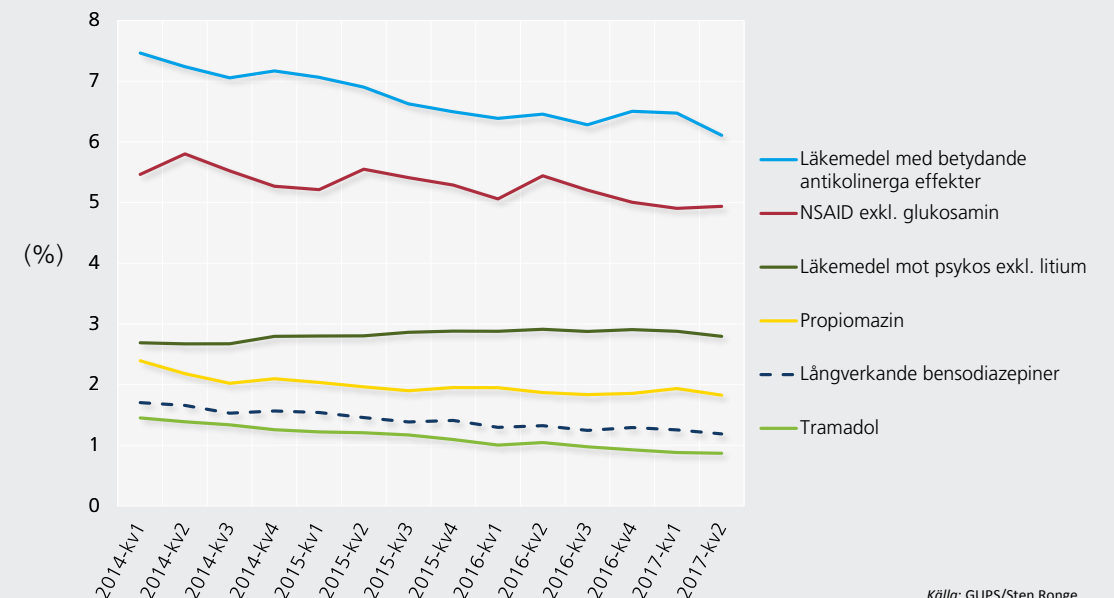
Även förskrivningen av NSAID minskar. NSAID

bör användas med försiktighet till äldre på grund av ökad blödningsrisk och risker för patienter med hjärtsvikt och nedsatt njurfunktion. Vissa NSAID har även visat sig öka risken för hjärtinfarkt och stroke. NSAID kan även köpas utan recept varför den totala minskningen kan vara mindre än vad grafen nedan visar.

Förskrivningen av antipsykotiska läkemedel hos äldre bör begränsas till psykotiska tillstånd och korttidsbehandling vid svår aggressivitet. Här har andelen av receptförskrivna läkemedel planat ut.

Kristina Persson, apotekare, expertrådet för geriatriska sjukdomar

## Andel av individer 75+ med något receptköp varje kvartal i Stockholms läns landsting



# Sjuksköterska leder hjärtsviktsmottagningen i Segeltorp

Efter ett år har hjärtsviktsmottagningen blivit en etablerad verksamhet i primärvården i Segeltorp. Både patienter och läkare känner sig trygga med att besöken tagits över av sjuksköterskan med möjlighet att träffa läkare vid behov.

– Ett syfte med en sådan här mottagning är att patienterna ska bli så kvalificerat omhändertagna i primärvården att behovet av inläggning minskar. Många hjärtsviktpatienter hamnar annars på sjukhus gång på gång. Vi vill också kunna diagnostisera fler personer med hjärtsvikt men som inte vet om det, säger Helena Svensson, sjuksköterska som haft ansvar för hjärtsviktsmottagningen vid Segeltorps vårdcentral.

Det var hon själv som tog initiativet till mottagningen och arbetsgivaren nappade på hennes förslag om att få gå en kurs i personcentrerad vård vid Sophiahemmets högskola under arbetstid. Ett av kursmomenten var ett enskilt arbete och det var i detta som Helena Svensson började lägga upp planen på hur mottagningen skulle kunna drivas. Bland annat togs en delegationsordning fram med uppgift om vilka läkemedel som får hanteras av sjuksköterskan och vid vilka avvikelser läkare ska kontaktas. Helena Svensson får ställa diagnos och diagnoskoda i journalsystem i samråd med ansvarig husläkare.

Enligt planen skulle mottagningen drivas av ett team med en särskilt ansvarig hjärtsviktsläkare, men av olika skäl blev det aldrig så. Helena Svensson har i stället haft kontakt om de enskilda patienterna med alla husläkare vid vårdcentralen. Hon tycker att det varit en lärorik utmaning att skapa den nya verksamheten.

– En del läkare har velat vänta och se vad

jag kan göra. Jämför till exempel med en diabetessjuksköterska. Där är det mer klart vilket ansvaret är. Men numera börjar det dyka upp remisser från läkare till mig och det är oerhört roligt.

Hon beskriver också ett motstånd från vissa patienter.

–De är vana att träffa läkare för kontroll och vet inte vad som menas med ett besök hos hjärtsviktsjuksköterskan. Men många känner sig tillfreds när de upptäckt att de kan prata med mig om saker som de inte tar upp hos läkaren. Jag ser att många går härifrån glada trots att de har en svår sjukdom.

Besöken är 45 minuter långa och ska innehålla kontroll av läkemedelslistan och undersökningar som blodtryck, auskultation och EKG. Dessutom samtal om kost, sömn, och fysisk aktivitet. Mätning för stödstrumpor och diskussion om sjukgymnastik eller arbetsbesparande åtgärder i hemmet ingår också. Helena Svensson kan beställa labbprover och bedöma resultaten. Kraven på dokumentation i hjärtmallen i TakeCare är omfattande och data ska även registreras i kvalitetsregistret RiksSvikt.

– Det viktigaste är ändå att hinna lyssna på och se personen framför sig. Vad är viktigt för just den personen? Det är det som är personcentrerad vård.

Alla patienter kan också ringa mottagningen när som helst och Helena Svensson ringer tillbaka



Helena Svensson

Foto Karin Nordin

under arbetstid. Det brukar bli tre till tio samtal om dagen.

Mottagningen rullar på, men Helena Svensson går vidare i arbetslivet. Under hösten ska hon bygga upp en dagvårdsverksamhet för hjärtsvikt och mottagning med hjärtsviktsskola på Söder-

sjukhuset. Förhoppningen är att det ska leda till ett bättre samarbete mellan primärvård och dagvård med större trygghet för patienter och effektivitetsvinster i organisationen.

Karin Nordin

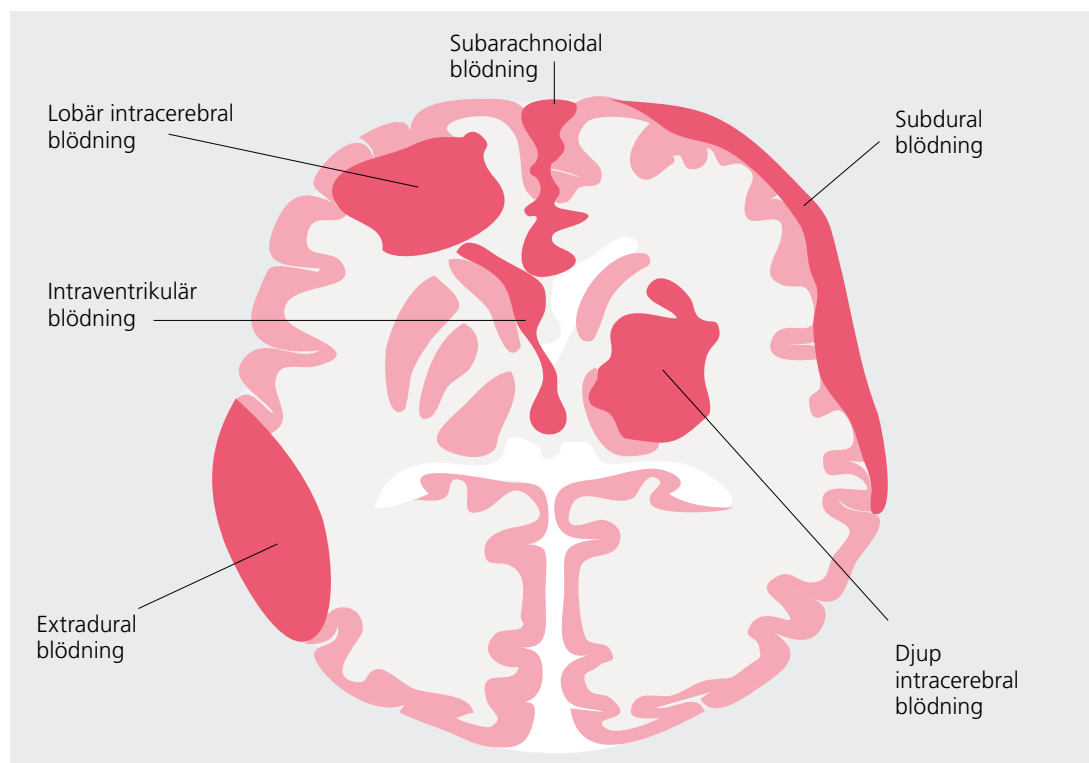
## Delegation

**Helena Svensson, sjuksköterska vid hjärtsviktsmottagning, har rätt att:**

- » Titra ACE-hämmare och angiotensinreceptorblockerare, ARB
- » Sätta ut kaliumsparande diuretika
- » Titra dosen av betablockerare och följa upp behandlingen med EKG
- » Monitorera och öka/minska dosen av furosemid

# Antikoagulantia efter hjärnblödning

Antikoagulantia vid förmaksflimmer minskar förekomsten av ischemisk stroke och död men innebär samtidigt att risken för intrakraniell blödning ökar. Under Hjärndagen samlade Stockholms läns läkemedelskommitté experter från olika discipliner och diskuterade rekommendationer för dessa patienter.



Antikoagulantierelaterad intrakraniell blödning innebär för många som överlever det akuta skedet en ökad trombosrisk när behandling med antikoagulantia avbryts. Men samtidigt en flerfaldigt ökad risk för ny blödning. Risken för ny intrakraniell blödning eller tillväxt av hematomet är störst inom de

närmaste timmarna, dagarna eller veckorna efter en blödning och avtar sedan successivt beroende av typ av blödning och individuella faktorer. Att återuppta eller starta behandling med antikoagulantia efter intrakraniell blödning innebär risk för ny blödning men är även ett skydd mot ischemisk stroke, perifer emboli och trombotisering av

mekanisk hjärtklaffprotes.

Det saknas tyvärr uppföljande kontrollerade studier av fortsatt antikoagulantia-behandling efter en intrakraniell blödning. Faktorer att beakta har

formulerats genom konsensus i internationella riktlinjer och varje patient bör bedömas individuellt. Slutsatser från Hjärndagen finns sammanfattade i ett expertrådsutlåtande.

## Läs mer:

Hela rekommendationen från Stockholms läns läkemedelskommitté finns på [www.janusinfo.se/Hjarndagen](http://www.janusinfo.se/Hjarndagen)

## Antikoagulantia efter intrakraniell blödning

### Faktorer som talar för att kunna återuppta behandling, med tät uppföljning

- » Överdoser, hög intensitet av antikoagulantia vid blödningstillfället
- » Trauma
- » Åtgärdad orsak
- » Opererat kroniskt subduralhematom
- » Åtgärdad aneurysm
- » Inte hög ålder
- » Normalt blodtryck ( $\leq 135/80$ )
- » Djup intracerebral blödning/basala ganglier
- » Ingen vit substans patologi eller mikroblödningar
- » Hög tromboembolirisk/mekanisk hjärtklaffprotes

### Faktorer som talar för att avstå eller avvakta behandling

- » Adekvat eller låg/uppehållen dos antikoagulantia vid blödningstillfället
- » Hög ålder, nedsatt njurfunktion, polyfarmaci
- » Högt blodtryck
- » Kortikal/lobär lokalisation
- » Stor blödning
- » Multipla mikroblödningar
- » Alkoholmissbruk
- » Lokal orsak som inte kan åtgärdas
- » Behov av trc-hämning
- » Låg tromboembolirisk



# Strategi gav förändring

Den nuvarande läkemedelsstrategin för Stockholms läns landsting har lagt grunden för läkemedelsarbetet i fem år. En ny rapport från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen visar goda resultat men även att det finns områden kvar att arbeta med.

Rapporten följer upp målen i läkemedelsstrategin fram till 2016, mätt på ett antal indikatorer. Bland annat visar den att andelen patienter som fick statiner efter hjärtinfarkt ökar, liksom andelen patienter som fått antikoagulantia till följd av förmaksflimmer. Användningen av olämpliga läkemedel till äldre har fortsatt att minska och ligger nära riksgenomsnittet.

– Det här visar att strategin har tagits emot väl och att målinriktat arbete faktiskt leder till förändring för patienterna. Det visar också vilka områden som vi behöver prioritera framöver, säger Magnus Thyberg, chef för avdelningen Medicinsk stab och ansvarig för läkemedelsstrategin.

Ett sådant område som behöver uppmärksammas mer är profylax vid osteoporos. Andelen kvinnor med osteoporosprofylax efter tidigare benskörhetsfraktur är fortsatt låg, trots att den ska öka. Ett annat område är användningen av antibiotika som har fortsatt att minska, men i Stockholm förskrivs fortfarande mer antibiotika än



Magnus Thyberg

Foto Anna Molander

i andra delar av Sverige.

Även andra typer av indikatorer följs upp i rapporten, bland annat hur mycket forskning som bedrivs i landstinget. Den minskning av antalet kliniska prövningar som sågs både i SLL och övriga landet redan innan strategin implementerades har stabiliserats, medan registerstudier istället ökar i antal.

Karin Nordin

## Ny läkemedelsstrategi 2018

**Den nya läkemedelsstrategin** för nästa femårsperiod är på gång och ska börja gälla 2018.

**Patienters inflytande i vården** och läkemedelsanvändningen är centrala i den nya strategin liksom arbetet för jämlik vård och behandling.

**Digitaliseringen av vården** ger nya möjligheter att arbeta för en effektiv och säker läkemedelsanvändning vilket också blir en viktig del av strategin.

**En utmaning för kommande år** är att många nya läkemedel kommer att ha höga priser. Det gör att prioriteringar måste göras för att rätt patienter ska få tillgång till läkemedel i rätt tid.

**Beslut om den nya läkemedelsstrategin** fattas i Hälso- och sjukvårdsnämnden i februari.

## Exempel på indikatorer:

Andel hjärtinfarktpatienter 40–79 år som hämtat ut blodfettsänkande behandling (statiner) efter 12–18 månader. Siffror i procent.

	2011–2012	2013–2014
Stockholms läns landsting	82,0	84,5
Alla landsting, ovägt medel	84,3	85,4

Andel kvinnor över 50 år med benskörhetsfraktur som hämtar ut läkemedel mot osteoporos efter 6–12 månader. Siffror i procent.

	2011	2013	2016
Stockholms läns landsting	14,1	14,0	20,0

Kvinnor, 50 år och äldre som vårdats inom slutenvård med huvuddiagnos fraktur i höft, knä, ländkotpelare, bäcken, bröstkotpelare, handled eller axel följdes upp med avseende på uthämtning av osteoporosförebyggande läkemedel under perioden 6–12 månader efter sjukhusvård. Endast patientens första vårdtillfälle sedan 1997 med någon av diagnoserna ingår i beräkningarna.

Antal antibiotikarecept/1 000 invånare

	2011	2012	2013	2014	2015
Stockholms läns landsting	417	410	368	359	345
Alla landsting, ovägt medel	360	349	325	312	282

Antal fortbildningsaktiviteter arrangerade av Stockholms läns läkemedelskommitté

Under 2016 arrangerades 900 aktiviteter där cirka 20 000 deltagare deltog. Motsvarande siffror för 2014 var 974 utbildningstillfällen med cirka 25 500 deltagare.

### Läs mer:

Rapporten är författad av Pia Frisk, apotekare, Medicinsk Stab, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Ladda ner den här: [www.janusinfo.se/Om-oss1/Lakemedelsstrategin/](http://www.janusinfo.se/Om-oss1/Lakemedelsstrategin/)

## Sms påminner om influensavaccination

Nu kan dina kroniskt sjuka patienter få ett sms som påminner om att det är dags för vaccination mot säsongsinfluensan. Patienten skickar ett sms med kodordet VACCINATION till 720 80, och får då en påminnelse när kampanjen drar igång i november. Ålderspensionärer, kroniskt sjuka och gravida erbjuds gratis vaccination mot säsongsinfluensan.

– En riskgrupp som vi vet är särskilt svår att nå är kroniskt sjuka som är yngre än 65 år. Det är mycket angeläget att personer i dessa grupper vaccinerar sig, eftersom de riskerar att bli svårt sjuka om de drabbas av influensa, säger Per Follin, smittskyddsläkare i Stockholms läns landsting.

Ge dina patienter en lapp med information om sms-tjänsten. Lapparna kan du beställa i block från [broschyre@medicarrier.sll.se](mailto:broschyre@medicarrier.sll.se).

Karin Nordin



## Uppdaterat om ögonsjukdomar

Nu finns uppdaterade broschyrer för patienter om glaukom och torra ögon. Beställ dem med mejl till [medicinsk.fortbildning.hsf@sll.se](mailto:medicinsk.fortbildning.hsf@sll.se) och ge till dina patienter. Eller ladda ner digital version här: [www.janusinfo.se/Om-oss/Informationsmaterial](http://www.janusinfo.se/Om-oss/Informationsmaterial)



## Experterna kommenterar

### Nytt och uppdaterat från Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för endokrinologiska och metabola sjukdomar:

- » Hypotyreos, när ska tillståndet behandlas?
- » Empagliflozin, kanagliflozin (SGLT 2-hämmare) och liraglutid (GLP-1-analog) och effekter på njurarna
- » Kanagliflozin – expertrådets analys
- » Sträva efter nära normalt blodsocker redan vid diagnos av diabetes mellitus
- » Metformin kan i kombination med akuta sjukdomstillstånd och intorkning ge upphov till laktatacidos
  - Med uppdaterad patientinformation
- » God blodsockerkontroll räcker inte för att förebygga komplikationer vid typ 2-diabetes

Läs dem på:

[www.janusinfo.se/behandling/Expertradsutlatanden](http://www.janusinfo.se/behandling/Expertradsutlatanden)

## Risker med protonpumpshämmare, PPI

Vanligaste biverkningarna av PPI är samhällsförvärd pneumoni, höftledsfrakturer och tarminfektion med *Clostridium difficile*. Elektrolytrubbningar och vitaminbrist förekommer också. Det visar en systematisk översikt som summeras av expertrådet för gastroenterologiska sjukdomar. Expertrådet bedömer att PPI förskrivs utanför indikation och att behandlingen inte omprövas och avslutas i tillräcklig utsträckning.

[www.janusinfo.se/biverkningar/ppi](http://www.janusinfo.se/biverkningar/ppi)



## Ensamboende med Alzheimer fick annan behandling

Nästan hälften, 46 procent, av alla patienter som fick diagnosen Alzheimers sjukdom bodde ensamma i sina hem. Detta gällde särskilt äldre kvinnor. Ensamboende blev mer sällan undersökta med hjärn-avbildande metoder och lumbalpunktion samt fick mindre ofta kolinesterashämmare och memantin. De ensamboende fick däremot oftare antidepressiva, antipsykotika och sedativa läkemedel.

Det visar en kohortstudie av 26 000 patienter med Alzheimers sjukdom som fanns med i det Svenska demensregistret SveDem. Data kopplades ihop med information från läkemedelsregistret och patientregistret.

– Anledningen till att de ensamboende fick mer psykofarmaka skulle kunna vara antingen att läkarna var mer benägna att förskriva läkemedlen till denna patientgrupp eller att ensamboendet



orsakade eller förvärrade depression, psykotiska symtom och sömnproblem, säger Dorota Religa, docent, överläkare, Geriatriska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset och medlem i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för geriatriska sjukdomar samt en av författarna till studien.

### Referens:

Cermakova P et al. Living alone with Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2017;58(4):1265-1272.

