

Substans

En tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Nr.2 april 2014

Ny regional läkemedelsdag 21 maj!

Läkemedelskommittén bjuder in alla läkare i den offentliga och privata sjukvården i VGR till en innehållsrik fortbildningsdag om läkemedel. Medverkande är regionens egna experter samt Hans Gilljam från Stockholm. Programmet hittas i sin helhet på anmälningssidan, se nedan.

21 maj kl. 9.15 – 16.00

Radisson Blu Scandinavia Hotel
Södra Hamngatan 59, Göteborg
(vid Centralstationen)

Ur programmet:

Nyttan med biverkningsrapportering
Anders Mellén, Biverkningsenheten

Praktiska frågor kring dostjänsten
Rolf Färnlöf, Område Läkemedel

Antibiotikaförskrivning
– var står vi idag?
Tinna Åhrén, Regionala Strama

Diabetes typ 2
– aktuell läkemedelsbehandling
*Stig Attvall, Hjördis Fohrman,
Terapigrupp Diabetes*

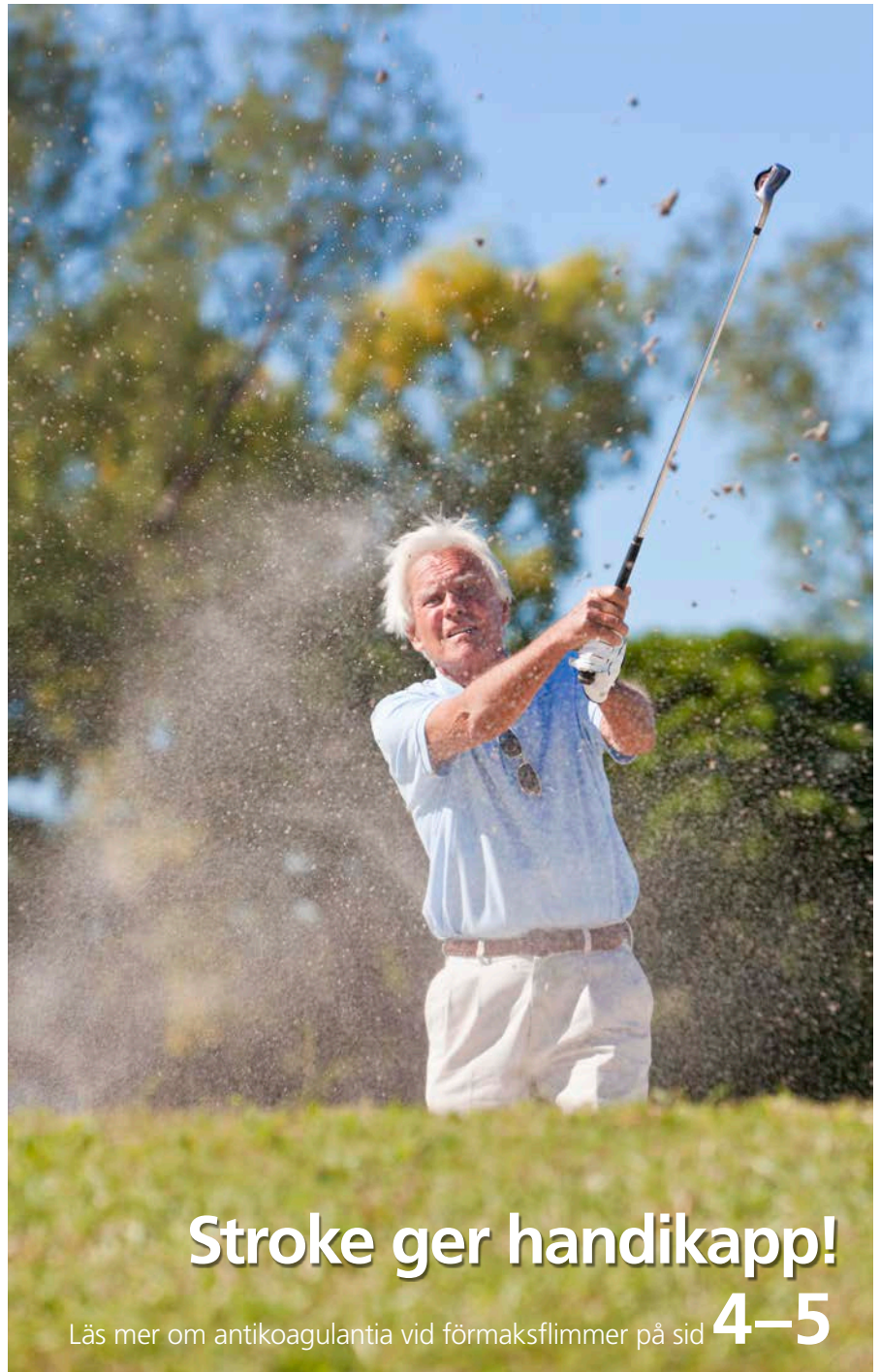
KOL – aktuell läkemedelsbehandling
*Åke Johansson, Terapigrupp Allergi-
Andning-ÖNH*

Läkemedelsbehandling
vid rökavvänjning
Hans Gilljam, Karolinska Institutet

Anmälan senast 12 maj på:
www.vgregion.se/lakemedel21maj

Varmt välkomna!

Läkemedelskommittén i
Västra Götalandsregionen



Stroke ger handikapp!

Läs mer om antikoagulantia vid förmaksflimmer på sid **4-5**

**Nya Regionala
Medicinska Riktlinjer
om Läkemedel**

Läs mer på sidan **2**

**Aktuellt om Läkemedels-
genomgångar och
Läkemedelsberättelser**

Läs mer på sidorna **6-7**

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

Nyheter

Med detta nummer följer fyra Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel (RMR-L). Riktlinjerna är framtagna av arbetsgrupper utgående från de regionala terapigrupperna inom respektive ämnesområde. Nedan ges korta introduktioner och på sidorna 4–5 presenteras riktlinjen om Antikoagulantia vid förmaksflimmer. Alla riktlinjer hittas elektroniskt på: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

NY REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Astma – hos vuxna

Målet med behandlingen är symtomfrihet och för detta krävs läkemedel i kombination med kontroll av miljöfaktorer.

Alla patienter med astma oavsett svårighetsgrad ska föräskes med snabbverkande beta-2-stimulerare.

Vid astmasymtom >2 gånger per vecka insätts inhalationssteroider. De flesta patienter behöver endast låg till medelhög dos. Vid otillräcklig effekt av inhalationssteroid ges tillägg i form av långverkande beta-2-stimulerare och/eller leukotrienantagonist.

Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel kontrollera följande:

- korrekt diagnos?
- korrekt inhalationsteknik?
- följsamhet till given ordination?

I behandlingen ingår även råd angående rökstopp, kontroll av allergener och irriteranter i omgivningen, råd om fysisk träning samt viktnedgång vid övervikt.

Terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH

NY REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Astma – hos barn

Riktlinjen beskriver diagnostik och läkemedelsbehandling av astma hos barn. Målet med behandlingen är symtomfrihet och för detta krävs läkemedel i kombination med kontroll av miljöfaktorer.

Barnet ska klara sina vardagsaktiviteter utan besvär och sova lugnt utan astma eller hosta. Lungfunktionen ska bibehållas normal och medicineringen ska inte ge besvärande biverkningar. Endast vid

kraftig ansträngning, luftvägsinfektion och ofrivillig kontakt med ämnen barnet inte tål kan lindriga besvär accepteras.

Vid otillräcklig effekt av givna läkemedel; kontrollera inhalationsteknik och följsamhet till behandlingen samt överväg om diagnosen är korrekt.

Terapigrupp Allergi-Andning-ÖNH

REVIDERAD REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Peroral tromboocythämmande läkemedel vid akut koronart syndrom (AKS)

Dessa riktlinjer beskriver tromboocythämmande läkemedels roll vid instabil angina och akut hjärtinfarkt. De ersätter "Tromboocythämmande läkemedel vid aterosklerotisk sjukdom" från 2008 som också belyste primärprevention, stroke och andra kärlsjukdomar.

Sedan dess har det registrerats ytterligare två peroral tromboocythämmare:

prasugrel (Efient) och ticagrelor (Brilique) som delvis har ersatt klopidogrel vid AKS.

En annan förändring är ett bredare indikationsområde. Tromboocythämmare (utöver ASA) rekommenderas nu även till patienter som behandlas konservativt eller som har genomgått by-passkirurgi vid AKS.

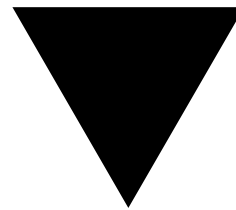
Riktlinjerna ger också behandlingsråd vid samtidig indikation för tromboocythämmare och antikoagulantia hos patienter med AKS.

Terapigrupp Hjärta-kärl

NY REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Antikoagulantia vid förmaksflimmer

se sidorna 4-5

Vad betyder den svarta triangeln?



Vid godkännandet av nya läkemedel är kunskapen om ovanliga biverkningar oftast ofullständig. Sedan hösten 2013 har den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA infört en ny rutin för att sätta läkemedel under särskild övervakning. Dessa läkemedel blir märkta med en svart triangel i FASS och i bipacksedeln. Den svarta triangeln ska uppmuntra till biverkningsrapportering från såväl sjukvårdspersonal som patienter.

Farmakovigilans är de aktiviteter som relaterar till att upptäcka, utvärdera, förstå och förhindra biverkningar av läkemedel samt andra läkemedelsrelaterade problem. För detta ändamål har EU ett system för säkerhetsövervakning. Syftet är att kontinuerligt säkerställa att nyttan överstiger riskerna med de läkemedel som är godkända. Samma övervakningsmetoder används inom hela EU så att de europeiska myndigheterna lätt kan dela information och agera snabbt när så behövs.

Detta ska rapporteras

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska snarast rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket (LVFS 2012:14, 19§). Detta inkluderar förgiftningar med och missbruk av nya läkemedel. Även misstänkta biverkningar som har samband med exponering i arbetet ska rapporteras.

Läkemedel under utökad övervakning

Det är särskilt viktigt att rapportera biverkningar för läkemedel som är föremål för s.k. utökad övervakning. EU har infört en ny rutin för att informera om dessa läkemedel, vilka nu har en svart triangel i bipacksedeln och i produktresumén (FASS-texten) tillsammans med en kort mening som förklarar vad triangeln betyder:

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Den svarta triangeln betyder att läkemedlet övervakas mer intensivt än andra beroende på att det finns ofullständig information. Det betyder dock inte att läkemedlet är osäkert att använda. Triangeln visas inte på ytterförpackningen eller på etiketten.

En europeisk lista över alla läkemedel som är föremål för utökad övervakning finns tillgänglig och uppdateras varje månad. Ett läkemedel kan tas med på listan när det godkänns för första gången eller senare under dess livscykel.

Utökad övervakning tillämpas alltid om:

- läkemedlet innehåller en ny aktiv substans eller är ett biologiskt läkemedel som godkänts inom EU efter den 1 januari 2011
- läkemedlet har fått ett villkorat godkännande eller blivit godkänt som ett undantagsfall
- företaget som marknadsför läkemedlet måste utföra ytterligare studier

Utöver detta kan finnas andra skäl som gör att extra övervakning är motiverad. Ett läkemedel står kvar på listan i fem år eller tills PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) beslutar att ta bort det. Listan hittas på www.ema.europa.eu eller kanske enklare genom att googla på "medicines under additional monitoring".

Exempel på några av de cirka 150 läkemedel som för närvarande står under utökad övervakning inom EU är:

- abirateron (Zytiga) – prostatacancer
- dapagliflozin (Forxiga) – diabetes typ 2
- glykopyrronium (Seebri Breezhaler) – KOL
- infliximab (Remicade) – RA, psoriasis, Mb Crohn, ulcerös colit m.fl.
- mirabegron (Betmiga) – urinträngningar
- rivaroxaban (Xarelto) – antikoagulantia
- roflumilast (Daxas) – KOL
- strontiumranelat (Protelos) – osteoporos
- vareniklin (Champix) – rökavvänjning

Hur rapportera biverkningar?

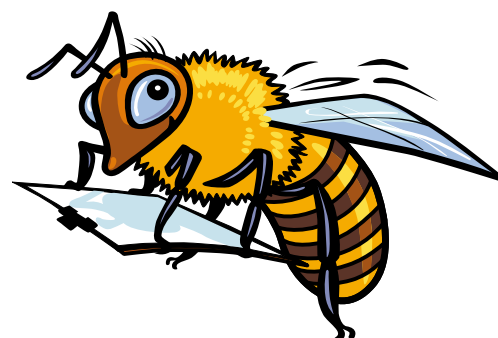
Hälso- och sjukvårdspersonal uppmuntras att rapportera alla misstänkta biverkningar av läkemedel och särskilt de som har den svarta triangeln. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses läkare, sjuksköterskor, tandläkare och farmaceuter. Alla uppgifter i rapporten behandlas med full sekretess. Vid behov kan Läkemedelsverket komma att inhämta kompletterande data från sjukvården.

Alla biverkningsrapporter ska skickas till Läkemedelsverket. Det finns idag två sätt att rapportera biverkningar från sjukvården och för konsumenter:

1. E-tjänsten på Läkemedelsverkets hemsida: www.lakemedelsverket.se/rapportera
2. Via pappersblankett som ska skickas till:
Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet
Biverkningsgruppen
Box 26
751 03 Uppsala

För mer information kontakta: biverkningsenheten@vgregion.se eller 031-342 27 20

Biverkningsenheten i
Västra Götalandsregionen



Förmaksflimmer och antikoagulantia – vad är det som gäller?

Stroke är den allvarligaste och mest resurskrävande komplikationen till förmaksflimmer. Antikoagulationsbehandling till riskpatienter har mycket hög prioritet i nationella riktlinjer. Detta har varit Läke-medelskommitténs fokusområde i flera år, men i VGR föreligger fortfarande underbehandling. För att åstadkomma en förbättring utgår särskilda regionala stimulansmedel under 2014-2015 som täcker nyinsatt antikoagulantia vid förmaksflimmer. Nu gäller det att identifiera patienterna!

Med detta nummer följer en ny Regional Medicinsk Riktlinje (RMR) för Antikoagulantia vid förmaksflimmer. RMR är samstämmig med REKlistan 2014. Här ger Terapigrupp Hjärta-kärl en sammanfattning av aktuella budskap och behandlingsrekommendationer i VGR.

Förmaksflimmer är en vanlig rytmstörning. Cirka 300 000 personer i Sverige beräknas vara drabbade. Av alla över 80 år har 10-15% flimmer. Omkring 20% av alla stroke är associerade med förmaksflimmer och ger större handikapp och ökad mortalitet jämfört med stroke av annan orsak. Förmaksflimmer ger inte alltid symtom. Därför måste man leta aktivt! Från 65 års ålder rekommenderas kontroll av puls vid alla läkarbesök. Vid misstanke om förmaksflimmer tas EKG.

Vilka ska ha strokeprofylax?

De flesta patienter med förmaksflimmer ska erbjudas antikoagulantia. Här kan VGR bli bättre!

1 poäng kan räcka!

Risikfaktorer för stroke är samlade i riskskattningsalgoritmen CHA_2DS_2VASc , se tabell 1. Alla patienter med förmaksflimmer bör riskvärderas enligt algoritmen. Risken för stroke ökar med antalet poäng, se tabell 2. Definitiv behandlingsindikation finns vid score 2 eller högre. Vid score 1 ska behandling övervägas. Observera att det inte är flimmertypen

utan CHA_2DS_2VASc -score som styr risken för emboli! Förmaksflimmer kan vara paroxysmalt, persisterande eller permanent – alla medför ungefär samma risk för stroke.

Vilka ska inte ha strokeprofylax?

Har patienten score 0 är risken för stroke så låg att det inte behövs någon profylax. Kvinnligt kön räknas som riskfaktor endast tillsammans med andra riskfaktorer. Män och kvinnor <65 år med förmaksflimmer utan ytterligare riskfaktorer behöver således inte antikoagulantia.

Höga poäng på CHA_2DS_2VASc innebär också ökad risk för blödning. Risken kan skattas med HAS-BLED (tabell 3). Tre poäng eller mer talar för en ökad blödningsrisk. Detta innebär dock inte att man måste avstå från antikoagulantia. Även vid ökad blödningsrisk överväger oftast nyttan, men behandlingen kräver då extra noggrann uppföljning. Hög ålder utgör i sig ingen kontraindikation. Absoluta kontraindikationer för antikoagulantia är pågående blödning, obehandlad svår hypertoni eller genomgången hjärnblödning.

Antikoagulantia

Warfarin är ett väl beprövat läkemedel med dokumenterad effekt mot tromboembolism vid förmaksflimmer. Under senare år har tre nya perorala antikoagulantia (NOAK) tillkommit; apixaban (Eliquis), rivaroxaban (Xarelto) och dabigatran (Pradaxa). Apixaban och rivaroxaban är faktor Xa-hämmare medan dabigatran är en direkt trombinhämmare. Stora studier talar för att dessa läkemedel är minst lika effektiva som warfarin och att de ger en lägre risk för intrakraniella blödningar. NOAK kräver till skillnad från warfarin ingen monitorering av koagulationsprover. Långtidseffekter och biverkningsprofil är emellertid ofullständigt kända.

Vilket läkemedel ska man välja?

Med en större terapiarsenal finns möjlighet att ge olika behandling till olika patientgrupper för mesta möjliga nytta. Det kan dock vara svårt för den enskilde läkaren att välja. Därför har Terapigrupp Hjärta-kärl tagit fram regionala rekommendationer som en vägledning.

Tabell 1: CHA_2DS_2VASc -score

Risikfaktor	Poäng	Akronym	Kommentar
Systolisk hjärtsvikt	1	C (Congestive heart failure)	Ejektionsfraktion <40% eller nyligen sjukhusvårdad för klinisk hjärtsvikt
Hypertoni	1	H (Hypertension)	I anamnesen eller under behandling
Ålder ≥75 år	2	A ₂ (Age, doubled)	
Diabetes mellitus	1	D (Diabetes)	
Tidigare stroke/TIA/systemisk emboli	2	S ₂ (Stroke, doubled)	
Vaskulär sjukdom	1	V (Vascular disease)	Tidigare hjärtinfarkt eller kranskärlsoperation, Perifer kärlsjukdom, Plack i arcus aortae
Ålder 65-74 år	1	A (Age)	
Kvinnligt kön	1	Sc (Sex category female)	Endast i tillägg till annan riskfaktor

Warfarin som primärprofylax

Behandling med warfarin håller hög kvalitet i Sverige. Därför rekommenderas warfarin fortfarande i första hand vid primärpreventiv behandling, eftersom erfarenheten av NOAK är begränsad. För patienter med välfungerande warfarinbehandling finns således inget skäl att byta.

Apixaban som sekundärprofylax

Sekundärpreventivt efter stroke, TIA och perifer embolus rekommenderas i första hand apixaban (Eliquis). De olika NOAK har sina för- och nackdelar. Valet av apixaban i VGR utgår från dess mindre njurfunktionsberoende elimination samt gynnsamma biverkningsprofil.

Apixaban när warfarin är olämpligt

I VGR rekommenderas apixaban även till följande patientgrupper:

- Interaktionsproblem vid warfarinbehandling
- Patienter som av olika skäl har svårt att genomföra täta kontroller
- Patienter med överkänslighet mot warfarin
- Patienter som trots god följsamhet inte blir välinställda på warfarin (Time in Therapeutic Range, dvs. andelen INR inom målvärden, <70% eller vid ≥ 20 INR-kontroller per år)

När är NOAK olämpligt?

Det är viktigt att komma ihåg att NOAK är lika antikoagulerande som warfarin. Effekten går dock ur snabbare, eftersom halveringstiden är kortare. Sammantaget är NOAK inte lämpligare än warfarin vid dålig compliance. NOAK är heller inte lämpliga vid grav njursvikt (eGFR <15 mL/min), då warfarin är att föredra.

Dabigatran och rivaroxaban

För patienter som tidigare har blivit insatta på dabigatran (Pradaxa) eller rivaroxaban (Xarelto) som strokeprofylax finns, liksom för warfarin, inget skäl att byta om behandlingen fungerar väl.

ASA rekommenderas ej

ASA rekommenderas inte som profylax vid förmaksflimmer eftersom den preventiva effekten är låg och inte uppväger blödningsrisken. Patienter med förmaksflimmer som idag står på ASA ska riskbedömas enligt CHA₂DS₂VASc. I många fall kan man gå över till antikoagulantia om riskskattningen motiverar detta. Annars sätts ASA ut om ingen annan indikation föreligger, t.ex. koronar- eller cerebrovaskulär sjukdom.

Dosering av NOAK

För dosering se FASS, REKlistan eller den nya riktlinjen. Doseringen kan behöva justeras beroende på njurfunktion. Vid behandling med NOAK rekommenderas kontroll av S-kreatinin årligen vid eGFR >60 mL/min och var 6:e månad vid eGFR 30-60 mL/min.

Biverkningar

Förutom blödningar är säkerhetsprofilen ofullständigt känd. Dabigatran kan ge gastrointestinala biverkningar, främst dyspepsi. NOAK har mycket färre interaktioner än warfarin men några finns, t.ex. vissa antiarytmika och antibiotika. NOAK påverkas inte av födoämnen, förutom att rivaroxaban bör intas med mat.

Specifik antidot saknas för NOAK. Vid blödningar bör man kontakta koagulationsjouren på SU. Mer information finns på www.ssth.se. Där finns också råd om ut-sättning inför operationer och procedurer.

Vårdnivå

Antikoagulantia kan initieras och följas upp på den vårdnivå patienten behöver för sina övriga sjukdomar. Primärvården ansvarar för de flesta patienterna. När patienterna pga. flimmerproblematik kontrolleras hos t.ex. kardiolog, internmedicinare eller neurolog ligger ansvaret för behandlingen hos specialisten. För patienter med komplex sjukdomsbild måste indikationen för behandling fort-löpande värderas vad gäller risk/nytta.

Tabell 2: Risk för stroke

CHA ₂ DS ₂ -VASc – skattning av risk för emboli/stroke	
Summerad riskscore	Årlig risk i % för TIA/stroke/artäremboli
0	0,3
1	1,0
2	3,3
3	5,3
4	7,8
5	11,7
6	15,9
7	18,4
8	17,9
9	20,3

Detta sker i många fall inom specialist-sjukvården.

Stimulansmedlen 2014-2105 följer patienten och tillfaller förskrivande enhet, oavsett vem som satt diagnosen. Patienten räknas som ny under hela perioden. Tilldelningen beräknas centralt via diagnos- och receptregister.

Regionala utbildningar i vår

För att uppnå en bättre strokeprevention bland obehandlade patienter med förmaksflimmer anordnas utbildningar i vår. Arrangör är Terapigrupp Hjärta-kärl i samarbete med sektorsråden Hjärt-sjukvård och Allmänmedicin samt Strokerådet. Utbildningen vänder sig till allmänläkare, sjukhusspecialister, AK-mottagningar och verksamhetschefer. Detta blir ett viktigt tillfälle att mötas för diskussion och kunskapsutbyte. Separat inbjudan har skickats ut via förvaltningarna. Anmälan görs via Regionkalendern. Tid och plats för utbildningarna hittas på baksidan.

Välkomna!

Terapigrupp Hjärta-kärl

Tabell 3: HAS-BLED

Risikfaktor	Poäng	Akronym	Kommentar
Blodtryck >160 mmHg	1	H (Hypertension)	
Njursvikt/nedsatt leverfunktion	1 eller 2	A (Abnormal renal or liver function)	Dialys, njurtransplantation, S-kreatinin >200 mmol/L. Cirrhos, bilirubin 2 gånger övre normalvärdet och transaminaser 3 gånger övre normalvärdet
Tidigare stroke	1	S (Stroke)	
Blödning	1	B (Bleeding)	Tidigare blödning eller blödningsbenägenhet
Labilt INR vid warfarinbehandling	1	L (Labile INR)	Time in Therapeutic Range (TTR) <60%
Ålder >65 år	1	E (Elderly)	
Alkohol/läkemedel	1 eller 2	D (Drugs or alcohol)	Alkoholmissbruk, läkemedel t.ex. trombocythämmare, COX-hämmare

Sedan 2012 är det reglerat i Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2012:9) att läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser är obligatoriska moment i läkemedelsarbetet. Hösten 2013 kom en Regional Medicinsk Riktlinje (RMR) som beskrev hur vi ska arbeta med detta i VGR. På detta uppslag kan du läsa om aktuella aspekter på implementeringen.

Nya åtgärds-koder

1 januari 2014 ändrade Socialstyrelsen åtgärds-koderna (KVÅ) för Enkel respektive Fördjupad läkemedelsgenomgång samt införde en ny kod för Läke-medelsberättelse.

De nya koderna är: Enkel läkemedelsgenomgång – XV015, Fördjupad läkemedelsgenomgång – XV016, Läke-medelsberättelse – XV017

Den elektroniska versionen av RMR har uppdaterats och hittas på: www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer

REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE

Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse



Fastställda september 2013 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltiga till september 2015. Teknisk justering februari 2014.

HELP – ett projekt för att implementera läkemedelsgenomgångar i praktiken

HELP-projektet (Hur man gör Enkla Läke-medelsgenomgångar i Praktiken) startade hösten 2013 med syfte att hjälpa verksamheter på SU att utforma rutiner för läkemedelsgenomgångar. ST-läkare deltar i projektet eftersom de utför mycket av det praktiska läke-medelsarbetet. Supporten ges av tre överläkare vid Klinisk farmakologi.

Arbetet inleddes med en enkät till läkarna vid verksamheterna angående kunskap och arbetssätt. Därefter skissade ST-läkarna på rutiner i samråd med sina kollegor. Vid projektmöten utbyttes idéer om utformning och implementering. Förändrade arbetssätt förankrades hos andra yrkeskategorier såsom sekreterare och personal på akuten. Processen avslutades med godkännande av respektive verksamhetschef och presentation på arbetsplatsträff.

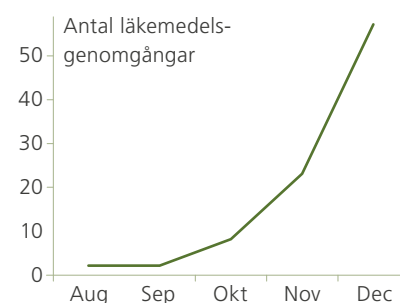
HELP-projektet har resulterat i rutiner för läkemedelsgenomgångar specifikt anpassade för fem stora verksamheter vid SU: Medicin Mölndal/Sahlgrenska/Östra, Kirurgi Östra samt Ortopedi

Mölndal. Gemensamt för framtagna rutiner är att enkel läkemedelsgenomgång ska genomföras snarast efter inläggning, helst redan på akutmottagningen. Detta ökar chansen att det blir "rätt från början", att fortsatta ordinationer vilar på rätt grund och att dubbelarbete undviks.

Under projektet framkom andra förslag för att effektivisera kartläggningen av medicineringen. Till exempel kan patient/anhörig involveras under väntetiden på akutmottagningen genom att nedteckna/få fram aktuell läke-medelslista. Redan vid triagering kan patienten dessutom tillfrågas om samtycke att få läsa Läke-medelsförteckningen via NPÖ.

Enligt enkäten (n=235, svarsfrekvens: 82%) visste 68% av läkarna vad en läke-medelsgenomgång är. Även de som inte visste detta instämde i hög utsträckning att de utför de delmoment som ingår. Det är således främst dokumentationen som har brustit, vilket kan leda till missförstånd och dubbelarbete. Man ser redan en tydlig upp-

gång i antalet dokumenterade läke-medelsgenomgångar vid de verksamheter som deltog i projektet (se figur).



Under våren 2014 upprepas projektet med tre nya verksamheter vid SU. Framtagna rutiner kan med fördel utnyttjas som mallar för andra verksamheter. Kontakta oss gärna!

För HELP-projektet
Susanna Wallerstedt, Överläkare,
Klinisk farmakologi, Läke-medelsenheten,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset;
susanna.wallerstedt@pharm.gu.se

Stimulansmedel för läkemedelsberättelser

Den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet drivs 2011–2014 inom ramen för särskilda statsbidrag, s.k. stimulansmedel, till alla landsting och avser all offentligt finansierad vård.

Läkemedelsrelaterade problem bedöms vara en av de dominerande orsakerna till vårdskador och under satsningen har man valt att fokusera åtgärder för att säkra korrekt läkemedelsbehandling och patientdelaktighet vid utskrivning från sjukhus. Vårdens övergång, där ansvaret ska överföras mellan olika aktörer, är ju i sig en risk-situation.

Under 2013 knöts stimulansmedlen till att utforma dokumenterade rutiner för läkemedelsberättelse, inklusive aktuell läkemedelslista, till patienten. Kraven i detta avseende går utöver Socialstyrelsens föreskrift och gäller för patienter i alla åldrar.

På basen av detta krav fastställdes den regionala riktlinjen med motsvarande krav på läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse till alla patienter vid utskrivning från sjukhus. I riktlinjen anges även att uppföljning ska ske avseende andelen patienter som får läkemedelsberättelse vid utskrivning.

För 2014 krävs att 75% av alla slutenvårdsavdelningar tillämpar rutinerna samt att uppföljning sker enligt riktlinjen. Detta innebär att alla sjukhus senast i september kommer att redovisa hur stor andel av patienterna som vid utskrivning erhållit läkemedelsberättelse under första halvåret 2014. En förutsättning för att uppföljningen ska fungera är naturligtvis att utskrivande läkare alltid dokumenterar denna åtgärd på det sätt som gäller på respektive sjukhus.

*Claes-Håkan Björklund,
Regionchefläkare VGR*

Granskning av läkemedelsgenomgångar i primärvården i VGR

2012 genomförde revisionsfirman Ernst & Young en granskning av hur läkemedelsgenomgångar genomförs i primärvården i VGR. Bakgrunden är att regionfullmäktige uppmärksammat problem med olämplig eller felaktig läkemedelsbehandling. Därför beslutades att förekomsten av "riskfyllda läkemedelskombinationer ska minska".

I Krav- och Kvalitetsboken för VG primärvård är årlig fördjupad läkemedelsgenomgång ett kvalitetsmått för patienter 75 år och äldre. Enligt regionens egen uppföljning via SPEAR genomförs läkemedelsavstämning endast hos 50% av dessa, med en variation mellan 10 och 90% mellan vårdcentralerna!

Granskningen gjordes genom dokumentstudier och intervjuer vid åtta av Närhälsans vårdcentraler, utvalda av revisionsenheten i VGR och representerande olika delar av regionen. Andel genomförda läkemedelsavstämningar varierade mellan 8 och 94%, medelvärde ca 48%. Vårdcentralerna skiljde sig åt i antal listade patienter, geografisk placering och läkarbemanning. Vissa hade i stor utsträckning hyrläkare, andra inga alls.

I utvärderingen påpekas vikten av kontinuitet bland läkarna och engagemang hos medarbetarna kring äldre, för att uppnå en tillfredsställande andel läkemedelsavstämningar. Tidsbrist vid korta besök framhölls som ett skäl till att

läkemedelsavstämningar inte genomförts i tillräcklig utsträckning. Ett av förslagen från revisionsfirman var att uppföljningen, förutom registrering av genomförda läkemedelsavstämningar, ska inkludera hur dessa genomförts.

Revisionsrapporten finns tillgänglig på regionens externa hemsida under Revisionen. Länk eller pdf kan också erhållas via redaktionen.

*Sammanfattat av
Björn Nilsson, Distriktsläkare Floda,
Kristina Bengtsson Boström,
Distriktsläkare Skövde; båda ledamöter
i Läke-medelskommittén*

LÄKEMEDELGENOMGÅNGAR – på praktiken i praktiken

Läkemedelskommittén och Terapigrupp Äldre och läkemedel bjuder in till en utbildning om enkla och fördjupade läkemedelsgenomgångar. Utbildningen vänder sig till alla läkare i regionen – privat och offentlig vård såväl som primärvård och slutenvård. Under eftermiddagen får vi verktyg för läkemedelsgenomgångar, övar oss med patientfall, får praktiska tips vid läkemedelsbehandling hos äldre och får höra om de kommunala akutläkemedelsförråden och hur de kan användas.

3 juni	kl 13:00 – 16:00 Skövde	Scandic Billingen
13 juni	kl 13:00 – 16:00 Borås	Pulsen Konferens
19 september	kl 13:00 – 16:00 Göteborg	Lokal meddelas senare
26 september	kl 13:00 – 16:00 Göteborg	Lokal meddelas senare
30 september	kl 13:00 – 16:00 Uddevalla	Lokal meddelas senare

Anmäl dig via Regionkalendern, <https://regionkalender.vgregion.se>

Vid frågor – kontakta Tobias Karlsson, sekreterare i Terapigrupp Äldre och läkemedel: tobias.m.karlsson@vgregion.se

VÄLKOMNA!

Tänk på att...

...att midazolam finns i buckal beredning som godkänt läkemedel (Buccolam). Tidigare fanns bara licenspreparat. Munhålelösningen har indikationen långvariga akuta kramper hos barn och ungdomar. Den buckala formen är en fördel t.ex. när anhörig/personal behöver behandla äldre barn i offentlig miljö.

...ett flertal vanliga antibiotikapreparat inte ingår i förmånen, eftersom företagen valt att ta bort dem ur systemet. Det gäller Doxyferm (doxycyklin) och vissa styrkor av Heracillin (flukloxacillin). Det finns utbytbara produkter, men enligt regelverket får inte apoteken byta till läkemedel inom förmånen. Därför

gäller det att förskriva förmånsberättigade produkter från början. För att underlätta detta görs uppdatering av rekommenderade läkemedel i journalsystemen. Även barnstyrkor för Kåvepenin (pcV) har under en tid varit utan förmån, men företaget har ansökt om återinträde i läkemedelsförmånen.

På gång i regionen!



Regional läkemedelsdag

21 maj 2014 kl. 9.15–16.00

Plats: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Södra Hamngatan 59, Göteborg

Målgrupp: Läkare i den offentliga och privata sjukvården i VGR

Program och anmälan: Se framsidan

Arrangör: Läkemedelskommittén

Läkemedelsgenomgångar – på praktiken i praktiken

Regional utbildning som ges vid flera tillfällen i juni samt september

Tider och platser: Se sidan 7

Målgrupp: Alla läkare i VGR

Program: Se sidan 7

Anmälan via Regionkalendern: <https://regionkalender.vgregion.se>

Arrangör: Terapigrupp Äldre och läkemedel

Strokeprevention och förmaksflimmer – vad är det som gäller?

Regional utbildning som ges vid flera tillfällen i maj

SkaS	on	14 maj	14.30 – 17.00	Diamanten, Karstorps konferens
	ti	20 maj	14.30 – 17.00	Elinsalen, Kyrkans Hus
SÅS	to	8 maj	14.30 – 17.00	Erik Bartholsson, SÅS
	on	14 maj	14.30 – 17.00	Elin Odenkrans, SÅS
Göteborg	to	15 maj	14.30 – 17.00	Ullevi restaurang & konferens
	to	22 maj	14.30 – 17.00	Ullevi restaurang & konferens
NU	ti	13 maj	13.30 – 16.00	Regionens Hus, Uddevalla
	ti	27 maj	13.30 – 16.00	Residenset Torget, Vänersborg
Kungälv	on	7 maj	14.30 – 17.00	Matsalen, Kungälvs sjukhus
	må	26 maj	14.30 – 17.00	Matsalen, Kungälvs sjukhus

Målgrupp: Allmänläkare, sjukhusspecialister, AK-mottagningar och verksamhetschefer

Program: Presentation av regional medicinsk riktlinje för behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer samt genomgång av lämplig handläggning av förmaksflimmer

Anmälan: www.vgregion.se/POAK

Arrangör: Terapigrupp Hjärta-kärl i samarbete med sektorsråden Hjärtsjukvård och Allmänmedicin samt Strokerådet

Nästa Substans kommer i juni

Manusstopp 15/5!

Ansvarig utgivare:
Jan Carlström

Redaktör:
Ulrika Wall

Redaktionskommitté:
Lena Gustafsson
Anders Larsson
Björn Nilsson

Substans

Läkemedelskommittén i
Västra Götalandsregionen
Regionens Hus
405 44 Göteborg
E-post: substans@vgregion.se



Du hittar alla nummer av Substans på:

www.vgregion.se/vardgivarstod/substans