

# Substans

En tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen

Nr.5 dec. 2014

## Lansering av REKlistan 2015!

4 februari kl. 9.15 – 16.00

Hotell Elite Park Avenue,  
Kungssportsavenyn 36-38, Göteborg

Den 4 februari är det dags för den första REKdagen! Läkemedelskommittén bjuder in alla förskrivare i den offentliga och privata sjukvården i VGR till presentation av REKlistan 2015. Även den nya REKappen kommer att lanseras. Dagen bjuder bl.a. på korta föredrag med speciellt fokus på nyheter vad gäller preparatval och terapiråd. Dessutom ges möjlighet att vid mingelsessioner på för- och eftermiddag träffa representanter från de regionala terapigrupperna.

Mer detaljerat program skickas ut efter detta nummers pressläggning och anslås även på anmälningssidan.

Anmälan senast 28 januari på:  
[www.vgregion.se/rekdag](http://www.vgregion.se/rekdag)

Välkomna till denna första release-  
dag som vi hoppas ska bli en tradition!

Läkemedelskommittén i  
Västra Götalandsregionen

God  
Helg.

## Påverkas läkemedelsvalet av vårdvalet?

Läs mer på sid **4-5**



Uppdaterade RMR-  
Läkemedel för Bipolär  
sjukdom och Demens

Läs mer på sidan **2**

Risker med smärtplåster  
– sätt inte våra äldre i  
klistret!

Läs mer på sidan **3**

Aktuellt om ordination  
av fysisk aktivitet

Läs mer på sidan **6**

Lathund för läkemedels-  
genomgång på sjukhus

Läs mer på sidan **7**

## REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

# Nyheter

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel (RMR-LM) för Demens respektive Bipolär sjukdom har uppdaterats som led i en regelbunden översyn. De skickas inte med som bilagor, eftersom huvudbudskapen är väsentligen oförändrade. Nedan ges korta introduktioner. Riktlinjerna är framtagna av arbetsgrupper utgående från Terapigrupp Psykiatri och hittas i sin helhet på: [www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer)

### REVIDERAD REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Bipolär sjukdom

Tidigare huvudbudskap är oförändrade med tillägget att:

- Stabiliserande behandling utgör grunden för att inte återinsjukna och om detta inte är tillräckligt kan behandling mot specifika symtom tilläggas.

Diagnostisering och start av behandling sker inom Psykiatri. Basläkemedlet är litium för både barn och vuxna. Användningen av litium är i stort sett konstant i VGR sedan många år och underanvändning kan föreligga. Litium är stämnings-

stabiliserande och det enda preparatet med dokumenterad effekt på suicid. Övriga stämningsstabiliserande läkemedelsgrupper är antiepileptika och andra generationens antipsykotika. Vid behov kan flera stabiliserande läkemedel kombineras. Anhörigperspektivet betonas.

*Terapigrupp Psykiatri*

### REVIDERAD REGIONAL MEDICINSK RIKTLINJE: Demens

De uppdaterade riktlinjerna har samma huvudbudskap som tidigare. Vid misstanke om demenssjukdom ska utredning göras och diagnos ställas.

Demensutredning görs enligt RMR "Utredning och uppföljning vid demenssjukdom". Länk till detta dokument finns på terapigruppens hemsida: [www.vgregion.se/vardgivarstod/psykiatri](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/psykiatri). Provtagning och hjärnabbildning görs för att utesluta andra tillstånd med demensliknande symtom. De tester som bör göras är MMSE-SR (Mini Mental State Examination-Svensk Revision) och klocktest.

Den basala utredningen är oftast tillräcklig för att ställa diagnos och ta ställning till behov av stöd och behandling. Utvidgad utredning sker vid behov.

De uppdaterade riktlinjerna för läkemedelsbehandling är ett komplement till utredningsriktlinjerna. Det är önskvärt att fler personer med Alzheimers sjukdom erbjuds behandling mot demenssymtom. Vid mild till medelsvår sjukdom bör kolinerashämmare väljas. Det finns tre olika substanser i denna grupp; donepezil, rivastigmin och galantamin. Patentutgångar senaste åren har gjort samtliga

perorala läkemedel billiga. Rivastigmin depotplåster är dyrare, men kan användas om kort halveringstid och få interaktioner är önskvärda och/eller till patienter med biverkningar av perorala preparat.

Memantin har indikationen medelsvår till svår demens vid Alzheimers sjukdom. Positiva effekter är humörstabilisering och/eller förbättrad ADL-funktion. Biverkningarna är få.

Antipsykotiska läkemedel bör undvikas vid demenssjukdom. Omvårdnadsåtgärder inventeras i första hand.

*Terapigrupp Psykiatri*



Foto: Magnus Gotander

**ORD FÖR ORD**

Läkemedelskommittén och Område Läkemedel och Hjälpmedel (tidigare Läke-medelsenheten) har ett nära och välfungerande samarbete. Det är min absoluta övertygelse att detta är till stort gagn för vårt regionala läkemedelsarbete.

Under mina år i Läkemedelskommittén har Karin Lendenius varit chef för Område Läkemedel och Hjälpmedel som är en del av Hälso- och sjukvårdsavdelningen på Regionkansliet. Hon har varit en viktig tillgång för kommittén och en garant för vårt goda samarbete. När nu Karin slutar vill vi tacka för hennes stora insatser för läkemedelsfrågorna i VGR, inte minst för hennes engagerade arbete

som vice ordförande i Läkemedelskommittén. Som ny chef för Område Läkemedel och Hjälpmedel tillträder Anders Carlqvist under januari. Vi ser fram mot ett fortsatt gott samarbete och önskar honom välkommen till sitt nya jobb.

Läkemedelskommittén har fått sitt förordnande förlängt under 2015. En kort presentation av medlemmarna kommer i nästa nummer tillsammans med huvudbudskapen ur REKlistan.

*Jan Carlström*  
Ordförande i Läkemedelskommittén i  
Västra Götalandsregionen

# Sätt inte våra äldre i klistret!

Förskrivning av depotplåster vid behandling av smärta ökar, men det är viktigt att beakta riskerna med transdermala opioider. Här ges en praktisk handledning av Terapigrupp Äldre och läkemedel. Terapigrupp Smärta står också bakom råden.

## Det finns två grupper av "smärtplåster":

- De som innehåller fentanyl (Fentanyl, Matrifen, Durogesic) – en syntetisk och mycket mer potent opioid än morfin. Plåstret byts var tredje dag.
- De som innehåller buprenorfin (Norspan) – en semisyntetisk opioid. Plåstret byts var sjunde dag.

Inget av dessa plåster är förstahandspreparat vid opioidkrävande smärta och bör därför **användas först efter att andra behandlingsmöjligheter har prövats och utvärderats**.

## Akuta smärttillstånd

REKlistan ger tydliga rekommendationer. Transdermal behandling (smärtplåster) är i regel olämplig vid akuta smärttillstånd såsom postoperativ smärta. Full effekt uppnås först efter cirka tre dagar (buprenorfin) eller 12-24 timmar (fentanyl) och doseringen är svårstyrd. Vid opioidkrävande smärta rekommenderas i första hand morfin- eller oxikodonpreparat i tablett- eller injektionsform:

- kortverkande morfin eller oxikodon (Oxycodone/OxyNorm)

och/eller

- långverkande preparat (Dolcontin/Depolan eller Oxycodone/OxyContin)

## Beakta indikation

Trots rekommendationer om restriktivitet ökar användningen av smärtplåster. Framförallt Norspan lyfts fram av producenten som ett alternativ vid långvarig smärta såsom artros eller andra ledsmärtor. Vid artros bör i första hand icke-farmakologisk terapi övervägas (se REKlistan kapitel 16 Smärta och/eller [www.fyss.se](http://www.fyss.se)). Vid behov kan läkemedelsbehandling övervägas och då i första hand paracetamol och därefter eventuellt tillägg av *peroral* långverkande opioid i lägsta möjliga dos. COX-2 hämmare kan ibland användas som tillägg i lämplig dos under begränsad tid. Beakta dock att COX-2 hämmare är olämpliga till äldre pga. biverkningsrisken!

## Risker med plåster

Det finns många fallgropar med opioidplåster, inte minst vid behandling av äldre. Plåster kan invagga falsk trygghet: "Skyddar - Låker - Lindrar"; med andra ord: inte kan väl plåster skada?

Plåster uppfattas inte alltid som en potent läkemedelsbehandling. Patienter, anhöriga och omvårdnadspersonal uppmärksammar inte alltid att patienten har en aktiv smärtbehandling. Detta kan leda till att den dagliga utvärderingen som sker när man tar en smärtstillande tablett missas.

Både som avvikelserapporter och i pressen eller som anekdoter florerar ett flertal historier om olämplig användning av smärtplåster, t.ex. plåster som inte tas bort vid byte, vilket medför att patienten bär flera plåster samtidigt. Vidare nämns plåster som återanvänds, plåster som lossnar och hamnar på en annan person, plåster som klipps och till och med plåster som sätts på protesben/arm.

Vid överrapportering från en vårdnivå till en annan glöms ibland plåsterbehandling bort. Inte sällan behandlas patienter med flera långverkande opioider samtidigt. Detta är olämpligt då receptorbindningen av en svag opioid kan försämma andra opioiders smärtstillande effekt och orsaka ett högre opioidintag än nödvändigt.

## Start low, go slow

Det förekommer att patienter som inte stått på opioider tidigare sätts in på olämpligt höga doser, då förskrivare inte uppmärksammar hur potent fentanylplåster är. Konverteringsförhållandet för oralt morfin till transdermalt fentanyl är 150:1, vilket innebär att lägsta styrkan fentanyl-

plåster 12 mikrogram motsvarar daglig dos på 30-40 mg morfin peroralt.

## Praktiska råd

Eftersom smärtplåstren är tunna och hudfärgade och ofta sätts på ryggen kan de vara svåra att upptäcka i en akutsituation, särskild om patient är medvetandesänkt och en aktuell läkemedelslista inte finns till hands. Ett förslag är att plåster alltid markeras med tydlig färg och att appliceringsdatum alltid skrivs.

Använda plåster kan innehålla betydande restmängder av aktiv substans! Rapporter om missbruk av använda icke destruerade plåster finns. Efter avlägsnande ska därför använda plåster vikas ihop ordentligt med vidhäftningsytan inåt så inte det vidhäftande medlet exponeras. Därefter ska plåstret lämnas in på apoteket där det destrueras säkert.

Observera vid MR-undersökning: Vissa fentanylplåster innehåller metall. Dessa plåster ska avlägsnas före en MR-undersökning, eftersom de kan överhettas under undersökningen och orsaka brännskador i huden i plåstrets omedelbara närhet.

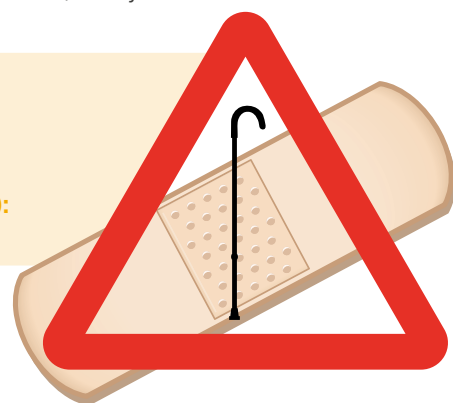
**Sammanfattningsvis** är förskrivning av opioidplåster ett andrahandsalternativ som ska ske på rätt indikation, i rätt dos och med noggrann uppföljning och utvärdering. Som med all mediciner till äldre är det viktigt med planerad och regelbunden omprövning.

*För Terapigrupp Äldre och läkemedel  
Radka Kühnel, Överläkare, Geriatrik  
Uddevalla, NU-sjukvården*

## Skilj noga på de två "smärtplåstren":

**Buprenorfin (Norspan):**  
opioid i lågdos, veckoplåster

**Fentanyl (Fentanyl, Durogesic, Matrifen):**  
stark opioid i högdos, tredagarsplåster





# Tillgängligheten till läkemedel i primärvården efter vårdvalet – hur gick det?

Vid införandet av vårdval inom primärvården i VGR 2009 fick vårdcentralerna ett skarpt kostnadsansvar för bland annat läkemedel. Efter införandet har läkemedelskostnaden sjunkit – innebär det att tillgången till läkemedel har minskat på grund av att varje enhet ska bära sina läkemedelskostnader? Frågan har också väckts om det finns skillnader i kostnads- och volymutveckling mellan offentligt drivna och privata vårdcentraler. I en rapport från Hälso- och sjukvårdsavdelningen har dessa frågor undersökts. Rapporten sammanfattas här av författaren.

Under 2009-2013 minskade läkemedelsförskrivningen (DDD/1000 invånare) med 3% i VGR. DDD betyder definierade dygnsdoser enligt WHO och beskriver alltså mängden läkemedel. Minskningen förklaras till största delen av att den rekommenderade dosen av folsyra har ändrats. Antalet patienter med folsyra-behandling är relativt stabilt. Under samma period ökade läkemedelsförskrivningen inom primärvården med 23%. I figur 1 visas förskrivningen inom primärvården uppdelat på terapiområden.

## Terapiområden som minskat inom primärvården

Den största absoluta minskningen i DDD/1000 invånare sker inom blod-och blodbildande organ. I huvudsak är det den ändrade doseringen av folsyra som slår igenom även här.

För störst procentuell minskning står läkemedel mot fetma som minskat med 78% till stor del beroende på avregistreringen av Reductil (sibutramin).

Förskrivningen av antibiotika har minskat, vilket är helt i linje med Stramas mål att minska antibiotikaresistensen. Dock är det på många håll fortfarande en bra bit kvar till målet om 250 antibiotikarecept per 1000 invånare och år.

Sammanfattningsvis förefaller alltså minskningarna inom primärvården vara relaterade till förändrade behandlingsrekommendationer och inte till ändringar i vårdstrukturen.

## Terapiområden som ökat inom primärvården

De största ökningarna har skett inom hjärt-kärlområdet där bland annat ACE-hämmare/ARB och läkemedel mot blodfetsrubbingar har ökat kraftigt. Detta är sannolikt av godo och i linje med behandlingsrekommendationer.

Mellan 2009 och 2010 ökade bensodiazepinliknande sömnmedel med 24% mätt i DDD/1000 invånare. Därefter har ökningen mattats av till drygt 2,5% mellan 2012

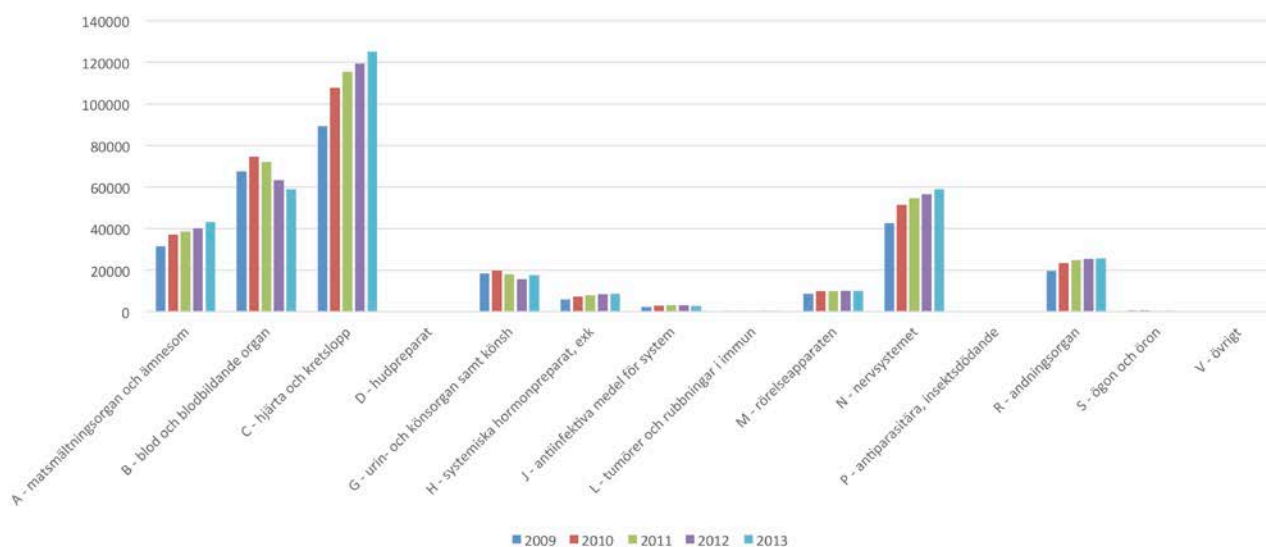
och 2013, men användningen är alltjämt hög i VGR jämfört med resten av landet.

Antidepressiv behandling har ökat under perioden, framför allt SSRI och de nyare antidepressiva medlen. Ökningen måste belysas i perspektivet att det troligen sker både en underbehandling av svårt sjuka patienter och en överbehandling av måttligt sjuka patienter som sannolikt skulle ha större eller lika stor nytta av psykoterapi. Rapporten kan dock inte fånga i vilken omfattning psykoterapi har erbjudits.

Inom matsmältningsorgan och ämnesomsättning ökade framför allt protonpumpshämmare med drygt 70% från 2009 till 2013. Det är oklart vad detta står för, men det innebär ingen direkt risk för befolkningen.

Inom gruppen hormoner (exklusive köns-hormoner) är det framför allt kortison och tyroxin som ökar. Inom andningsorganen ökar medel mot astma och KOL. Jämfört med minskningarna är det svårare att

DDD/1000 invånare förskrivet i Primärvården



Figur 1 – Förskrivning inom primärvården 2009-2013 i DDD/1000 invånare

tolka vad läkemedelsökningarna står för inom primärvården.

### Skillnader mellan offentligt drivna och privata vårdcentraler

2010-2013 har de offentligt drivna vårdcentralerna haft högre kostnader och använt en större volym läkemedel per listad patient jämfört med de privata. Skillnaderna minskar dock genom att de privata vårdcentralerna ökar i volym och kostnad per listad patient samtidigt som kostnaden på de offentligt drivna vårdcentralerna minskar (figur 2 och 3).

### Slutsatser

Sedan införandet av vårdvalet (VGPV) har den totala volymen läkemedel som förskrivits inom primärvården ökat. Slut-

satsen är att införandet av VGVPV inte har påverkat tillgängligheten till läkemedelsbehandling negativt för invånarna i VGR. Analysen pekar på att tillgängligheten till läkemedelsbehandling från primärvården istället har ökat.

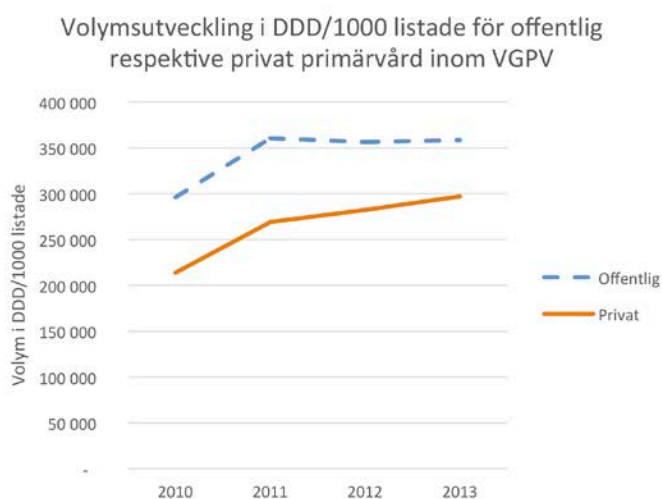
Skillnader i kostnad och volym per 1000 listade mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler kan delvis förklaras av att de privata vårdcentralerna från början har haft ett friskare och yngre patientunderlag. Skillnaderna minskar dock. De privata vårdcentralerna har nu något högre medelålder, men det viktade medelvärdet för ACG-poäng (Adjusted Clinical Groups; system för att beskriva sjukligheten) har inte ändrats nämnvärt, vilket kan förklara delar av kvarvarande skillnader.

Den generellt ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel, bensodiazepiner och bensodiazepinliknande sömnmiddel är oroande. Översyn pågår i flera processer:

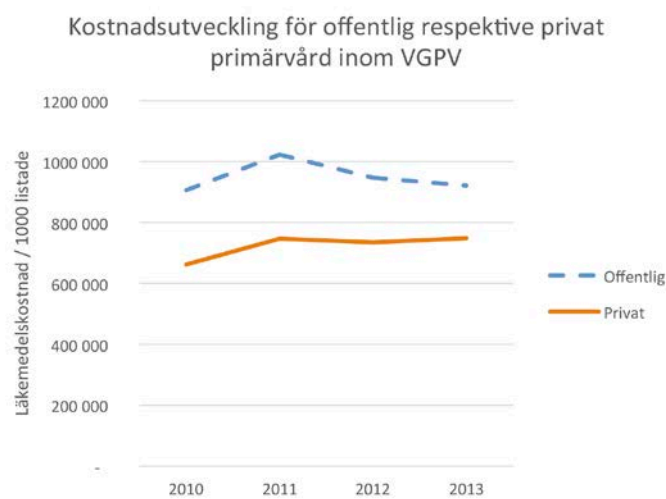
- den regionala utvecklingsplanen psykiatri
- regionuppdrag ångest och depression
- den regionala handlingsplanen för minskad användning av sömn- och lugnande medel

Rapporten hittas i sin helhet på läkemedelssidan [www.vgregion.se/lakemedel](http://www.vgregion.se/lakemedel). Gå vidare till Läkemedel i regionen/Statistik.

*John Karlsson Sondell, Apotekare, Område Läkemedel och Hjälpmedel, Hälso- och sjukvårdsavdelningen*



Figur 2 – Volymutveckling för offentlig respektive privat driven vård i DDD/1000 listade



Figur 3 – Kostnadsutveckling för offentlig respektive privat driven vård i Förmånsbelopp/1000 listade

## Ny vårdprocess för osteoporosfrakturer i VGR

I VGR inträffar ca 12 000 osteoporosrelaterade frakturer per år. Trots kostnadseffektiva läkemedel behandlas endast ca 14% av kvinnor med tidigare lågenergifraktur med frakturprebyggande läkemedel i VGR. Tillgängliga läkemedel, i första hand bisfosfonater, minskar risken för kotfraktur med 45-70% och för höftfraktur med ca 40%.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2012 ger hög prioritet till att utreda frakturpatienter med bentäthetsmätning och att erbjuda läkemedelsbehandling till patienter med låg bentäthet och hög frakturrisik. Därför har en vårdprocess tagits fram i VGR. Enligt vårdprocessen, som beslutades i Hälso- och sjukvårdsutskottet i december 2013, ska samtliga sjukhus i regionen

införa vårdrutiner för äldre frakturpatienter. I dagsläget har denna vårdrutin införts vid SkaS/Skövde och vid SU/Mölnads Sjukhus medan övriga sjukhus är i uppstartsfas. Medel är avsatta till såväl sjukhusen som primärvården för införandet.

För de flesta frakturpatienter innebär vårdprocessen att de erbjuds utredning med bentäthetsmätning och skattning av riskfaktorer för ny fraktur med FRAX (WHO's riskkalkylator; fracture risk assessment tool). Läkare på sjukhusens osteoporosenheter bedömer underlaget och skriver en rekommendation till primärvården om behov av läkemedelsbehandling (kostnader ersätts via vårdprocessen), icke-farmakologiska åtgärder och fortsatt uppföljning.

En fullt implementerad vårdprocess för äldre frakturpatienter väntas minska antalet återfrakturer, vilket medför minskat lidande och kostnadsbesparingar. Införande av liknande vårdorganisationer på andra ställen har visats minska risken för återfraktur med ca 40%.

**FRAX** hittas på [www.shf.ac.uk/FRAX/](http://www.shf.ac.uk/FRAX/), välj Calculation Tool/Europa/Sverige och svenska.

För Terapigrupp Osteoporos  
Mattias Lorentzon, Ordförande,  
Professor, Specialistläkare, Osteoporosenheten, SU/Mölnads Sjukhus

## NEDSLAG HOS:

# Terapigrupp Fysisk aktivitet

**Medlemmar:**

**Anders Mellén**, tf ordförande, överläkare, Klinisk farmakologi, SU  
**Anna-Lena Olsson**, sekreterare, apotekare, Chefläkaravdelningen, Lillhagsparken  
**Ingibjörg Jonsdottir**, professor, Institutet för stressmedicin, Göteborg  
**Lena Thorselius**, leg fysioterapeut, Primärvårdskansliet, Alingsås  
**Per-Olof Ljungdahl**, distriktsläkare, Närhälsan, Falköping  
**Stefan Lundqvist**, leg fysioterapeut, FaR-teamet HSN5 Göteborg c/v  
**Åsa Cider**, leg fysioterapeut, lektor, Sahlgrenska Akademin, GU (adjungerad)

**Vilket är det viktigaste budskapet från terapigruppen i REKlistan 2014?**

Vikten av att vi identifierar för stor mängd stillasittande och/eller otillräcklig fysisk aktivitet hos våra patienter! Och att ordinationer av fysisk aktivitet ska dokumenteras i patientjournalen. Vid behov av mer kvalificerad rådgivning, dosering och vid rörelsesvårigheter – kontakta fysioterapeut/sjukgymnast.

**Är det några viktiga nyheter som dykt upp under året?**

Under året har vi haft dialog med regionen när det gäller införandet av Social-

styrelsens nya riktlinjer för åtgärder av fyra olika ohälsosamma levnadsvanor; rökning, för hög konsumtion av alkohol, olämpliga kostvanor och, förstås, för lite fysisk aktivitet/träning.

**Förutspår ni några större ändringar i REKlistan 2015?**

Några stora nyheter blir det inte 2015. Terapigruppens rekommendationer i REKlistan bygger på boken FYSS. En ny upplaga av FYSS kommer under 2015. Därefter kommer vi att se över våra rekommendationer och vid behov uppdatera råden i REKlistan 2016.

**Vilka frågor kommer gruppen att arbeta med framöver?**

Vi kommer att arbeta vidare med att öka medvetenheten om nytta av fysisk aktivitet/träning och fortsätta stimulera till att det hålls rådgivande samtal och, vid behov, utfärdas ett FaR. Vi kommer också att fortsätta diskutera med ansvariga för införandet av Socialstyrelsens riktlinjer enligt ovan, för att kunna samverka.

**Planerar ni några nya utbildningar inom terapiområdet?**

Terapigruppen har under några år arrangerat en höstlig FaR-dag (se nedan) som lockat många intresserade och som fått uppskattande betyg. En ny FaR-dag är därför planerad till den 7 oktober 2015. Mer information läggs ut i Regionkalendern under våren 2015.

**Något särskilt som gruppen vill poängtera nu inför vintern?**

Det finns inget dåligt väder, bara dåliga kläder!

## FaR-dagen 2014

Den 8 oktober arrangerade Terapigrupp Fysisk aktivitet återigen en heldag med fortbildning inom fysisk aktivitet/träning och FaR (Fysisk aktivitet på Recept). Den stora aulan på Sahlgrenska Sjukhuset var nästan fullsatt. Distriktsläkare P-O Ljungdahl inledde med att sammanfatta den Regionala Medicinska Riktlinjen (RMR) Fysisk aktivitet för vuxna som är ett hjälpmedel för att ordinera FaR.

Professor Ingibjörg Jonsdottir från Institutet för stressmedicin i VGR berättade att det numera finns stark evidens för sambandet mellan graden av fysisk aktivitet och kognitiva funktioner. Bland flera påverkbara riskfaktorer för Alzheimer är fysisk inaktivitet den största enskilda riskfaktorn. Idag finns också stark evidens för att fysisk aktivitet skall rekommenderas till patienter som söker vård för lindriga depressiva symtom i

syfte att förebygga utveckling av egentlig depression. För patienter som redan har egentlig depression är dokumentationen svagare när det gäller direkt behandlingseffekt. Det är ändå viktigt att rekommendera fysisk aktivitet i syfte att förebygga hjärt-kärlsjukdom och metabola rubbningar.

Elin Ekblom Back, doktor i medicinsk vetenskap vid Gymnastik- och idrotts-högskolan (GIH), beskrev faran av för mycket stillasittande och den oberoende risk för ohälsa detta utgör. Anna Hertting, legitimerad fysioterapeut och filosofie doktor i folkhälsovetenskap från Örebro Universitet, talade om det inte alltid så lätta ämnet hälsofrämjande möten.

**De fyra talarnas bilder finns på:**  
[www.vgregion.se/far](http://www.vgregion.se/far)

Stefan Lundqvist, leg fysioterapeut, presenterade den nya ordinationsblanketten för FaR som terapigruppen tagit fram. Det finns som tidigare utrymme för två aktiviteter under rubrikerna Fysisk aktivitet/träning. Nytt är att målsättning och rekommendation kring stillasittande samt vardagsaktivitet formuleras i dialog med patienten. Möjligheten att välja träningskvalitet har utvidgats och nu kan intensitetsnivån anges enligt BORG-skalan. Terapigruppen verkar för att ordinationsblanketten tillsammans med en manual ska implementeras i befintliga journalsystem i VGR under våren 2015.

*För Terapigrupp Fysisk aktivitet  
 Anders Mellén, Tillförordnad ordförande,  
 Överläkare, Klinisk Farmakologi,  
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

# Lathund för läkemedelsgenomgång på sjukhus

Under det senaste året har ett flertal kliniker på SU tagit krafttag för att strukturera läkarnas läkemedelsarbete. Det hela började med en ny Medicinsk Regional Riktlinje för Enkel läkemedelsgenomgång, något som ska göras på alla inläggande patienter. ([www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/riktlinjer).) Lokala rutiner har sedan skapats av ST-läkare i samarbete med Klinisk farmakologi.

Det stora arbetet har varit att sätta de nya rutinerna i verksamerheterna, vilket kräver engagemang och tid av enskilda samt intresserade chefer. Implementeringsarbetet är långt ifrån färdigt och vi arbetar nu för att ytterligare sprida kunskapen om enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse inom SU. Målet är att detta strukturerade arbetssätt kring läkemedel ska få fäste och till slut

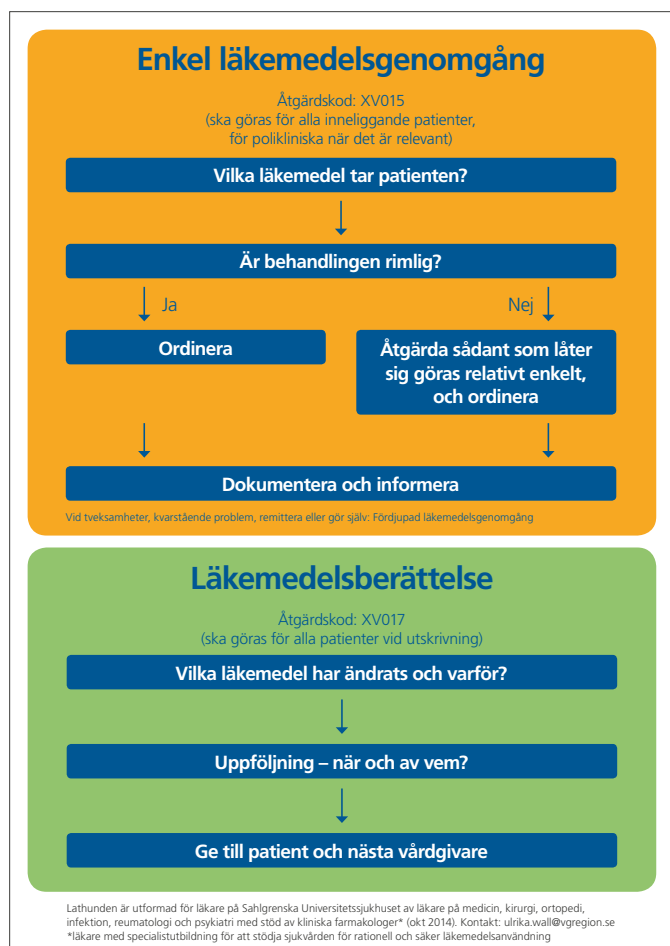
genomsyra arbetet på ett lika självklart sätt som t.ex. status och anamnes. Den tid som investeras på tidig läkemedelsgenomgång kan betala sig vid såväl utskrivning som nästa vårdkontakt.

För att underlätta för läkarna på fältet har vi även skapat en lathund för enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse (se nedan). Lätt att ta med sig i fickan! Lathunden kondenserar de viktigaste momenten som kommer fram under implementeringen av läkemedelsgenomgångar på SU. De mer detaljerade instruktionerna på sidan 2 utgår från Melior som journalsystem. Det är fritt fram att kopiera hela/delar av lathunden för anpassning till den egna verksamheten. Om man vill använda befintlig version kan man beställa till egenkostnad via e-post: [regiontryckeriet.gbg@vgregion.se](mailto:regiontryckeriet.gbg@vgregion.se)

Under hösten har vi startat upp ett annat projekt benämnt LÄKEKONST. Projektet syftar till att utbilda AT-läkare i enkel läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse, men har också ett bredare fokus på läkemedelsarbete. Utbildningen är seminariebaserad och utförs i små grupper. Vid diskussionerna medverkar, förutom AT-läkarna, jag som ST-läkare i internmedicin och en specialist i klinisk farmakologi.

Vår ambition är att yngre läkare ska ha goda möjligheter att göra rätt från början och känna sig tryggare i läkemedelsarbetet. Det övergripande målet är bättre och säkrare läkemedelsbehandling för patienterna.

Johan Lönnbro, ST-läkare i internmedicin, Medicin Sahlgrenska/SU



På gång i  
regionen!



### REKdagen!

4 februari 2015 kl. 9.15 – 16.00

**Plats:** Hotell Elite Park Avenue,  
Kungsporsavenyn 36-38, Göteborg

**Målgrupp:** Läkare i den offentliga och  
privata sjukvården i VGR

**Program och anmälan:** Se framsidan

**Arrangör:** Läkemedelskommittén

## Tänk på att...

...många infektioner kan självläka utan antibiotika. Se bild här intill.

...klorhexidin kan ge svåra hudbiverkningar hos för tidigt födda barn. Då huddesinfektion är mycket viktig för att undvika allvarliga infektioner, avråds inte från användning, men överflödigt lösning samt indränkta förband eller bäddmaterial bör avlägsnas så snabbt som möjligt. Läs mer på: [www.lakemedelsverket.se//Alla-nyheter/](http://www.lakemedelsverket.se//Alla-nyheter/) (24 oktober)

...webbversionen av Läkemedelsboken 2014 (LB 2014) har uppdaterats med flera nya funktioner. Bl.a. kan man välja att uppdaterad text visas i rött. Dessutom kan man söka på APL:s extempore-produkter med rikslicens. Se vidare på: [www.lakemedelsboken.se](http://www.lakemedelsboken.se)

...det nu finns tydligare information om delbarhet av tabletter på [www.fass.se](http://www.fass.se). Redan i starttrutan finns en länk att klicka på för de läkemedel



som har sådan information. Uppgifterna förväntas successivt bli kompletta.

...det nu finns en **patientfolder om generiskt utbyte på åtta språk**: arabiska, engelska, franska, persiska, bosniska/kroatiska/serbiska, somaliska, sorani/sydkurdiska och spanska. Folldrarna hämtas på: [www.tlv.se](http://www.tlv.se)

...minipillret **Cerazette** nu ingår i **läkemedelsförmånen**.

...**Vagifem 10 mikrogram nu är receptfritt i förpackningen 18 st**. Vagifem utslöts ur läkemedelsförmånen förra året pga. det höga priset jämfört med andra lokala östrogenpreparat.

...**prissänkningar av läkemedel äldre än 15 år fortsätter**. En lista över de läkemedel som får lägre pris från 1 januari 2015 finns på: [www.tlv.se/lakemedel/prissankning-enligt-15-arsregeln/](http://www.tlv.se/lakemedel/prissankning-enligt-15-arsregeln/)

Nästa Substans  
kommer i februari

Manusstopp 16/1!

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](mailto:substans@vgregion.se)



Du hittar alla nummer av Substans på:

[www.vgregion.se/vardgivarstod/substans](http://www.vgregion.se/vardgivarstod/substans)