VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Substans

En tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen **Nr.3** juni 2019

Ny regional läkemedelsdag 17 oktober!

Läkemedelskommittén bjuder in alla läkare i den offentliga och privata sjukvården i VGR till en ny fortbildningsdag om läkemedel.

17 oktober kl. 9.15–16.00
Radisson Blu Scandinavia Hotel
Södra Hamngatan 59, Göteborg

Som vanligt erbjuds ett varierat innehåll med föredrag som berör de mest aktuella läkemedelsfrågorna i regionen. Definitivt program skickas ut efter sommaren och anslås även på anmälningssidan.

Anmälan senast 9 oktober på:
vgregion.se/lakemedelsdag
Anmälan är bindande, men platsen kan överlåtas till annan person.

Varmt välkomna!
Läkemedelskommittén i
Västra Götalandsregionen

TREVLIG SOMMAR



HTA-rapport: Fysisk aktivitet på recept (FaR) lönar sig

Läs mer på sidorna **4-5**

Prognos för läkemedelskostnaderna 2019-2021

Läs mer på sidorna **6-7**

Två nya RMR–Läkemedel: Pneumoni hos barn Alkohol

Läs mer på sidan **2**

Aktuellt om risken med kinoloner

Läs mer på sidan **3**

REGIONALA MEDICINSKA RIKTLINJER – LÄKEMEDEL

Nyheter

Med detta nummer följer två helt nya RMR–Läkemedel: Samhällsförvärvad bakteriell pneumoni hos barn samt Alkohol – Skadligt bruk och beroende. Riktlinjerna är framtagna av de regionala terapigrupperna Infektion respektive Psykiatri. Nedan ges en kort introduktion inklusive huvudbudskapen.
Alla RMR–LM hittas på: vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel

NY RMR–LM: Samhällsförvärvad bakteriell pneumoni hos barn

Huvudbudskap:

- Ingen enskild anamnesuppgift eller symtom kan skilja bakteriell pneumoni från annan nedre luftvägsinfektion hos barn. Fler parametrar måste vägas samman såsom klinisk bedömning och blodprover
- Penicillin är förstahandsmedel
- Tänk på tuberkulos och kikhosta som differentialdiagnos
- PCR för luftvägspatogener kan vara av värde vid misstanke om mykoplasma eller kikhosta
- De flesta bakteriella pneumonier kan behandlas i öppenvård, men allmänpåverkade barn och barn i vissa riskgrupper kan behöva sjukhusvård

Virusgenes är vanligt vid pneumoni hos barn, men ibland förekommer blandinfektioner med bakterier och virus, där den bakteriella komponenten behöver antibiotikabehandlas. Pneumokocker är den dominerande bakteriella orsaken även efter införandet av pneumokockvaccination i det allmänna barnvaccinationsprogrammet 2009. Penicillin är fortsatt förstahandsmedel. Samma dos som vid otitbehandling rekommenderas; 25 mg/kg x 3. Lungröntgen behövs inte vid typisk klinik, men kan vara av värde vid osäkerhet om diagnos, utebliven förbättring eller vid behov av sjukhusvård. Behandlingslängd bör vara 7 dagar om inga komplikationer misstänks. Uppföljning kan ske på telefon efter ett par dagar för att förvissa sig om att barnet är på bättringsvägen.

För Terapigrupp Infektion
Katrin Adrian, specialistläkare, Barnmedicin, DSBUS

NY RMR–LM: Alkohol – Skadligt bruk och beroende

Huvudbudskap:

- Alkohol kan allvarligt skada den somatiska och psykiska hälsan samt ge sociala problem. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion och det finns ingen säker lägsta nivå
- Screening med AUDIT rekommenderas för att identifiera alkoholproblem
- Läkemedelsbehandling har god evidens, är säker och förskrivningen bör öka
- Psykologisk behandling bör erbjudas inom sjukvården. Samverkan med socialtjänsten bör ske vid behov av psykosociala stödinsatser
- Skadligt bruk och alkoholberoende har god prognos vid upptäckt och aktiv behandling

I Sverige har ca 16% av männen och 10% av kvinnorna riskabla alkoholvanor och ca 5,5% av männen och 3% av kvinnorna har utvecklat alkoholberoende. Hög alkoholkonsumtion kan orsaka cancer, hjärt-kärlsjukdom och ökar risken för suicid. Risken ökar gradvis med ökad konsumtion och det finns ingen säker lägsta nivå. Så många som en femtedel av primärvårdspatienter kan ha en riskabel konsumtion. Många utredningar och behandlingar av en rad somatiska och psykiatriska åkommor kan minimeras och förenklas om alkohol tidigt övervägs. Skadligt bruk och alkoholberoende har god prognos vid upptäckt och aktiv behandling.

Ett personcentrerat förhållningssätt rekommenderas, där sambandet mellan alkoholkonsumtion och de symtom patienten söker för samt hälsovinster med att minska alkoholkonsumtionen framhålls. Motivational enhancement therapy (MET) är en manualbaserad behandling som syftar till att utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen. Metoden bygger på motiverande intervju (MI), strukturerad kartläggning samt återkoppling av resultat från alkoholrelaterade labprover.

Behandlingsmål sätts i samråd med patienten och kan vara begränsat alkoholintag eller helnykterhet. Läkemedelsbehandling har god evidens, är säker och förskrivningen bör öka. Effekten är lika god som vid behandling av andra kroniska sjukdomar som diabetes, hypertoni och astma. Akamprosat, naltrexon och nalmefen kan minska suget, minska positiv upplevelse av alkohol och ökar antalet alkoholfria dagar. Disulfiram kan användas om målet är alkoholfrihet. Psykosocialt stöd med rådgivning och stöd att fullfölja behandlingen kan ge ökad effekt. Poliklinisk alkoholabstinensbehandling bör erbjudas i primärvården i okomplicerade fall. Syftet är att avbryta en period av drickande utan risk för hjärnskador, epilepsi eller delirium.

För Terapigrupp Psykiatri
Ingrid Lindstedt, ordförande, överläkare,
Psykiatriska kliniken, Kungälvs sjukhus

Strama Västra Götaland
Samverkan mot antibiotikaresistens

Strama Västra Götaland uppmärksammar överanvändning av fluorokinoloner med allvarliga konsekvenser för resistens och biverkningsrisk

Fluorokinoloner är en viktig antibiotikagrupp avseende flera infektioner, framförallt allvarliga urinvägsinfektioner. Tyvärr hotas effekten av ökande resistensutveckling i VGR, både inom primärvård och på sjukhus. På en del sjukhus närmar sig resistensnivån 20%, en gräns för när man kan använda sig av ett preparat empiriskt.

Resistensutvecklingen beror på flera faktorer, bland annat överanvändning vid lindriga infektioner, exempelvis cystit. Denna diagnos är den näst vanligaste indikationen på sjukhus för fluorokinoloner i VGR, trots att stöd saknas i riktlinjer.

Användningen ökar av alla fluorokinoloner till inneliggande patienter. Även om användningen av nyare fluorokinoloner, som levofloxacin och moxifloxacin, än så länge är liten är ökningstakten oroväckande. Strama Västra Götaland har sammanställt data för kinolonanvändning på sjukhus i VGR, rapporten hittas på vår hemsida: vgregion.se/strama

SU och Kungälvs sjukhus har en hög användning generellt till inneliggande patienter. Resistensnivån för SU och Kungälv ligger också högre än regionen i övrigt. SU använder ciprofloxacin vid cystit i mer än 15% av fallen jämfört med 5% på Alingsås lasarett.

Allvarliga biverkningar

Fluorokinoloner är belastade med risk för sällsynta men allvarliga biverkningar, något som lyfts fram av både europeiska och amerikanska läkemedelsmyndigheter. Detta har belysts av Stramamedarbetaren Martina Wahnström m.fl. i en nylig debattartikel i Läkartidningen: lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2019/02/Fluorokinoloner--dags-att-tanka-till/



I samråd med EMA (European Medical Agency) och Läkemedelsverket gick företrädare för läkemedelsföretag som saluför kinoloner och fluorokinoloner ut med ett brev till hälso- och sjukvårdspersonal i april i år (hittas på lakemedelsverket.se). I brevet informeras om funktionsnedsättande, långvariga och potentiellt irreversibla biverkningar som främst påverkar muskuloskeletala systemet och nervsystemet i samband med användning av kinolon- och fluorokinolonantibiotika. Vidare uppmanas förskrivare att inte förskriva fluorokinoloner för:

- behandling av icke-allvarliga eller självbegränsande infektioner (som faryngit, tonsillit och akut bronkit)
- förebyggande av turistdiarré eller återkommande nedre urinvägsinfektioner
- icke-bakteriella infektioner, t.ex. icke-bakteriell (kronisk) prostatit
- lindriga till måttliga infektioner (inklusive okomplicerad cystit, akut exacerbation av kronisk bronkit och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), akut bakteriell rinosinuit och akut mediaotit) om inte andra antibiotika som vanligen rekommenderas för dessa infektioner anses vara olämpliga
- patienter som tidigare har drabbats av allvarliga biverkningar vid användning av kinolon- eller fluorokinolonantibiotika

Patientgrupper med ökad risk

Vid förskrivning av fluorokinoloner ska särskild försiktighet iakttas hos äldre patienter, patienter med nedsatt njurfunktion, patienter som har genomgått organtransplantation samt de som står på behandling med kortikosteroider, eftersom risken för fluorokinoloninducerad tendinit och senruptur kan vara högre hos dessa patienter. Samtidig användning av kortikosteroider och fluorokinoloner ska undvikas.

För Strama Västra Götaland
Gunnar Jacobsson, ordförande Terapigrupp Infektion, överläkare, Infektionskliniken, SkaS/Skövde

HTA-rapport: **Fysisk aktivitet på recept (FaR) lönar sig**

Fysisk inaktivitet betraktas idag som en stor global hälsorisk. Enligt WHO är otillräcklig fysisk aktivitet den fjärde ledande riskfaktorn för icke-smittsamma sjukdomar och stod för mer än 3 miljoner prematura dödsfall år 2004. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är en behandlingsmetod som byggts upp inom hälso- och sjukvården i Sverige. Trots ett flertal studier har metoden varit omdiskuterad. För att försöka klarlägga evidensläget har en HTA-analys gjorts i VGR. Terapigrupp Fysisk aktivitet ingick i arbetsgruppen och ger här en sammanfattning av resultatet. Se även baksidan angående FaR-dagen 2019.

Regelbunden fysisk aktivitet/träning kan förebygga och behandla exempelvis kardiovaskulär sjukdom, diabetes mellitus, övervikt/fetma, osteoporos och KOL. Den stora utmaningen är att få till en bestående beteendeförändring hos patienter som behöver öka sin fysiska aktivitet. I många länder används s.k. ”exercise referral schemes” (ERS) där patienten deltar i instruktörsledda gruppövningar på specifika träningscenter under en viss period. Flera systematiska genomgångar har visat att detta behandlingssätt resulterar i en smärre eller ingen ökning av den fysiska aktivitetsnivån.

FaR

Fysisk aktivitet på recept (FaR), eller Swedish PAP (Physical Activity on Prescription), är den metod som har byggts upp inom hälso- och sjukvården i Sverige. Metoden har använts i nästan 20 år och består av en patientcentrerad dialog med en skriftlig förskrivning av en individuellt anpassad rekommenderad fysisk aktivitet samt en individuellt avpassad uppföljning. Syftet med behandlingsmetoden FaR är att öka den fysiska aktiviteten bland patienter som är otillräckligt fysiskt aktiva och där ökad aktivitet därför förväntas få positiva effekter avseende sjukdomsprevention och/eller behandling.

HTA-analysen

Trots att ett flertal studier har publicerats har bevisläget för FaR som behandlingsmetod varit omdiskuterat. För att försöka klarlägga evidensläget har en systematisk översikt gjorts vid HTA-centrum* på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Deltagare från Terapigrupp Fysisk aktivitet ingick i arbetsgruppen.

För att inkluderas i analysen skulle studierna uppfylla följande krav:

1. Patienterna i studierna skulle vara vuxna som bedömts vara i behov av ökad fysisk aktivitet av personal inom hälso- och sjukvården.
2. Interventionen var FaR eller annan intervention som uppfyllde de tre huvuddelarna: individuellt rådgivande samtal, individanpassad skriftlig ordination samt individuellt avpassad uppföljning.
3. Kontrollgruppen fick inte ha fått något FaR.
4. Utfallsmåttet skulle vara i första hand fysisk aktivitetsnivå.
5. Studien skulle vara kontrollerad, ha en uppföljningstid ≥12 veckor och ha utförts i ett nordiskt land från 1999 och framåt. Flera inkluderade studier rapporterade uppföljning vid 6 månader och två studier rapporterade uppföljning vid 18 respektive 36 månader.

Metod

Systematiska sökningar efter studier som uppfyllde kraven gjordes i PubMed, Embase, Cochrane Library, AMED, CINAHL och SweMed+ under september 2017. Sammanlagt identifierades 1 093 artiklar, men efter borttagning av duplikat och genomgång av abstract kunde 1 015 artiklar uteslutas. Ytterligare 39 artiklar uteslöts efter genomläsning av hela artiklar. De återstående 39 artiklarna skickades till medlemmarna i projektgruppen och nio artiklar (sju RCT**, en kohortstudie och en fallserie) bedömdes uppfylla inklusionskriterierna och togs med i den slutliga bedömningen. Se urvalsprocessen i flödesschemat på sidan 5. Inkluderade artiklar utvärderades med hjälp av checklistor för att bestämma risken för bias och översikten genomfördes enligt GRADE-systemets (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) riktlinjer. GRADE är idag det internationellt mest spridda systemet för evidensgradering. GRADE har fyra nivåer av evidensstyrka (se definitioner på sidan 5):

- Starkt vetenskapligt underlag
- Måttligt starkt vetenskapligt underlag
- Begränsat vetenskapligt underlag
- Otillräckligt vetenskapligt underlag

Resultat

Huvudfyndet för denna systematiska granskning var att FaR, innehållande de centrala delarna i den svenska modellen, **ökar nivån av fysisk aktivitet jämfört med inget FaR hos vuxna som bedömt vara i behov av ökad fysisk aktivitet.**



Den vetenskapliga evidensen för att FaR ökar den fysiska aktivitetsnivån befanns vara grad 3 av 4 enligt GRADE, det vill säga det vetenskapliga underlaget är gott men effektstorleken kommer troligen att ändras med fler och större studier. Skillnader i uppföljningstider och metoder för att mäta fysisk aktivitetsnivå mellan studierna omöjliggjorde en metaanalys. Det fanns heller inte tillräckligt med studier tillgängliga för att utvärdera de direkta effekterna av FaR avseende mortalitet, sjuklighet eller HRQoL (hälsorelaterad livskvalitet). Ett par begränsningar för denna granskning är dels den relativa bristen på publicerade studier som precis matchar vårt uppsatta PICO*** (fem RCT och en kohortstudie) och att en majoritet av studierna innehöll olika åtgärder för fysisk aktivitetsnivå, ofta med olika uppföljningstider.

***HTA** = Health Technology Assessment ****RCT** = Randomised Controlled Trial *****PICO** = P – Patient, Problem or Population, I – Intervention, C – Comparison, control or comparator, O – Outcome(s)

Slutsatser och framtidsperspektiv

Konklusionen är att det finns evidens för att FaR fungerar som behandlingsmetod för att öka fysisk aktivitet hos patienter inom hälso- och sjukvården med otillräcklig aktivitet. Vi anser att Socialstyrelsens senaste rekommendation om att ”hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva (prioritet 2)” stöds av vår systematiska översikt. Fysisk aktivitet för prevention och behandling är fortfarande underutnyttjad. Denna studie kan bidra till ökad användning. FaR föreslås implementeras som en naturlig del av hälso- och sjukvården. Metoden FaR håller nu även på att spridas till flera EU-länder via ett EU-projekt utgående från Sverige (Folkhälsomyndigheten i samverkan med YFA; Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet).

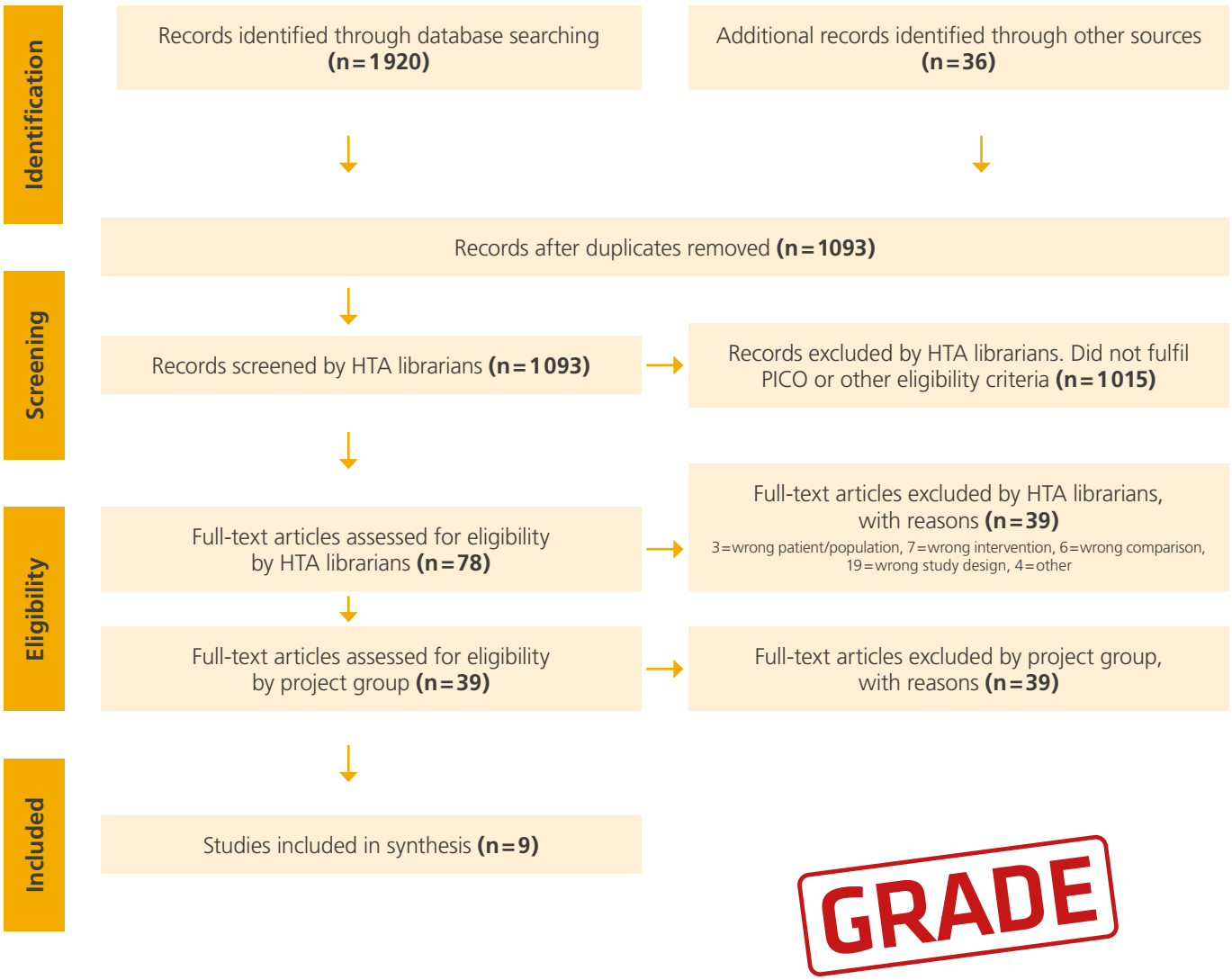
Stärkta av resultaten kommer Terapigrupp Fysisk aktivitet att fortsätta det regionala arbetet i VGR och som varit en del av REKlistans rekommendationer i mer än 10 år.

Mer information

På sahlgrenska.se/forskning/htacentrum/ finns mer information om HTA-verksamheten. Där hittas också rapporten i sin helhet:

Börjesson M, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg E-L, Jonsdottir I.H., Lundqvist S, Mellén A, Onerup A, Persson J, Sjögren P, Svanberg T, Jivegård L. Efficacy of the Swedish model for physical activity on prescription [Effektivitet av den svenska modellen för fysisk aktivitet på recept (FaR)]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum, 2018. Regional activity based HTA 2018:100

För Terapigrupp Fysisk aktivitet
Anders Mellén, överläkare, Klinisk Farmakologi, SU



GRADE

Gradering av evidensstyrka enligt GRADE

4: Hög	Det är osannolikt att framtida forskning kan ändra vår tilltro till den uppskattade effekten
3: Måttlig	Det är sannolikt att framtida forskning kan ha en betydelsefull inverkan på vår tilltro till den uppskattade effekten och eventuellt förändra den uppskattade effekten
2: Begränsad/låg	Det är mycket sannolikt att framtida forskning påverkar vår tilltro till den uppskattade effekten och att den sannolikt kommer att förändras
1: Mycket låg/otillräcklig	De uppskattade effekterna är mycket osäkra

Prognos för **läkemedelskostnaderna 2019-2021**

Återkommande sammanställs en prognosrapport för utvecklingen av läkemedelskostnaderna i VGR för de närmaste åren. Syftet med rapporten är att den kan utgöra underlag för bl.a. budget och vårdöverenskommelser. Rapporten tas fram i samarbete mellan Klinisk farmakologi vid SU och Kunskapsstöd för Läkemedel och Hjälpmedel vid Koncernkontoret. Här ges en sammanfattning av rapporten.

Läkemedelskostnaderna i VGR ökade med 11,9% 2018 och uppgick till ca 5,5 miljarder kronor; varav 3,6 miljarder är förmånsläkemedel (recept), 1,5 miljarder är rekvisitionsläkemedel och 400 miljoner för smittskyddsläkemedel.

Under 2019-2021 bedöms:

- VGRs totala läkemedelskostnader exklusive smittskyddsläkemedel fortsätta öka under prognosperioden enligt Tabell 1.
- nettokostnaderna öka med över 830 miljoner kronor över prognosperioden på tre år. Störst är ökningen för sjukhusen med 6-9% årlig ökningstakt innan återbäring. För Vårdval Vårdcentral och övriga fortsätter ökningen vara runt 6% varje år.

För en mer sann bild av kostnadsutvecklingen har totalprognosen justerats för de återbäringar regionen får för vissa läkemedel enligt avtal med läkemedelsföretag. 2018 var återbäringen för recept- och rekvisitionsläkemedel totalt 445 miljoner kronor. Återbäringen förväntas öka de kommande åren både i krontal och som andel av den totala läkemedelskostnaden. Detta trots listprissänkningar på hepatit C-läkemedel som hittills har varit den enskilt största komponenten. I Tabell 1 presenteras prognosticerad återbäring.

I Figur 1 ges överblick över de största ändringarna per läkemedelsgrupp. De viktigaste trenderna är:

- En fortsatt kraftig kostnadsökning väntas för läkemedel mot **cancer**. Användningen av immunterapi vidgas och nya specifika läkemedel introduceras, t.ex. för **lungcancer, hudcancer, bröst- och prostatacancer** och olika former av **blodcancer**. Patienterna lever längre och behandlas längre tid för sin sjukdom.
- Användningen av biologiska läkemedel mot **inflammatoriska sjukdomar** (reumatisk sjukdom, psoriasis och inflammatorisk tarmsjukdom) fortsätter att växa. Kostnaderna dämpas av prissänkningar på TNF-hämmare, men alternativa läkemedel ökar samtidigt.
- Läkemedelskostnaderna fortsätter att öka för **strokeprofylax vid förmaksflimmer (NOAK), diabetes samt ADHD.** De två förstnämnda påverkar primärvården.
- Läkemedel vid **ovanliga sjukdomar** bedöms ge kostnadsökningar, t.ex. vid **neurologiska muskelsjukdomar** hos barn och vid **cystisk fibros.**
- Introduktion av **biosimilarer**, t.ex. för de tidigare mycket kostsamma läkemedlen rituximab, trastuzumab och adalimumab, bidrar med kostnadsdämpande effekter.
- Nya **patentutgångar** som väntas få effekt 2019 är t.ex. atomoxetin vid ADHD och dasatinib vid blodcancer.
- Antalet patienter i behov av behandling mot **hepatit C** väntas avta och kostnaden därmed minska. Förändrat listpris gör att kostnaden sänks redan 2019.

I Figur 2 ses historisk och förväntad kostnadsutveckling 2016-2021 per ATC-grupp. Det är stora nivåskillnader mellan terapiområdena, varav grupp L är mest kostnadsdrivande.

Utifrån Läkemedelskommitténs fokusområde om ökad användning av kostnadseffektiva läkemedel har en besparingspotential på 148 miljoner kronor uppskattats, se Tabell 2. Besparingen ses både inom sjukhusförvaltningar samt Vårdval Vårdcentral. Ökad användning av biosimilarer istället för de dyrare originalläkemedlen Herceptin (bröstcancer) och Mabthera (flera indikationer, off-label vid MS) skulle innebära stora besparingar. Användning av bevacizumab (Avastin) off-label vid åldersrelaterad makuladegeneration (våt AMD), istället för ranibizumab (Lucentis) eller aflibercept (Eylea) kan bidra till kostnadsminskningar. De läkemedel för vilka primärvården kan göra besparingar är främst pregabalin, tolterodin och snabbverkande insulin. Besparingspotentialen i Tabell 2 är endast till en del inräknad i prognosen.

Rapporten är publicerad i sin helhet på: vgregion.se/lakemedel

Elfar Hrafn Árnason, Regionutvecklare,
Koncernstab hälso- och sjukvård

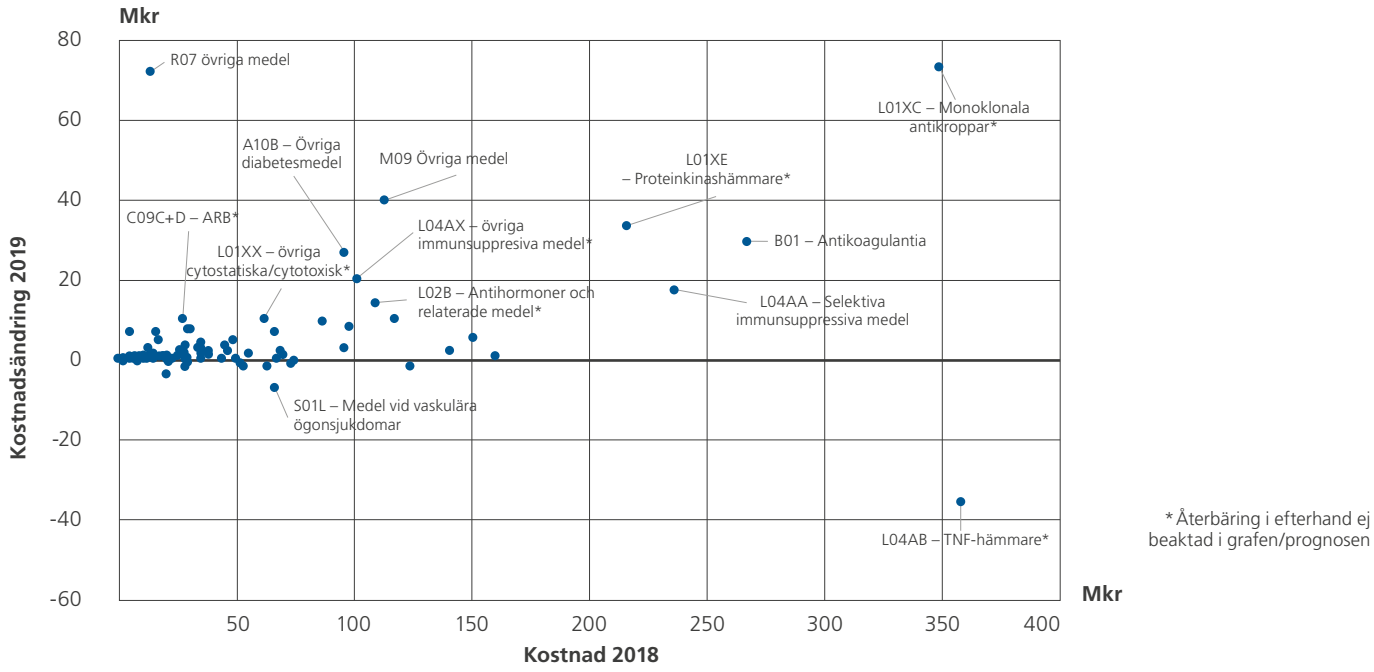
Tabell 1. *Kostnadsutveckling fram till 2021 i miljoner kronor (Mkr). Procentuell ändring inom parentes. VGR.*

	Utfall (Mkr)	Prognos och procentuell förändring		
	2018	2019	2020	2021
Totalt (exklusive SmL)	5090	5521 (8,5%)	5915 (7,1%)	6270 (6,0%)
Recept	3557	3881 (9,1%)	4168 (7,4%)	4422 (6,1%)
Rekvisition	1533	1640 (7,0%)	1747 (6,5%)	1848 (5,8%)
Prognos per Vårdform (exklusive SmL)				
Sjukhus	3809	4158 (9,2%)	4470 (7,5%)	4740 (6,0%)
Vårdval Vårdcentral & övriga	1281	1363 (6,4%)	1445 (6,0%)	1530 (5,9%)
Nettokostnadutveckling (exklusive SmL)				
*Återbäring**	236	446 (97%)	535 (15%)	583 (9%)
*Nettokostnadsutveckling**	4854	5075 (4,6%)	5380 (6,0%)	5687 (5,7%)

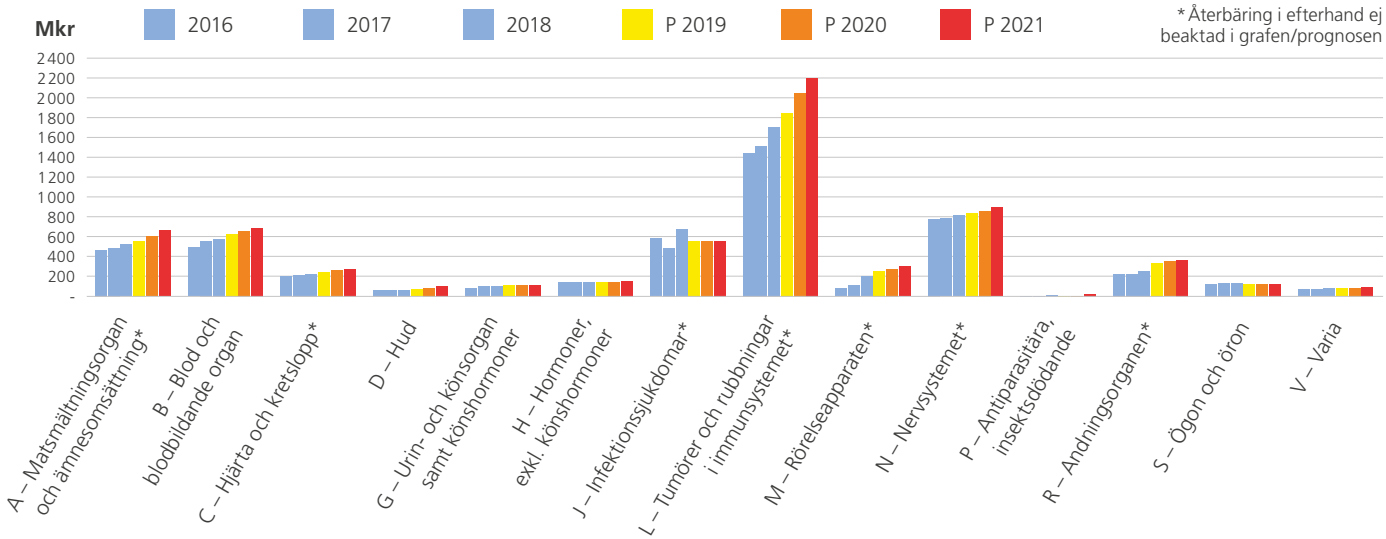
*Innan statens del av återbäringarna enligt statsbidragsöverenskommelsen

SmL=smittskyddsläkemedel

Figur 1. *Prognos per läkemedelsgrupp för 2019. I övre halvan ses ökande kostnader jämfört med 2018. VGR.*



Figur 2. *Kostnadsutveckling och prognos för 2016-2021 per terapiområde/ATC-grupp. Rekvisitionsläkemedel + recept (förmånskostnad + smittskyddsläkemedel). VGR.*



Tabell 2. *Exempel på besparingspotential vid ökad användning av kostnadseffektiva läkemedel. VGR.*

Område	Rekommenderad	Dyrare alternativ	Kostnad 2018 (Mkr)	Teoretisk besparings-potential (Mkr)
Psykiatri/Smärta	Pregabalin Orion	Lyrica	27,1	11
Diabetes	Insulin lispro Sanofi	Humalog	49,3	11
Urologi	tolterodin	Betmiga, Vesicare m.fl.	17,3	12
Cancer	Ontruzant	Herceptin	62,3	50
Cancer	Ritemvia/Rixathon	Mabthera	77	38
Ögon	Lucentis	Eylea	45,5	4,5
Ögon	Avastin	Lucentis/Eylea	66	20
TNF-hämmare	Imraldi	Övriga adalimumab-preparat	Konfidentiell*	Konfidentiell*
Total besparingspotential				**>148,5***

*Kostnaden är konfidentiell enligt avtal

GREY Gothenburg • CELA Grafiska AB

På gång i **regionen!**

Regional läkemedelsdag

17 oktober, se framsidan!

Fysisk aktivitet i hälso- och sjukvården – FaR-dagen 2019

7 november kl. 9.30-16.00

Plats: Sahlgrens aula, SU/Sahlgrenska sjukhuset

Målgrupp: Fysioterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare

Program: Nyheter kring fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa. Fysisk aktivitet vid fetma hos barn. Hur mäter man kondition i sjukvården? Praktiska råd hur man kan arbeta med FaR.

Anmälan: Senast 24 oktober via regionkalender.vgregion.se, sök på FaR-dagen

Arrangör: Terapigrupp Fysisk aktivitet

Det växande barnet – temadag endokrinologi

8 november kl. 8.00-15.30

Plats: Scandic Crown, Polhemsplatsen 3, Göteborg

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor inom eller med intresse för barnsjukvård i Västra Götalandsregionen

Program och anmälan: vgregion.se/utb-barnendokrinologi

Arrangör: Terapigrupp Barn och ungdom

Regional Stramadag för Sjukhusvården

21 november kl. 9.30-16.00

Plats: Meddelas senare; centrala Göteborg

Målgrupp: Alla läkare som arbetar med antibiotika inom sjukhusvård och Stramas kontaktläkare inom sluten vård

Program: Aktuella behandlingsriktlinjer och antibiotikaresistenstrender samt uppföljning av förskrivning belyses ur olika perspektiv med fokus på infektioner på sjukhus

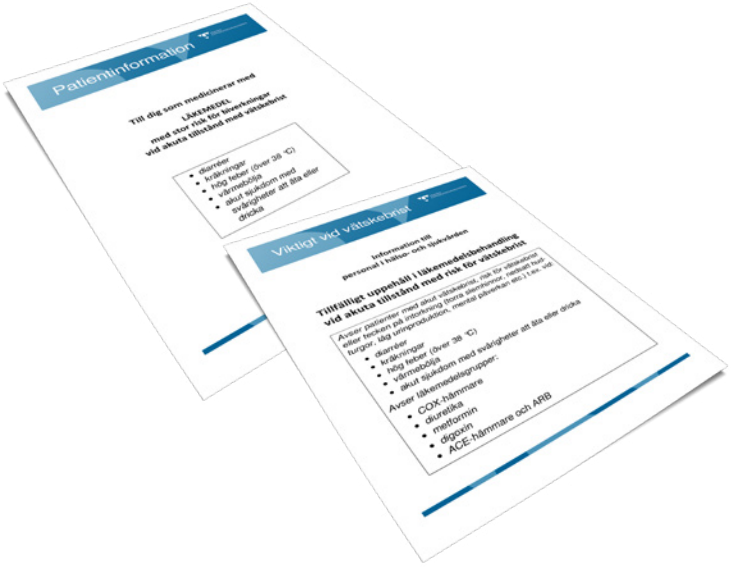
Anmälan: Senast 5 november via regionkalender.vgregion.se, sök på Strama

Arrangör: Strama Västra Götaland

Tänk på att…

…hud som smörjs med geler som innehåller diklofenak, ibumetin eller ketoprofen inte ska utsättas för direkt solljus eller solarium pga. risk för fototoxiska reaktioner. Det kan vara värt att påminna patienter om att detta även gäller 2 veckor efter behandlingen.

…använda informationsbladet Viktigt vid vätskebrist. Det finns en version för patienter och en version för vårdpersonal. Materialet kan beställas via e-post: adress.distributionscentrum@vgregion.se eller laddas ner från Terapigrupp Äldre och läkemedels hemsida: vgregion.se/lakemedel/aldre. Huvudbudskapet är att se upp med följande läkemedel vid dehydrering: metformin, ACE-hämmare/ARB, COX-hämmare, digoxin, diuretika. Förutom vid sjukdomstillstånd med vätskeförluster bör tillfälligt uppehåll övervägas vid värmebölja.



Nästa Substans kommer i oktober

Manusstopp 10/9!

Ansvarig utgivare:
Jan Carlström

Redaktör:
Ulrika Wall

Redaktionskommitté:
Lena Gustafsson
Anders Larsson
Emma Lindhardt
Björn Nilsson

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Du hittar alla nummer av Substans på:

vgregion.se/**lakemedel/substans**