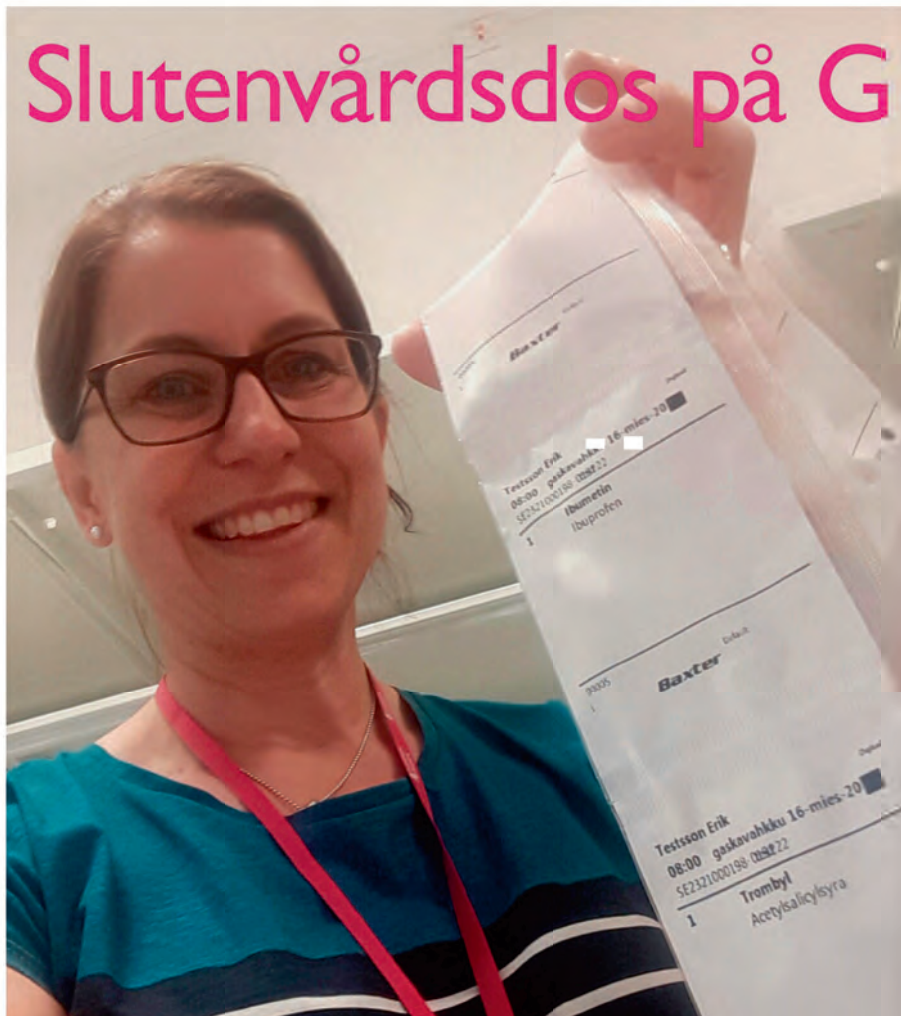


Slutenvårdsdos på G



Förberedelserna inför slutenvårdsdos på Gävle sjukhus pågår för fullt. Lokalen är färdig och dosmaskinen är på plats. Redan andra dagen efter leverans fungerade flödet från ordination i Meliors läkemedelsmodul till produktion av dospåsar till en testpatient.

Två pilotavdelningar, Kirurgavdelning 12 och Njur- Hematologiavdelningen, har utsetts. Dessa har en viktig roll i att provköra rutiner och att hjälpa till att hitta de mest lämpliga arbetssätten.

Arbetet för pilotavdelningarna startar efter sommaren. Men redan nu har grundmätningar gjorts för att möjliggöra senare utvärdering av effekterna av slutenvårdsdos.

Ett av huvudmålen är ökad patientsäkerhet genom att minska risken för fel i läkemedelshandlingen.

För mer information: Plexus/slutenvårdsdos

– Otroligt skönt att det fungerar, det är ändå tre olika IT-system som ska kommunicera med varandra, säger Jessica Eriksson, projektledare från Läkemiddelsenheten.

INSIDA Läkemedelsbiverkningar Diabetes Pascal 2.1

Läkemedelsbiverkningar viktiga att rapportera

Sid 2–3

Läkemedel vid utlandsresa – vad gäller för patienterna?

Sid 2–3

Nya riktlinjer vid behandling av typ2-diabetes

Sid 4–5

Säkrare läkemedelsbehandling av kvinnor och flickor i fertil ålder

Sid 6

Nya funktioner förfinar Pascal

Sid 7

Läkemedelsbiverkningar är viktiga att rapportera

De flesta vanliga biverkningar är kända när ett läkemedel kommer ut på marknaden, men för att få kännedom om de mer ovanliga biverkningarna, och för att klargöra riskprofilen hos nya läkemedel, är det av största vikt att hälso- och sjukvården rapporterar läkemedelsbiverkningar.

Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska snarast rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket (LVFS 2012:14, 19§). Redan misstanken om en läkemedelsbiverkning ska rapporteras, den behöver inte vara utredd eller bekräftad. Reglerna gäller även naturläkemedel, vissa utvärtes läkemedel och veterinära läkemedel.

Även biverkningar i samband med felanvändning, förgiftningar, överdoseringar, missbruk eller användning utanför godkänd indikation ska rapporteras enligt EU:s regler.

I praktiken är detta i nuläget svårt att genomföra i sjukvården. Det är särskilt angeläget att myndigheterna får kännedom om allvarliga biverkningar, okända bi-

verkningar och biverkningar för nya läkemedel.

▼ M R EF

Utökad övervakning.

Inom EU används en svart triangel (▼) för att identifiera läkemedel som är föremål för utökad övervakning, dvs. övervakas mer intensivt än andra läkemedel. Anledningen är att det finns mindre information tillgängligt om dessa läkemedel.

Märkningen kan omfatta nya substanser, biologiska läkemedel eller vissa andra läkemedel för vilka det finns ett särskilt behov att få säkerhetsinformation.

Därför är det särskilt viktigt att rapportera in biverkningar för dessa läkemedel.

Information om utökad övervakning finns i produktresumén, FASS-texten och i bipacksedeln.

Vårdgivare ska också registrera läkemedelsbiverkningar och läkemedelsförgiftningar i Socialstyrelsens Patientregister med det internationella kodningssystemet ICD10-SE (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem). Då ska registrering ske när problemet har medfört väsentligt besvär eller risk för patienten, eller då sjukvården har fått vidta särskilda åtgärder för att hindra en ogynnsam konsekvens för patienten.

Registrering av biverkningar i patientregistret kan aldrig ersätta skyldigheten att rapportera biverkningar till läkemedelsverket.

I patientregistret ska biverkningar anges med en diagnoskod som beskriver det kliniska tillstånd som biverkan orsakat (t.ex. utslag, andningssvårighet, förstopning, njursvikt) och kombineras med en kod som markerar att den angivna diagnosen kopplas till ett läkemedel som använts i terapeutiskt syfte, alltså administrerats på normalt sätt för en godkänd indikation. Denna kodserie heter Y40.0–Y57.9.

För att koppla ihop biverkningen med läkemedlet rekommenderar Socialstyrelsen att när läkemedlet är känt ska den specifika koden Y57.9 användas tillsammans med en ATC-kod som identifierar den enskilda läkemedelssubstansen.

Som framgår i diagrammet finns stora regionala skillnader i antalet vårdtillfällen med diagnos som anger läkemedelsbiverkningar, där Gävleborg tillhör en av de med lägst antal.

Troligen är underrapporteringen stor och statistiken speglar enbart läkemedelsbiverkningar i slutenvården och den öppna specialistvården eftersom uppgifter från primärvården inte registreras i Patientregistret.

Läkemedel vid utlandsresa – vad gäller

Det är bra att veta vilka regler som gäller om du behöver ta med läkemedel då du ska resa utomlands och bor i Sverige.

Detsamma gäller om du kommer hem med ett läkemedel som du har köpt i utlandet.

Det är viktigt att förbereda sig i god tid före resan, särskilt om du reser med narkotikaklassade läkemedel.

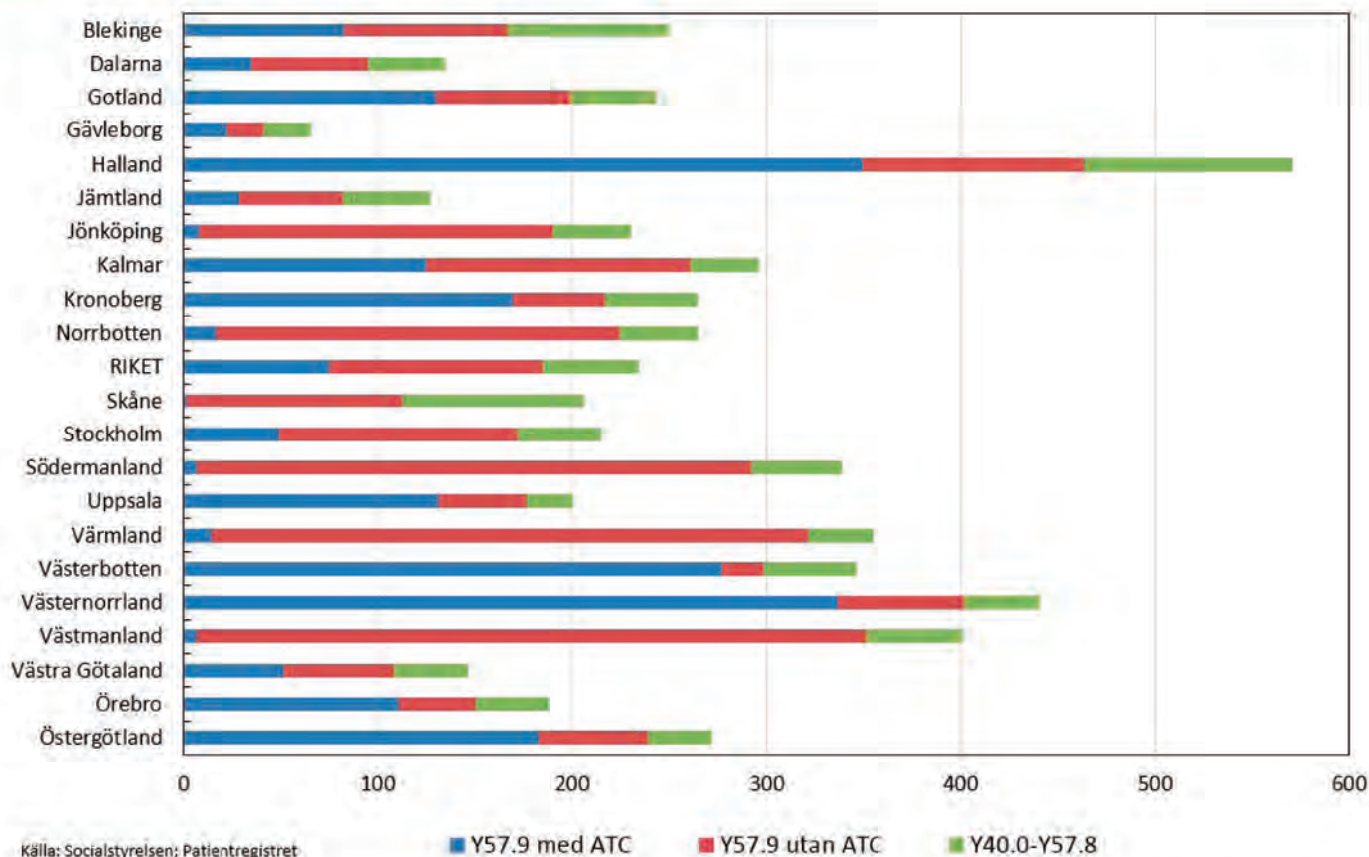
TÄNK PÅ DET HÄR

Packa läkemedel i originalförpackning för att underlätta i tullen, det är bra om apoteksetiketten med ditt namn är kvar på förpackningen. Det är dessutom bra att ha med förpackningen om mer läkemedel behövs under resan och en lokal förskrivare behöver uppsökas. Packa insulin, Glucagon, blodsockermätaren och stickor i handbagaget. Det bagage du checkar in på fly-

get, förvarar i bussen eller i bilens bagageutrymme kan bli utsatt för extrem värme eller kyla.

RESA INOM SCHENGEN

Vid resa mellan länder som omfattas av Schengenavtalet finns inte gemensamma regler på intyg eller liknande för att få ta med icke-narkotiska mediciner för eget bruk. Det är upp till varje land att besluta om sådana regler.



Antal vårdtillfällen med minst en Y40.0-Y57.9 per 100 000 invånare till Socialstyrelsens patientregister (PAR) 2016 per landsting och uppdelat på klassifikationskoder i ICD-10-SE.

Det EU-gemensamma säkerhetsarbetet kring godkända läkemedel förändrades 2012 och en e-utbildning har därför tagits fram. Utbildningen genomförs som en självstudie och finns tillgänglig på Läkemedelsverkets hemsida.

Alla biverkningsrapporter skickas till Läkemedelsverket, antingen via e-tjänst eller via pappersblankett. Samtliga e-tjänster och blanketter finns på läkemedelsverkets hemsida lv.se/rapportera

En pilotperiod har precis inletts i region Uppsala med en nationell tjänst där man kan biverkningsrapportera direkt från journalsystemet. När pilotperioden är avslutad kommer samtliga regioner och landsting få möjlighet ansluta sig till tjänsten med beräknad start i början av 2019. Detta kommer förenkla rapporteringen och förhoppningsvis även leda till högre kvalitet och en ökad rapportering av läkemedelsbiverkningar från sjukvården.

Men innan vi kommit så långt som rapportering direkt från journalsystemet var extra uppmärksam med rapportering av allvarliga biverkningar samt biverkningsar för nya läkemedel.

Källa Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

för patienterna?

Vid resa med *narkotikaklassade* läkemedel krävs ett så kallat Schengenintyg. Intygen utfärdas på ditt lokala apotek och innebär att du kan ta med dig läkemedel för som mest 30 dagars bruk. Apoteket behöver se ditt pass eller ett nationellt ID-kort för att kunna utfärda intyget.

RESA UTANFÖR SCHENGEN

Om du ska resa utanför Schengen bör du kontrollera med besökslandets ambassad i

Sverige vilka regler som gäller för att ta in mediciner i landet.

RESA TILL SVERIGE MED LÄKEMEDEL

Det finns olika regler för att ta in läkemedel i Sverige beroende på om du reser från ett land inom eller utanför det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, EES. I EES ingår EU-länderna samt Island, Lichtenstein och Norge.

När du reser hem till Sverige från ett EES-

land får du ta med läkemedel för ett års förbrukning. Reser du hem från ett land utanför EES får du ta med läkemedel för tre månaders förbrukning.

Särskilda regler gäller för narkotikaklassade och dopningsklassade läkemedel, se <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-fora-in-lakemedel-till-sverige-och-andra-lander/>

Nya rekommendationer vid

Nya diabetesläkemedel rekommenderas före insulin och det är fortsatt viktigt med uppföljning av HbA1c och vikt.

I det svenska NDR-registret från maj 2018 anges att det i den vuxna befolkningen i Gävleborg finns närmare 13 900 personer med diabetes typ 2 och 1 400 personer med diabetes typ 1.

På NDR:s hemsida (www.ndr.nu) återfinns information om hur patienter i Gävleborg mår med avseende på t.ex. HbA1c, andel rökare eller andel fysiskt inaktiva, i jämförelse med övriga lands- och regioner.

2017 genomförde Socialstyrelsen en översyn av nationella riktlinjer för diabetesvård. Centrala rekommendationer består av åtgärder för att förebygga diabetes och diabeteskomplikationer genom livsstilsförändringar, t.ex. viktnedgång och röks-
topp i förekommande fall.

Målgruppen är politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer samt andra yrkesverksamma i vården. Förväntningen är att riktlinjerna ska påverka hur resurser inom vården fördelas efter Socialstyrelsens prioriteringar.

I samarbete med Läkemedelsverket togs nya rekommendationer fram för läkemedelsbehandling vid diabetes typ 2, som syftar till att underlätta individanpassningen av behandling med glukossänkande läkemedel.

Utvecklingen på området går fort och i arbetet med rekommendationerna inkluderas både tillgänglig kunskap om nya behandlingar och erfarenheter från etablerade strategier.

De läkemedel som räknas som nya inkluderar dipeptidylpeptidas-4-hämmare (DPP4-hämmare) och analoger till glukagonlik peptid 1 (GLP1) som båda ökar insulininsöndringen via samma mekanism, med olika angreppssätt, samt natriumglukoskotransportör-2-hämmare (SGLT2-hämmare) som ökar glukos- och natriuminnehållet i urinen genom att hämma återupptaget i njurarna.

De uppdaterade rekommendationerna understryker att behandlingen av typ 2-diabetes ska baseras på patientens individuella förutsättningar som ålder, vikt, njurfunktion och annan sjuklighet, såväl som på förändringar av livsstil för att uppnå viktning samt regelbunden fysisk aktivitet.

Livsstilsförändring är grunden i behandlingen av typ 2-diabetes men om det inte är tillräckligt kan behandling med läkemedel som sänker blodsockret bli nödvändig.

Valet av läkemedel ska styras av om behandlingen kan förväntas ha gynnsamma effekter i varje enskilt fall.

Grunden i den farmakologiska behandlingen av diabetes typ 2 bör utgöras av metformin så länge läkemedlet tolereras, vilket Socialstyrelsen anger som prioritet 1. All annan behandling är att betrakta som andrahandsalternativ, förutom pioglitazon och akarbos som är möjliga andrahandsalternativ. Patienter som även har manifest hjärt-kärl-sjukdom bör erbjudas GLP-1-analogen liraglutid eller SGLT-2-hämmaren empagliflozin (prioritet 3).

Bakgrunden till den sistnämnda rekommendationen är resultat från LEADER-studien som visar att behandling med liraglutid skyddar mot kardiovaskulär händelse och död hos individer med typ 2-diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom.

Störst effekt syns hos dem med övervikt och dem med nedsatt njurfunktion. Även empagliflozin har visat sig ha positiv effekt för samma patientgrupp på kardiovaskulär död, som användes som sekundärt effektmått i EMPA-REG-studien. I en metaanalys publicerad i JAMA i april 2018 hittades ingen statistiskt signifikant skillnad på kardiovaskulär död mellan liraglutid och empagliflozin.

Gastrointestinala biverkningar av GLP1-analoger ledde oftare till att deltagare avbröt kliniska studier. Genitala svampinfektioner är överrepresenterade i studier med SGLT2-hämmare p.g.a. det ökade glukosinnehållet i urinen. I denna grupp

Typ 2-diabetes – b

Uttalad fetma
(BMI ≥ 35 kg/m²)

Liraglutid (Victoza)
Lixisenatid (Lyxumia)
HbA1c-sänkning
10-15 mmol/mol
Viktning 3-4 kg
Låg hypoglykemirisk
Gastrointestinala
bif effekter

Empagliflozin (Jardiance)
Kanagliflozin (Invokana)
HbA1c-sänkning
ca 10 mmol/mol
Viktning 2-3 kg
Låg hypoglykemirisk
Risk för urogenital
infektion, ketoacidosis
Kanagliflozin – risk för
amputation, benfraktur

* Läkemedelsverkets behan

** Alla snabbverkande insuli
alternativet vid nyinsättning

Diabetes, DIAREG
behandlingsalgoritm.

läkemedel utmärker sig kanagliflozin, även genom att risken för tåamputationer ökar.

DPP4-hämmare uppvisar samma effekt som placebo på kardiovaskulära utfallsmått, förutom saxagliptin som ökar risken för sjukhusinläggning till följd av hjärtsvikt. Dessutom antyder kliniska studier ett samband mellan DPP4-hämmare och akut pankreatit.

Regionala diabetesrådet DIAREG med representanter från Gävleborg, Uppsala, Sörmland, Västmanland, Dalarna, Värmland och Örebro har reviderat behandlingsalgoritmen för diabetes typ 2. I så-

behandling av typ 2-diabetes

Behandlingsalgoritm

Metformin, levnadsvanor och rökstopp				
Manifest kardio-vaskulär sjukdom	Hjärtsvikt	Nedsatt njurfunktion (eGFR < 30 ml/min)*	Mest sjuka äldre	Övriga t ex normal-viktig utan komplex samsjuklighet
<p>Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana)</p> <p>HbA1c-sänkning ca 10 mmol/mol Viktnedgång 2–3 kg Låg hypoglykemisk risk Risk för urogenital infektion, ketoacidosis Kanagliflozin – risk för amputation, benfraktur</p> <p>Liraglutid (Victoza)</p> <p>HbA1c-sänkning 10–15 mmol/mol Viktnedgång 3–4 kg Låg hypoglykemisk risk Gastrointestinala bieffekter</p>	<p>Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana)</p> <p>HbA1c-sänkning ca 10 mmol/mol Viktnedgång 2–3 kg Låg hypoglykemisk risk Risk för urogenital infektion, ketoacidosis Kanagliflozin – risk för amputation, benfraktur</p>	<p>Sitagliptin (Januvia) Linagliptin (Trajenta)</p> <p>HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemisk risk</p> <p>Repaglinid (Repaglinid)</p> <p>lakttag försiktighet, starta med låg dos (0,5 mg) till måltiderna (1-3 ggr/dag) och vid behov trappa upp dosen försiktigt. Risk för hypoglykemi och viktuppgång.</p> <p>Insulin human (Insuman Basal)</p> <p>Risk för hypoglykemi och viktuppgång</p>	<p>Sitagliptin (Januvia) Linagliptin (Trajenta)</p> <p>HbA1c-sänkning 6–8 mmol/mol Viktneutralt Låg hypoglykemisk risk</p> <p>Insulin human (Insuman Basal)</p> <p>Risk för hypoglykemi och viktuppgång</p>	<p>Glimepirid (Glimepirid) Glipizid (Mindiab) Repaglinid (Repaglinid) Insulin human (Insuman Basal) Liraglutid (Victoza) Lixisenatid (Lyxumia) Empagliflozin (Jardiance) Kanagliflozin (Invokana) Sitagliptin (Januvia) Linagliptin (Trajenta) Pioglitazon (Pioglitazone) Akarbos (Glucobay)</p>
Insulin				
		Basinsulin Snabbverkande insulin	(Insuman Basal) (Insulin Lispro Sanofi)**	

Behandlingsrekommendation 4:2017, tabell VII.

Insulin är likvärdiga och av kostnadsskal väljs det billigaste alternativet och receptförnyelse.

väl denna som i Socialstyrelsens riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer framhålls de nya glukossänkande läkemedlen som tillgängliga komplement eller andrahandsalternativ till *metformin*, efter patientens förutsättningar och mål.

Som vid all annan förskrivning är utvärdering av läkemedelsbehandlingen viktig. För att kunna utvärdera behandlingen bör strukturerad uppföljning av nya läkemedel vad gäller HbA1c och vikt ske efter 3–6 månader.

Om denna inte hjälper patienten att nå uppsatta mål ska behandlingen omprövas.

Följsamhet till riktlinjer och rekommendationer, såväl nya som gamla, så att rätt patient får rätt behandling är en förutsättning för att alla patienter skall få en jämlik vård.

Detta väntas på kort sikt leda till ökade kostnader för läkemedelsbehandling av diabetes typ 2, vilket ska tas hänsyn till vid fördelning av resurser inom hälso- och sjukvården, enligt Socialstyrelsen. De senaste åren har kostnader för insulin ökat svagt, medan övriga terapier ökat mer markant och kommer om utvecklingen håller i sig passera insulinerna i mitten av 2019.

Uppföljning av användningen kommer att vara ett viktigt verktyg i arbetet för den jämlika vård som skall eftersträvas.

Säkrare läkemedelsbehandling av kvinnor och flickor i fertil ålder

Kunskapen om vilka läkemedel som kan skada eller på annat sätt påverka foster växer konstant.

Behandlingar som på grund av höga doser i djurstudier har setts som teratogena kan med tiden visa sig vara säkra medan andra läkemedelsskador inte upptäcks förrän tusentals gravida behandlats och ovanligare mönster börjat träda fram.

Som förskrivare är det viktigt att använda aktuella rön och beslutsstöd för en korrekt rådgivning och bra behandlingsbeslut.

Även om långt ifrån alla fertila kvinnor är eller vill bli gravida är det som förskrivare viktigt att informera patienter om möjliga graviditetskomplikationer vid insättning av långvarig eller kronisk behandling.

En landsomfattande studie från 2016 visar att 12 % av alla graviditeter är oplanerade och ytterligare 14 % varken är planerade eller oplanerade. Alla kroniskt behandlade patienter kommer inte att kunna, eller vilja, förvarna inför sina graviditeter, så det bästa är att relevant information ges vid insättning av behandling.

Utöver varningar i FASS finns mycket kunskap att hämta i förskrivarstödet *Janusmed fosterskador*, med information om hur

fostret påverkas och hur vanligt det är.

Graviditetskategorierna i FASS kan vara striktare än i Janusmed och inaktuella gentemot klinisk praxis. De tar inte heller alltid hänsyn till att läkemedel kan användas i olika doser och på olika indikationer.

Janusmed Fosterpåverkan har däremot en klinisk expertgrupp som diskuterar klassificeringen innan publicering. Stödet går inte att nå via Melior eller PMO men finns, liksom flera andra beslutsstöd, tillgängligt på www.janusinfo.se och via *Pascal*.

Under våren har rekommendationerna uppdaterats i hela EU för två läkemedel där riskerna under graviditet ska uppmärksammas tydligare framöver:

Retinoider, exempelvis isotretinoin. Det fastslås ännu tydligare än innan att effektiv preventivmetod ska användas under behandling, samt en månad före och efter. Dessutom ska graviditetstest vid behov göras före och efter behandling och patienten ska på ett strukturerat sätt informeras om riskerna. Risken vid exponering i tidig graviditet är hög, men Sverige har haft få fall med behandling under graviditet. Retinoider påverkar inte spermier och partners användning anses inte utgöra någon risk.

Valproat Vid *bipolär sjukdom* kontraindiceras valproat under graviditet, men vid

epilepsi kan det i enstaka fall vara nödvändigt – då i samråd med specialistvård.

Om kvinnor/flickor behandlas ska graviditetstest vid behov göras före och under behandling och patienten måste informeras om riskerna samt behovet av preventivmedel under behandling. Behandlingen ska utvärderas av aktuell specialist årligen.

Enligt Läkemedelsverket ska valproat aldrig förskrivas till kvinnor eller flickor, inte heller före puberteten, om annat alternativ finns.

Observera att östrogener minskar effekten av flera antiepileptika inklusive valproat (*karbamazepin* minskar i stället effekten av hormonella preventivmedel). Valproat kan, reversibelt, försämra både mäns och kvinnors fertilitet.

I *Läkartidningen* i april lyftes säkerheten för SSRI. Tidigare har SSRI (utom *paroxetin* och *fluoxetin*) setts som relativt säkra under graviditet, med utsättningssymtom som främsta risk.

I nyare studier tycks flera SSRI vara förknippade med riskökningar, framförallt för kongenital hjärtdefekt efter användning under första trimestern. Ännu är rekommendationer och stöd oförändrade men kan komma att ändras. Lägsta effektiva dos bör eftersträvas och riskerna med att modern inte behandlas måste alltid beaktas.

För ytterligare information: Läkemedelsverket.se • Läkartidningen.se • *Janusmed fosterskador* • FASS.

Nytt fabrikat Adrenalin 1 mg/ml

Efter genomförd upphandling har avtal tecknats för Adrenalin Bradex 1 mg/ml. Adrenalin Bradex fick markeringen "tummen upp" i inköpssystemet den 7 maj. Apoteket byter till denna produkt vid beställning.

En skillnad med Adrenalin Bradex mot det adrenalin vi tidigare använde är att det förvaras i rumstemperatur, vilket gör att hållbarheten i akutvagnar och liknande inte längre blir begränsad till 12 månader. Utgångsdatum på ampullerna är det som gäller. Rutinen för akutvagnar kommer uppdateras.

Vid frågor kontakta:
lakemedelsenheten@regiongavleborg.se



Restnoterade läkemedel

Sedan februari i år finns en restnoteringslista på Läkemedelsverkets hemsida (lv.se/rest) dit läkemedelsföretagen rapporterar aktuella restnoteringar.

Där ges också information om hur länge läkemedlet är restnoterat samt om det finns alternativ.

Nya funktioner förfinar Pascal

I Pascal 2.1 har en del förändringar skett. Exempelvis har den sökfunktion som finns för biverkningar utökats med en funktion som ger träffar på synonymer.

- Vidare är det nu möjligt att välja *Förnya* för slutexpedierade helförpackningar.
- För en oregelbunden dosering syns nu samtliga intagningsstider på läkemedelsraden. Sätter man muspekaren över markeringen *Oregelbunden* får man utförligare information om just denna dosering.
- Nu kommer möjligheten att *Förnya* ett Slutexpedierat recept. Tidigare var man tvungen att använda *Ändra*.
- Nytt är att ett akutförskrivet dispenserat recept nu visas med beteckningen *AKUT DISP* i röd stil i läkemedelslistan. Denna

markering finns kvar fram till nästa ordinarie stopptid. Den visas även på motsvarande sätt på utskriften *Läkemedelslista Dos*, dvs. fram till nästa ordinarie stopptid. Om receptet satts ut akut visas detta på den historiska raden.

- Om du förskriver ett dispenserat läkemedel akut till en patient som har produktionen av sina dosrullar vilande får du frågan om patientens dosrullar skall aktiveras när du sparar förskrivningen. Det är förvalt att aktivera patientens dosrullar och väljer du att bocka ur rutan kan det innebära att dosapoteket inte skickar nya rullar.
- Utskrifterna i Pascal byter namn. Det före detta dosreceptet byter namn till *Förteckning recept* och den tidigare Ordinationshandlingen byter namn till *Läkemedelslista Dos*. De gamla benämningarna står dock kvar, men med en betydligt svagare stil och kommer tas bort längre fram.

• Den sökfunktion som finns för biverkningar har utökats med en funktion som ger träffar på synonymer. Dessa visas under sökordet du skrivit in.

• Om viktig säkerhetsinformation från Läkemedelsverket finns för ett preparat visas den vid förskrivning av läkemedlet bland övriga beslutsstöd till höger. Klickar du där får du upp en PDF med den informationen.

• I fliken Patientinformation visas nu längden på patientens ordinarie leveransintervall under rubriken *Expediering*. Oftast är det varje eller varannan vecka.

• Under respektive rubrik kan du ändra uppgifter om patienten. Vill du pausa dosrullarna anger du *Vilande* under rubriken *Status*. Du kan skriva en kommentar till dosapoteket, men det är inte obligatoriskt. Statusarna har även bytt namn till *Vilande* och *Aktiv*. Förklaring på vad statusarna innebär finns under i-symbolen.

Källa: Inera

Bästa sättet att ge läkemedel via PEG?

FRÅGA APOTEKAREN



Fråga Jag arbetar på ett vårdboende där flera personer får sina läkemedel i PEG*.

Vanligen krossas alla läkemedel för att sedan blandas med vatten och ges i PEGen. Personalen utsätts för mycket ”damm” från medicinerna dagligen. Jag undrar om vi inte skulle kunna blötlägga medicinerna och lösa upp dem i vatten istället för att först krossa dem och sedan blanda dem med vatten? Blir det någon egentlig skillnad?

*PEG = Perkutan Endoskopisk Gastrostomi.

Svar Då man ska ge läkemedel i PEG eller sond bör man i första hand välja flytande beredningsformer. Om sådana saknas är det bättre att lösa upp tabletter i vatten än att krossa om det är möjligt. Många vanliga tabletter och munlösliga tabletter löser sig i vatten på några minuter. Lägg tabletterna i en spruta och tillsätt 10 ml sterilt vatten.

I andra hand kan tablettens lösas i en medicinbägare med lite vatten för att sedan dras upp i sprutan. Brustabletter ska alltid lösas upp i ett öppet kärl och ”brusa klart” innan de ges.

Att krossa tabletter är ett sämre alternativ. Förutom att skapa arbetsmiljöproblem för personalen innebär krossningen en teoretisk risk för molekyelförändringar eller komplexbildning. Särskilt stor risk för detta blir det om man samtidigt krossar

flera olika tabletter. Enligt Läkemedelsverkets kunskapsunderlag om enteral läkemedelsadministrering ska flera olika tabletter inte krossas och ges tillsammans i sond eller PEG. Viktigt att tänka på är också att depot- och enteroberedningar i regel inte får krossas för att undvika risk för minskad effekt eller ökade biverkningar.

Filmdragerade tabletter bör om möjligt undvikas då de sällan går att lösa upp och vid krossning kan bilda flagor som riskerar att sätta igen sonden. Vanliga tabletter är bättre.

Hos patienter med PEG är det alltså klokt att gå igenom läkemedelslistan och se om det går att ersätta vissa beredningar med andra mer lämpade. En klinikapotekare kan vara en resurs för förskrivaren i detta arbete.

För en säkrare vård – och sommar

I DETTA NUMMER AV MiX knyter vi an till diabetestemat som vi presenterat på hälso-centralerna under våren.

Behandlingsrekommendationerna från DIAREG för läkemedelsbehandling av diabetes har uppdaterats i enlighet med nationella riktlinjer och ger oss fler verktyg för en bra metabol kontroll för våra patienter. Baksidan av myntet är ökade läkemedelskostnader inom området.

Från SKL har tagits fram en lista på framgångsfaktorer för en god diabetesvård. Man betonar värdet av ett strukturerat arbete, med dokumenterade behandlingsmål för varje patient. Uppföljning av resultaten på den lokala enheten är också prioriterat, såväl som att erbjuda regelbundna återbesök till diabetessköterska och familjeläkare. Från Läke-medelskommittén hoppas vi att behandlingsrekommendationerna förenklar och förtydligar vilka läkemedelsval som kan vara lämpliga.

VI LYFTER OCKSÅ FRÅGAN om biverkningsrapportering. Sjukvården rapporterar sällan biverkningar. Vi har indikationer på att Region Gävleborg hör till de landsting som mest sällan skickar in rapporter.

Läkemedelsverket behöver få information från sjukvården om biverkningar för att kunna vidta rätt åtgärder. Ett konkret exempel är det aktuella indragandet av Alvedon 665 mg, där myndigheterna med hjälp av biverkningsrapportering blivit uppmärksammade på att patienter som överdoserat med paracetamol i slow-release-bered-



*Björn Ericsson Specialist i allmän-
medicin, familjeläkare vid Sättra
HC och LKs ordförande.*



ningen inte svarade på förväntat sätt på behandling med antidoten acetylcystein och därigenom hade ökad risk att hamna i leversvikt.

I MiX lyfter vi fram situationer där det är särskilt angeläget att rapportera in biverkningar. Vi uppmärksammar också att man genom korrekt diagnosregistrering också sänder en signal till Socialstyrelsen för de fall där patienten drabbats av en biverkan. Diagnosregistrering tar inte mycket tid i anspråk, men är viktig.

ETT ANNAT OMRÅDE kopplat till läkemedels-säkerhet är frågan om läkemedelsbehandling av kvinnor i fertil ålder. Vi vill uppmäna att alltid ha detta i åtanke vid all förskrivning av läkemedel till kvinnor i fertil ålder, oavsett om kvinnan är gravid eller ej. I synnerhet är det viktigt att ta hänsyn till behandling som sträcker sig över en längre tid. Vi som förskrivare har ett särskilt ansvar att informera våra patienter om nytta och risker med läkemedelbehandling. Från läkemedelsverket har nya riktlinjer för behandling med valproat och isotretinoider tagits fram med detta perspektiv. I beslutsstödet i Pascal och på sidan janusinfo.se finns utmärkt information kring läkemedelsbehandling vid graviditet.

I SEMESTERTIDER får sjukvård och apotek många frågor om reseintyg för läkemedel. På sidorna 2 och 3 hoppas vi kunna reda ut oklarheter.

MED DETTA VILL JAG ÖNSKA er alla en härlig sommar!



Redaktionen

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

Björn Ericsson, specialist i allmänmedicin,
ordförande.

bjorn.ericsson@regiongavleborg.se

Fredrik Hagerman, informationsläkare,
ST-läkare.

fredrik.hagerman@regiongavleborg.se

Produktion TETHA Grafisk form

MiX på nätet

www.regiongavleborg.se/lakemedel

Extern post

Hälso- och sjukvårdsgemensamma resurser
Gävle sjukhus
801 87 GÄVLE

Intern post

Läkemedelsenheten
Budstation -69 -

Tryck Gävle Offset 2 000 ex