

Minnesanteckningar ePed-dagen 190409

Inledning

Presentationsrunda. Dagens deltagare jobbar i/med TakeCare, Clinisoft, Melior, Cosmic, Cross och framtida Millenium.

Rimlighetskontrollen

Birgit Eiermann, Inera:

Grunddata om läkemedlen kommer ifrån företagens ansökan till Läkemedelsverket. Datan skrivs in i NPL, skickas sedan till Vara och vidare till apotek och Sil. Sil skickar uppgifterna till journalsystemen.

Grundinformationen i VARA (bild). För licensläkemedel skrivs inte styrkan uppdelat numeriskt och enhet (licensföretagen har inte tillgång till programmet ens) utan endast styrka klartext anges.

E-hälsomyndigheten kan inte fylla i saknade data för de saknar korrekta uppgifter. Inera har frågat om de får fylla i, men de får inte behörighet.

Läkemedelsverket fyller i styrka klartext, men har inte tillgång till de andra fälten i sitt program.

Problem grundinformation i VARA (bild)

Tjänster för rimlighetskontroll finns i Sil (bild) – journalsystem kan hämta rimlighetskontrollen antingen via produkt (NPLid) eller via substans (NSLid)

Implementering i Cosmic (bild) – via läkemedelsprodukt, använder styrka numerisk + styrka enhet för beräkning. I Jönköpings produktkatalog läggs strukturerade styrkan för licensläkemedel till och rimlighetskontrollen fungerar även för licensläkemedel.

Man tittar på om Jönköpings arbete kan bli nationellt.

Melior (bild) – inga licensläkemedel fungerar.

NCS Cross (bild) – tillåter bara mg som enhet, licensläkemedel fungerar inte och inte heller de med enhet E resp mmol.

TakeCare (bild) – helt egen lösning, går ej via Sil, kräver mycket handpåläggning, går på ATC-kod, licensläkemedel fungerar inte.

Regler för centrala ePed-redaktionen (bild) – vilka läkemedel ska kopplas. De som vi inte kan koppla ska vi påverka situationen för.

ePed påverka grundinformationen (bild) – visningssubstans och doseringssubstans kommer att anges i NLL, vet inte än hur det kommer se ut. Vi ska hålla koll på detta och skicka "problempreparat" till dem som håller på med NLL på Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket fyller i vissa fält av regulatoriska skäl. Kanske måste det finnas fler fält för att även det medicinskt praktiskt ska fungera?

Viktigt att alla landsting skickar in önskemål om nya rimlighetsgränser och bidrar till diskussionsforumet på hemsidan där vi samlar information om problempreparat.

Sist statistik över användningen av instruktionerna i de olika landstingen. Nya landsting Gävleborg och Jämtland. Ökning i många andra landsting. Kommentar från Sörmland att de står stilla enligt bilden men väljer bara in de instruktioner de har mallar till, men i övrigt används SLL:s lista som uppslagsverk.

Analysfilen – kommer åt via Admin i Centeped. Birgit visar hur man kan använda den. Senaste aktivitetsdatum. Kan sedan sortera på kopplade och se vilka ePed:id som det gjorts kopplingar till.

Kan filtrera på landsting (Sheet 2) listnamn, produktkopplingsdatum. Måste ha valt in den versionen av instruktionen dock för att kopplingen ska komma upp.

Sil-streckkod (Sheet 1) – streckkoder för olika, projekt typ ARM som pågår i Stockholm.

Elin Kimland, Läkemedelsverket:

Vad styr om ett läkemedel är tillgängligt (bild). Ex licensmotivering – viktigt hur den skrivs för att licensen ska godkännas. Godkänt för barn eller inte – handlar om att ett företag ska vilja ansöka om godkännande. Marknadsförs inte – Läkemedelsverket ser tecken på att läkemedel restnoteras först och sedan kommer ansökan om avregistrering.

Licensläkemedel som förekommer ofta, varför godkänns de inte? Företagen måste ansöka! Ex ceftibuten. Läkemedelsverket kan uppmuntra företagen att ansöka, men ej kräva. Vi i vården kan göra ett jobb att påverka företagen. Finns en ansökningsväg för "well established use".

Finns också exempel där licens/extemporeprodukter blivit godkända och då har priset ökat mycket vilket också blir problem.

Licenser (bild) – Läkemedelsverket jobbar idag inte för att få något uppdrag för att öka kunskapen om licensläkemedel. Ser risk att incitamentet för företagen att ansöka om godkännande av läkemedel skulle minska.

Kan SKL vara en aktör?

Restsituationer

Elin Kimland, Läkemedelsverket:

Ser inte att detta är ett minskade problem. Visade restnoteringslistan på LV:s hemsida. Innehållet beror mycket på hur snabba företagen är att återkoppla informationen. Företagen måste uppge hur kritisk de uppskattar att situationen är, hur långvarig. Krav att företagen måste rapportera in, men inte om bedömningen. Inget ekonomiskt incitament i Sverige t.ex. böter, styr en del med upphandlingen i de olika landstingen/regionen. Det som brukar ge resultat är när vården frågar företagen.

Vad kan göras mer? (bild) – barnsjukvården kan tänkas vara en pilot för ett nätverk för rester. Regulatoriska förändringar, ex.vis att få skicka läkemedel från ett sjukhus till ett annat.

Viktigt med återkoppling från vården till Läkemedelsverket om problem så att de kan titta på/lyfta problemet.

Avregistrering av läkemedel (bild) – VARA är säkraste källan (men inte helt säker) för om ett preparat inte tillhandahålls (ej marknadsförs) eller är avregistrerat. Om ej marknadsförs kan apotek expediera om man får tag på produkt från annat land.

Best Practice

Per Nydert, Anna Hardmeier, centrala ePed-redaktionen:

Projektet är avslutat och det finns en produkt/ett verktyg att implementera. Men hur gör man? Per gav bakgrund till uppkomsten av projektet och hur projektet genomfördes.

Verktyget består av två delar; riskskattning av läkemedel och av olika processer som man kan gå in och titta på via hemsidan + att vi kan skriva ut riskskattningen på ePed-instruktionerna. Den senare delen väntar vi med än så länge tills alla är redo för att informationen presenteras där.

Har även tagits fram en e-utbildning på ca 20-30 min. Kan erbjuda den till sin personal om man väljer att använda verktyget. Den kommer att finnas tillgänglig på hemsidan (eped.se). Där finns även in introduktionsfilm.

Nu finns tre instruktioner publicerade med riskskattningen; vankomycin och dobutamin.

Best Practice sträcker sig fram till förslag på riskhantering. Det sista steget i riskhanteringen, själva riskacceptansen, måste göras lokalt.

Hur verktyget kan implementeras (bild) – en lyckosam implementering tar enligt Socialstyrelsen 2-17 år! Den lokala implementeringen måste göras utifrån de lokala förutsättningarna – när verksamheten är redo.

I SLL kommer implementeringen att göras utifrån avvikelser och göras med en utsedd person + ett team.

Diskussion om namnet, lite förvirrande då det är ett vedertaget begrepp i t.ex. BMJ. Förslag: Bättre lörningställande (BIO). Förslaget godtogs.

Ranaa Akkawi El Edelbi, Klara Wallén (student), centrala ePed-redaktionen:

En studie pågår med enkät till och intervjuer av vårdnadshavare/patient som har behandling med orala anticancerläkemedel i hemmet. Patienterna hör till barnonkologiska avdelningen på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm. Hur hanteras dessa läkemedel i hemmet? Vilken information får vårdnadshavare/patient om hanteringen i dag? Hur hanteras

kroppsutsöndringar och annat avfall? Vilken information saknar de? Syftet är att ta fram patientinformation inom ePed.

Resultatet kommer att läggas ihop med information från övriga nordiska länder till t.ex. texter och filmer om hur man löser upp tablett osv.

Kunskapsorganisation och kunskapsstyrning i SKL

Synnöve Lindemalm, centrala ePed-redaktionen:

Samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård – Synnöve berättar grundläggande om detta. Hur det påverkar ePed är i dagsläget inte helt klart. Men alla berörs av detta.

Målet är att utveckla, sprida och använda den bästa kunskapen i varje patientmöte. Det sammanhållna systemet ska vara ett lärande system och bidra till att det är enkelt att göra rätt. Utmaningen är att få till strukturen – allt från patienten till vårdteam till regional nivå och central nivå.

De nationella programområdena (NPO) ska spegla hela vårdkedjan. Lite oklart gällande barn om allt ska ligga inom NPO Barn och ungdomars hälsa eller inom respektive NPO (t.ex. infektionssjukdomar eller lung- och allergi). Tvärs över NPO-strukturen går även nationella samverkansgrupper (NSG).

De olika regionerna har fått ansvar för olika NPO. Barn- och ungdomars hälsa ligger inom region Sydöstra.

Inom varje NPO ska det finnas arbetsgrupper (NAG) som består av experter, patientföreträdare, ev kommunrepresentant, kvalitetsregister, vårdprogram.

Gott och blandat och framtida projekt

Åsa Andersson, Ingehla Rydén, centrala ePed-redaktionen:

ARM/Druglogg

Pågående projekt. Fler substanser håller på att läggas in i regimbiblioteket. Rapport om detta kommer på ePed-dagen i höst.

Önskemål från Uppsala om att få samtliga instruktioner på sjunet-"hemsidan" att anges i bokstavsordning.

ePed redaktionen menar att det i dagsläget är svårt att få till, men vi ska se över detta. Hela biblioteket finns under uppdaterade instruktioner och funktionen "Ctrl + F" kan användas.

Fråga om man planerat att öppna upp ePed utanför sjunet.

Synnöve berättar att vi arbetar för att släppa ePed-informationen öppen för allmänheten under en testperiod, detta kommer göras kontrollerat. Vi hoppas på att ha ePed öppet till nästa årsskifte.

Överfyllnadsvolym

VGR lyfter problematiken med överfyllnadsvolymer. Blir ett väldigt brett intervall för vissa läkemedel ex vankomycin 5 mg/mL. Ett alternativt är att uppmana till att väga påsen (alt. 1), ett annat alternativ är att ange exakt överfyllnadsvolym för de olika tillverkarna (alt. 2). VGR vill fortsätta med fast slutkoncentration, men efterfrågar en mer exakt spädning. Alternativ 2 skulle de vara nöjda med.

Pulvervolym har varit en tidigare diskussion på en ePed-dag. Då beslutades att man inte skulle ta hänsyn till pulvervolymen.

Beslut:

Alternativ 2 ska testas på någon instruktion. Referera till samlat dokument med tillverkarnas olika överfyllnadsvolymer.

Framtida projekt "bättre administration"?

I framtiden kan det vara aktuellt med projekt "bättre administration". Där man bl.a. lyfter frågan om vilken volym som ska tas in till patienten, exakt volym eller hela påsen. En annan fråga skulle gälla om aggregatet ska fyllas eller ej.

Åldersintervall för instruktionerna

Kan skilja sig hur det ser ut på vissa instruktioner idag. Centrala ePed redaktionen vill nu bli mer konsekventa i detta och föreslår att EMAs riktlinjer ska följas.

Beslut: Deltagarna på ePed-dagen godtar detta förslag.

Rimlighetskontrollen

Cosmic undrar om frekvens i rimlighetskontrollen har diskuterats, dvs att antibiotika bör ges minst tre gånger per dygn?

Centrala ePed redaktionen: Nej inte hittills.

Önskemål om att doseringsinformationen i rimlighetskontrollen även syns i på barnläkemedelsinstruktionen/journalsystemet.

Centrala ePed redaktionen och Inera ska se vad som står i integrationshandboken om det är ett krav att det ska anges i journalsystemet.

Deltagarna diskuterar även om vi kommer arbeta med att specificera doser vid nedsatt njurfunktion. Detta har nyligen diskuterats lokalt på Astrid Lindgrens barnsjukhus och vårt mål är att börja specificera detta på instruktionerna framöver.

Verkningsmekanism

Förslag om att börja skriva detta på barnläkemedelsinstruktionerna.

Ingen protesterade mot detta förslag. Östergötland uttryckte positiv inställning mot detta och nämnde klonidin som exempel.

Nästa ePed-dag **5 november 2019**