



Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Ny kunskapstjänst om
kön, genus och läkemedel

■ UPPDATERAT SID 2-3

Omhändertagandet av barn
med astma kan förbättras

■ TEMA ASTMA SID 4-5

Viktigt att följa upp
astmabehandlingen

■ TEMA ASTMA SID 6-7

Nytt forskrivningsstöd om
njuren och läkemedel

■ AKTUELLT VÅRD & LÄKEMEDEL SID 8-9

Begränsa kodein till
barn med smärta

■ AKTUELLA BESLUT & RIKTLINJER SID 10-11

Många terapiavbrott även
med nyare diabetesmedel

■ AKTUELLA STUDIER SID 12-13

Rapport från årets
farmakovigilansdag

■ FÖRSKRIVNING SID 14-15

Fortbildningskalendarium

■ SID 16

TEMA:

Astma

– bara 4 av 10 patienter
uppnår kontroll



Tvetydigt industriutspel om öppna provningsdata



FOTO: ISTOCKPHOTO

■ ■ ■ Läkemedelsindustrin tycks tala med dubbla tungor. Enligt den brittiska tidningen Guardian har svensken Richard Bergström, generaldirektör för den europeiska branschorganisation EFPIA i ett hemligt e-postmeddelande till den amerikanska branschorganisationen PhRMA beskrivit en strategi för att förmå patientorganisationer att agera som bulvaner åt industrin.

Organisationerna – av vilka många är beroende av industrins pengar – skulle förmås att offentligt ta avstånd från den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA:s initiativ för ökad transparens kring kliniska provningsdata.

Skulle uttrycka oro

Patientgrupperna skulle fås att uttrycka oro för att icke-vetenskaplig återanvändning av data skulle kunna leda till oberättigade hälsolarm kring vissa läkemedel eller vacciner. De skulle också framföra farhågor för att myndighetskrav på ökad transparens kunde skrämja bort industrin och minska investeringar i forskning och utveckling av nya innovativa läkemedel.

Richard Bergström bekräftar på förfrågan uppgifterna i Guardian men menar att de istället ingår i en ny ”modell” för att öka tillgången till kliniska provningsdata. Men med förbehåll eller ”balans” som Bergström säger. Det går inte att bara lägga ut alla data i ”molnet”, alltså på nätet.

– Mitt memo, som delvis hamnade i Guardian, handlade om hur vi lanserar vår modell. Det innefattar att prata med alla våra ”stakeholders”, även patientgrupper.

Den nya modellen uttrycks i dokumentet ”Principles for Responsible Clinical Trial Data Sharing. Our Commitment to Patients and Researchers”. Jag frågar också Bergström vad som är skillnaden mot dokumentet ”Joint Position on the Disclosure of Clinical Trial Information via Clinical Trial Registries and Databases”.

– Skillnaden är stor. Koden från 2009 täcker offentliggörande av vilka provningar som har satts igång och innehåller kravet att publicera sammanfattningar av resultaten när provningarna är klara, säger Richard Bergström.

Villkorad tillgång till data

Den nya koden går längre vad gäller offentliggörande av resultat, men med sedvanliga förbehåll för affärshemlighet och patientintegriteten.

- Nytt är att forskare ska – för läkemedel godkända i USA och inom EU – på förfrågan kunna få kliniska provningsdata på patientnivå, på studienivå, fullständiga rapporter om kliniska studier och upplägg (protocols) från kliniska provningar.
- Nytt är också att patienter som deltar i kliniska provningar ska få en faktabaserad sammanfattning av resultaten
- I högre utsträckning ska sammanfattningar av kliniska provningsrapporter inlämnade till läkemedelsmyndigheter offentliggöras efter godkännande av ett nytt läkemedel eller en ny indikation.
- Tillverkare måste publicera kliniska provningsdata oberoende av utgången (positiva eller negativa resultat), bland annat från alla fas III-provningar, vilket är nytt.

DAVID FINER

■ **Läs mer:** <http://korta.nu/datasharing>

<http://korta.nu/efpiapresseddelande>

<http://korta.nu/6e74v>

Ny kunskapstjänst om kön, genus och läkemedel på Janusinfo

■ ■ ■ Genom att ge strukturerad information om framförallt könsaspekter på läkemedelsbehandling ska beslutsstödet underlätta köns- och genusmedveten förskrivning och skapa större medvetenhet om dessa aspekter av läkemedelsbehandlingen.

I den första versionen av den nya kunskapstjänsten finns texter om ett 50-tal läkemedelssubstanser inom

områdena antikoagulantia, neurologi och psykiatri. Tjänsten kommer att kontinuerligt fyllas på med information om fler läkemedel.

Målgruppen är sjukvårdspersonal som ordinerar läkemedel. Texterna är generella och ska inte ses som behandlingsriktlinjer. Behandlande läkare ansvarar för patientens handläggning, som måste anpassas till varje situation.

Stödet är framtaget genom ett samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, Stockholms läns läkemedelskommitté och dess expertråd och Centrum för genusmedicin på Karolinska institutet.

ELIN JERREMALM

Nu kan användningen av läkemedel jämföras

■ ■ ■ I den första rapporten i sitt slag har Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) jämfört skillnader i läkemedelsanvändning och följsamhet till riktlinjer mellan landsting/regioner samt efter ålder, utbildningsnivå och kön.

Jämförelserna gäller 29 olika indikatorer som exempelvis behandling av patienter med hjärtinfarkt och stroke, antibiotikabehandling i öppenvården, läkemedelsbehandling vid psykisk ohälsa och bland äldre.

Underlaget består av tidigare publicerad data ur flera nationella register. Representanter från alla landsting har medverkat i arbetet. Fortfarande saknas indikatorer inom flera prioriterade områden som exempelvis läkemedelsanvändning bland barn.

Socialstyrelsen kommer därför att presentera en plan för att ta fram fler gemensamma indikatorer. Stockholms läns läkemedelskommitté bidrar med förslag till hur indikatorer kan utvecklas för läkemedel inom cancer-vården.

DAVID FINER

Våga ändra ordinationen!

Hur ofta omprövar läkare patientens aktuella läkemedelsbehandling? Att – tillsammans med patienten – ändra en ordination, anpassa dosen, sätta ut ett läkemedel som ger biverkningar eller inte har avsedd effekt tillhör våra viktigaste uppgifter. Det gäller förstås också om behandlingen satts in av kollega där kontakten avslutats; då tar vi över ansvaret för behandlingen. Därför måste vi ha kunskap om patientens samlade läkemedelslista, förutom anamnes, journalgenomgång och vid behov konsultera läkaren som ursprungligen ordinerat läkemedlet.



Allt oftare hörs felaktigt att en läkare inte skulle ha fullständigt mandat att ändra på kollegors ordinationer (senast – om än i lite omskriven form – i Läkartidningen 2013;34–35). Är det en sammanblandning med det faktum att man som läkare inte får makulera andra läkares ännu giltiga recept? I förlängningen skulle vi då bara våga ifrågasätta och sätta ut behandling inom ramen för en särskild process (fördjupad läkemedelsgenomgång) och inte ta ställning till frågan i varje konsultation.

Varje läkare har alltså mandat att sätta ut andra läkares ordinationer inom ramen för ansvaret kopplat till läkarlegitimationen! Här är LOK:s (Nätverk för Sveriges Läkemedelskommittéers) ställningstagande kring den gemensamma läkemedelslistan i patientjournalen en lämplig kärna också för hela öppenvården, se "Patientens samlade läkemedelslista – ansvar och riktlinjer i öppenvård" på Janusinfo, <http://korta.nu/lkmlista>. Socialstyrelsen arbetar med nya föreskrifter.

Väl mött till en intensiv höst med många spännande läkemedelsfrågor!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 4, 2013 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · David Finer, redaktör, medicinjournalist · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Malena Jirlov, informatör · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström-Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Magnus Edlund · E-post lakemedelskommitten@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2013 · Omslagsbild: Digital Vision



Omhändertagandet av barn med astma kan förbättras

Trots lättillgängliga, evidensbaserade behandlingsriktlinjer och tillgång till spirometer på de flesta vårdcentraler finns ett stort förbättringsutrymme vad gäller följsamheten till behandlingsriktlinjerna för barn med astma inom primärvården enligt två nyligen publicerade studier. Astmateam kan vara en lösning.

Autoreferat av Maria Ingemansson, överläkare, barnallergolog, Astrid Lindgrens sjukhus och Marina Jonsson, barnsjuksköterska, allergisamordnare, Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns sjukvårdsområde. Båda författarna är doktorander vid Karolinska institutet. Foto: Ulf Hinds



Fr. v. Marina Jonsson och Maria Ingemansson

I Sverige har cirka 10 procent av alla barn 0–18 år diagnosen astma. Bland de yngsta barnen (0–6 år) är det vanligt med astma i samband med virala luftvägsinfektioner. Hos en tredjedel av barnen med astma i denna åldersgrupp, utvecklas astman till en kronisk sjukdom.

Sköts ofta inom primärvården

De flesta av barnen sköts inom primärvården eller på barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Endast barn med svår astma och/eller komplicerade allergier sköts idag på barnallergimottagning. Ett väl fungerande samarbete med en effektiv kunskapsförmedling inom vårdkedjan är nödvändig.

De äldre barnen (7–18 år) med astma har ofta en kronisk sjukdom med bakomliggande atopi och bör, enligt riktlinjerna, behandlas med inflammationshämmande läkemedel mot astma. Förutom en korrekt läkemedelsbehandling betonar riktlinjerna även patientutbildning (inklusive demonstration och kontroll av inhalationsteknik), kartläggning av riskfaktorer i omgivningen, återkommande kontroller av lungfunktionen samt allergiutredning. Ett teamarbete mellan distriktsläkare och sjuksköterska med astmakunskap och intresse är nödvändigt för ett optimalt omhändertagande av denna patientgrupp.

Följsamheten kartlagd

Vi har i två studier kartlagt följsamheten till de evi-

densbaserade behandlingsriktlinjerna i det praktiska vårdarbetet för barn med astma behandlade inom primärvården i Stockholm.

I den ena studien granskades 424 journaler på barn och ungdomar i åldrarna sex månader till 16 år med läkardiagnostiserad astma vid 18 vårdcentraler i Stockholms län.

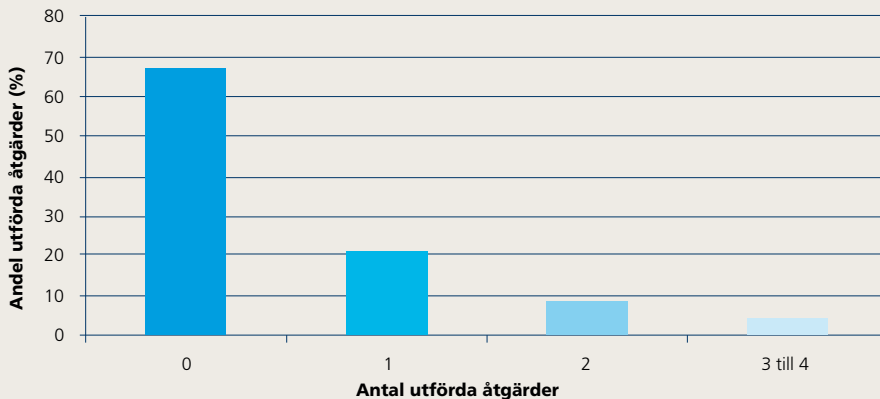
Journaldokumentationen granskades utifrån prioriterade kvalitetsindikatorer i nationella och internationella riktlinjer för astma; förskrivning av inhalationssteroider, utförd spirometri, genomförd patientutbildning, demonstration av inhalationsteknik, tobaksexponering samt om patienten erhållit en planerad uppföljning.

I den andra studien kartlades läkemedelsutköpen för barn behandlade vid 14 av vårdcentralerna i ovanstående studie. Vi följde de barn som under en specificerad ettårsperiod hämtat ut astmaläkemedel för första gången och studerade uttagen av astmaläkemedel under två år. Barnen studerades i två åldersgrupper: 0–6 år respektive 7–16 år.

Astmasjuksköterskor ökade antalet spirometrier

Endast 22 procent (n=49) av barnen från sex års ålder hade någon gång blåst en spirometri och 14 procent (n=37) hade utfört spirometri de senaste 12 månaderna. Tillgång till astmasjuksköterska på vårdcentralen ökade signifikant frekvensen av utförda spirometrier. Av studiepopulationen behandlades 58 procent (n=246) med inhalationssteroider. Trots detta dokumenterades demonstration av inhalationsteknik och genomgången patientutbildning bara i 14 procent (n=59) av journalerna. Förekomst eller inte av tobaksexponering fanns dokumenterat i 14 procent

Figur 1. Andel utförda prioriterade åtgärder på barn med astma (n=424)



motsvarande sex procent av alla barn som besökte de aktuella vårdcentralerna under tidsperioden. Av dessa var 51 procent 0–6 år, och 45 procent var flickor.

De uthämtade läkemedlen dominerades i båda åldersgrupperna av kortverkande beta-2-stimulerare, antingen som monoterapi eller i kombination med inhalationssteroider. Dessa läkemedel utgjorde 89 procent av alla astmaläkemedel som hämtades ut för första gången.

I den yngre åldersgruppen hämtade man vanligtvis ut både

(n=58). Planerad uppföljning var dokumenterat för hälften av barnen.

I figur 1 visas andelen barn där de prioriterade åtgärderna summerats och dokumenterats såsom: utförande av spirometri, genomgång av inhalationsteknik, given patientutbildning och dokumentation om tobaksexponering. Resultatet visar att 67 procent (n=286) av barnen inte hade utfört någon av de prioriterade åtgärderna, 21 procent (n=87) hade utfört en av åtgärderna, 8 procent (32) hade utfört två och endast 4 procent (19) hade utfört 3–4 av dessa åtgärder.

Kortverkande beta-2-stimulerare dominerade

Vi följde uttagen av astmaläkemedel hos totalt 1033 barn,

kortverkande beta-2-stimulerare och inhalationssteroider (64 procent av de yngre barnen), medan de äldre barnen företrädesvis hämtade ut enbart kortverkande beta-2-stimulerare (50 procent av de äldre barnen).

De flesta barnen hämtade bara ut astmaläkemedel en gång under den observerade 24-månadersperioden. Trenden var mest uttalad i den äldre åldersgruppen (figur 2). Detta kan bero på underbehandling, men även vara uttryck för annat, såsom sporadiska besvär, exempelvis, under pollenäsåsong, eller att läkemedel förskrivet till annan familjemedlem används.

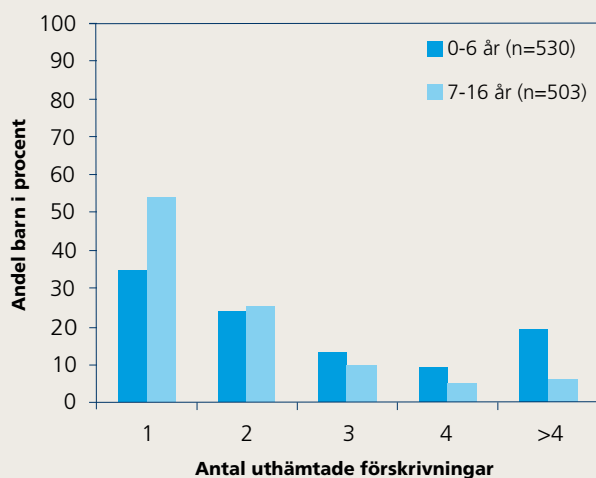
Förbättringspotential finns

Båda studierna visar på bristande följsamhet till behandlingsriktlinjerna. Spirometri utförs i mycket låg grad på barn med astma. På de vårdcentraler som hade tillgång till astmasjuksköterska var frekvensen något högre. Barn med kronisk astma hämtar i hög utsträckning endast ut symptomlindrande medicinering med glesa intervall.

Studierna visar på komplexiteten i att följa gällande riktlinjer i det praktiska vårdarbetet med barn med astma på en vårdcentral. I primärvårdens uppdrag utgör astma en av många kroniska sjukdomar, och tiden ska fördelas mellan många olika uppgifter. Behandlingsriktlinjerna behöver göras kända.

Tillgång till astmateam med astmakunnig läkare och sjuksköterska samt möjlighet till utbildning och information till patienterna skapar förutsättningar för ett bättre omhändertagande av barn med astma.

Figur 2. Antal uttag av astmaläkemedel per patient under 24 månader



Referenser:

Referenser kan erhållas på förfrågan från Evidensredaktionen.

Viktigt att följa upp astmabehandlingen – bara 4 av 10 patienter uppnår kontroll

Framgångsrik astmabehandling innebär förvisso inte bara farmakologisk behandling. Här ligger dock fokus på faktorer att tänka på för att få bästa effekt av läkemedelsbehandlingen till vuxna. I dag uppnår bara 4 av 10 patienter kontroll.

Av Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog, Expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar

Ungefär sex procent av Stockholms befolkning har astma. Merparten vuxna astmatiker behandlas i primärvården. På många av vårdcentralerna toppar astma-KOL-läkemedel listan över de läkemedel som förskrivs för högst belopp.

Ändå talar upprepade undersökningar under 2000-talet för att endast omkring 40 procent av astmatiker behandlade i primärvården uppnått astmakontroll.

Viktig uppföljning och individualisering

Uppföljning och individualisering av läkemedelsbehandlingen är viktig, både för att patienterna ska kunna uppnå bästa tänkbara hälsa och livskvalitet med avseende på sin astmasjukdom, och för att vården ska få bästa möjliga effekt av tillgängliga behandlingsmöjligheter.

Astmasyntom och astmans inverkan på individen varierar mycket över tiden – ibland snabbt. Därför är det extra viktigt att behandlingen är dynamisk och att patienten

Inhalations- behandlingskrav

Om behandlingseffekterna av astmaläkemedel uteblir, är det särskilt viktigt att uppmärksamma om patienten tar läkemedlen, och i så fall använder inhalatorerna korrekt. I den vetenskapliga litteraturen finns uppgifter om att omkring en tredjedel av astmapatienterna har låg följsamhet till den planerade behandlingen.

Förutom sedvanliga faktorer av relevans för följsamhet vid behandling av kroniska



Eva Wikström Jonsson,
klinisk farmakolog

FOTO: ULF HINDS

” Om behandlingseffekterna av astmaläkemedel uteblir, är det särskilt viktigt att uppmärksamma om patienten tar läkemedlen, och i så fall använder inhalatorerna korrekt.

får stöd för att bli så delaktig som möjligt i sin behandling (jämför gärna med typ I diabetes). Vem skulle förordas oförändrade insulindoser oavsett exempelvis fysisk aktivitet och infektioner?

Korrekt diagnos A och O

Ibland önskar vi kanske att det fanns ett test som omedelbart kunde bekräfta eller utesluta astma. I brist därpå får vi kombinera patientens berättelse, statusfynd, resultat av lungfunktionsmätningar och provokationer, röntgen- samt laboratediagnostik.

I samband med att diagnosen fastställs kan behandlingssvaret, kanske bekräftat med hjälp av PEF-mätning före och efter insatt behandling, bli en viktig pusselbit.

sjukdomar, tillkommer en speciell problematik. Tyvärr är det fullt möjligt att ha som mål att ta sitt inhalerade astmaläkemedel och också tro att man har gjort det, utan att ha fått ner det i luftvägarna.

Här måste sjukvården avsätta tid för att instruera patienterna i hur de ska använda just de förskrivna inhalatorerna. Vi bör också vid återbesöket be dem visa hur inhalatorerna används, för att vid behov kunna föreslå förbättringstips. Det ställer förstås också krav på oss.

Om behandlingseffekten ändå uteblir bör vi också vara beredda att ompröva diagnosen.

Vanligt med rinit

Många astmatiker har samtidigt rinit, som kan försämra

Behandlingstrappa 2007

Primärvård			Specialmottagning	Specialistklinik
Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4	Steg 5
Astmautbildning, kontroll av omgivning/exponering, följsamhet till ordination				
Vid behovsbehandling med snabbverkande bronkdilatatorer	Vid behovsbehandling			
	Lågdos ICS	Låg - medelhög dos ICS + LABA	Medelhög hög dos ICS samt LABA	Orala CS o/l. omalizumab
	andrahandsalternativ ICS + LTRA		Eventuellt ytterligare tillägg med LTRA o/l. teofylin	

(Förkortningar: ICS= Inhaled Corticosteroid, LABA= Long-Acting Beta Agonist, CS= Corticosteroid och LTRA= Leucotrien Receptor Agonist)

Trots det hade 46,1 procent av personer i Stockholm 25–44 år som år 2011 för första gången köpte fasta kombinationsläkemedel med långverkande beta-2-stimulerare och inhalationssteroid inte tidigare köpt ut något annat astmaläkemedel, enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser. Om man utgår från att de hade astma, har vissa med stor sannolikhet behandlats med långverkande beta-2-stimulerare i onödan.

Först när vuxna astmatiker trots underhållsbehandling med inhalationssteroider i adekvat dos behöver luftrörsvidgande läkemedel mer än två gånger i veckan – steg tre i behandlingstrappan – är det visat att tillägg till inhalationssteroiderna med långverkande beta-2-stimulerare ger fördelar. Jämfört med tillägg av placebo fås då bättre lungfunktion, färre dag- och nattsymtom samt färre exacerbationer.

livskvaliteten. Studier har visat att framgångsrik rinitbehandling även kan förbättra patientens astma. Nasala steroider är viktiga läkemedel i detta sammanhang. För bästa effekt och minimering av lokala biverkningar bör patienten instrueras att titta neråt och rikta pipen på nässprayen utåt, bort från septum.

Följ riktlinjerna

Enligt behandlingsriktlinjerna ska vuxna astmatiker ha daglig underhållsbehandling vid återkommande astmabesvär och behov av luftrörsvidgande läkemedel mer än två gånger per vecka.

På denna grupp av vuxna astmatiker – steg två i behandlingstrappan – har inhalationssteroider som underhållsbehandling bäst dokumenterad effekt i studier. Inhalationssteroiderna är basen i behandlingen, och behålls även i de fall då ytterligare läkemedel behöver läggas till.

Hos vuxna astmapatienter, som tidigare inte behandlats med inhalationssteroider, minskar kombinationen av inhalationssteroid och långverkande beta-2-stimulerare vare sig risken för exacerbationer eller behovet av snabbverkande luftrörsvidgare, jämfört med tillägg av enbart inhalationssteroid.

Undvik överbehandling

Det är extra viktigt att inte överbehandla med långverkande beta-2-stimulerare, då säkerheten ibland har ifrågasatts.

Effekterna på dessa mått har i studierna varit sämre om istället leukotrienreceptorantagonister lagts till. Därför rekommenderar nationella riktlinjer tillägg av beta-2-stimulerare i första hand. Det motsäger inte att vissa patienter kan ha bättre effekt av tillägg av leukotrienreceptorantagonister än av långverkande beta-2-stimulerare. Individualisering av astmabehandlingen är viktig, och detta illustrerar ånyo behovet av att följa upp och ompröva insatt behandling.

Specialistmottagning efter steg tre

På behandlingssteg fyra arbetar man såväl med högre inhalationssteroiddoser som med kombinationer av olika tilläggsbehandlingar. På behandlingssteg fem bör patienten behandlas vid specialistklinik. Här tillkommer systemiska immunmodulerande behandlingar, exempelvis peroralt kortison och den monoklonala antikroppen omalizumab (Xolair) som riktar sig mot IgE. Omalizumab kan ibland bli aktuell vid atopisk astma året runt.

För mer information om rekommenderade läkemedel på respektive behandlingssteg hänvisas till Kloka Listan 2013.

Nytt förskrivarstöd om njurfunktion och läkemedel införs nu i TakeCare

Nu införs ett förskrivarstöd kring läkemedel och njurfunktion på bred front inom SLL. Efter en anmälan och en distansutbildning kan vårdcentraler och andra enheter som använder journalsystemet TakeCare få tillgång till det nya stödet – NjuRen.

Av David Finer

Läkemedelsbiverkningar ligger bakom 11–13 procent av alla inläggningar på sjukhus. Bakgrunden är ofta främst äldre patienters nedsatta njurfunktion, som ju i många fall påverkar läkemedlets omsättning och utsöndring. I en undersökning från Huddinge sjukhus från 2008 var nedsatt njurfunktion orsaken till 26 procent av upptäckta biverkningar.

Anpassa dos till njurfunktion

För läkemedel med betydande renal elimination bör doseringen anpassas till patientens njurfunktion angivet som eGFR (glomerular filtration rate eller glomerulär filtrationshastighet). Dosen kan reduceras och/eller dosintervallet förlängas. I praktiken kan det vara en utmaning att uppskatta den korrekta dosen.

Behovet av ett förskrivarstöd på området har således funnits länge. Stockholms läns landsting har nu infört NjuRen,

som ger rekommendation och klassificering för ordinerade läkemedel utifrån eGFR. Tjänsten är emellertid bara tillgänglig i Janusfönster i journalsystemet TakeCare, och till en början inte som webbtjänst.

NjuRen ger generella rekommendationer utifrån en tilltänkt normaldos, för de läkemedel patienten står på, men känner således inte av den faktiska dosen i TakeCare (styrka, antal dosenheter eller dosintervall).

Utgår från CKD-Epi

Stödet visar automatiskt patientens kroppsytjusterade eller relativa eGFR-värde och ger således ett värde hos en patient med "normal" kroppsytta. Värdet beräknas utifrån formeln CKD-Epi, som utgår från ett max ett år gammalt kreatinivärde och inte kräver uppgift om vikt, vilket inte alltid finns tillgängligt i journalen. Värdet bör justeras, om patienten avviker väldigt mycket från normal kropps-

Njurfunktion och rekommendation Skriv ut sidan

• För alla patienter som antas avvika från normal kropps-konstitution bör ytterligare övervägande göras. [Läs mer](#)

Obs! Systemet känner inte av patientens aktuella dos. Den rekommenderade dosändringen kan redan vara utförd.

Patientens mätvärde Beräkningsformel CKD-Epi

P/S-Kreatinin: 126 µmol/l (2012-11-11)	eGFR: 45 ml/min/1,73 m ² absolut eGFR
	GFR 50-80 ml/min (mild njursvikt)
	GFR 30-49 ml/min (måttlig njursvikt)
	GFR 10-29 ml/min (avancerad njursvikt)
	GFR <10 ml/min (terminal njursvikt)

Läkemedelsprodukt	Substans	Njotoxisk	Klass	Rekommendation og relaterad till faktisk dos	
Citodon Brustablett	paracetamol		A	Inget behov av dosjustering.	Läs hela rekommendationen =>
Citodon Brustablett	kodin		C	Överväg att reducera en normaldos med 50%.	Läs hela rekommendationen =>
Alfoxen Tablett	naproxen	!	C	Överväg att reducera en normaldos med 25% - 50%.	Läs hela rekommendationen =>

Obs!

- Observera att [@cens-](#) och [extemporeläkemedel](#) (inklusive lagerberedningar och rikslicenser) inte kommer med i söningen.
- * = Parallelimport med olika handelsnamn finns.

Källa: Renbase

Renbase från Medbase, Finland. Källan anpassas och presenteras av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting

Vy från NjuRen med läkemedelslista och rekommendationer för aktuell eGFR.

storlek (behövs oftast inte vid vikt 50–100 kg). Genom att ange patientens längd och vikt kan förskrivaren med en kalkylator inuti tjänsten få ett absolut eGFR (ml/min). Det är detta som är det intressanta vid läkemedelsdosering. För de flesta patienter ligger dock det relativa eGFR och det absoluta eGFR nära varandra.

Stödet har tagits fram av Stockholms läns landsting och bygger på en källa ”Renbase” från Medbase Ltd i Åbo, Finland, som sedan tidigare är en samarbetspartner för Sfinx interaktionstjänst. Det medicinska innehållet uppdateras 4 ggr/år.

77 procent av sortimentet

Tjänsten täcker för närvarande 635 substanser (77 procent av produktsortimentet). Här ingår substanser som till mer än 70 procent utsöndras oförändrade via njurarna och är aktuella för dosjustering enligt Läkemedelsboken.

Hit hör också de läkemedel/läkemedelsgrupper vilkas användning och/eller dosering behöver anpassas till njurfunktionen enligt Socialstyrelsen. Vidare ingår substanser i de omkring 200 vanligaste förskrivna läkemedlen för äldre (>75 år), och slutligen substanser som ingår i Kloka listan 2013. Antalet läkemedel i NjuRen kommer att kompletteras successivt.

Klassas i fyra grupper

Läkemedlen klassificeras utifrån njurfunktion i fyra grupper:

- A. Inget behov av dosjustering
- B. Information saknas eller rådet bygger bara på läkemedlets farmakokinetiska egenskaper
- C. Ändring av dosen eller doseringsintervallet rekommenderas
- D. Bör undvikas.

Janusfönster visar patientens eGFR med färgkod. Substanser som är njurtoxiska markeras med en ikon och en varningstext.

Stöd i klinisk vardag

Tjänsten har pilottestats. Utvärderingarna visar att NjuRen gör läkarna mer uppmärksamma på patienter med nedsatt njurfunktion och ökar doseringskunskaperna. Den upplevs som ett stöd i det kliniska vardagsarbetet och sparar tid.

Innan tjänsten införs på vårdenheten måste förskrivarna gå igenom en 20–30 minuters webbutbildning, som innehåller några patientfall. Enheterna ska själva kontakta e-tjanster@sl.se för att få tillgång till tjänsten.

Vagifem utanför högkostnadsskyddet

Originalprodukten Vagifem (östradiol, Novo Nordisk) utesluts ur högkostnadsskyddet från och med den 1 oktober. Alternativ Vagifemprodukt som ingår i förmånen kan vara svår att få tag i. Patienten får därmed betala hela summan själv.

Av Elin Jerremalm



FOTO: JUPITERIMAGES

Vissa parallellimporterade Vagifemprodukter ingår i högkostnadsskyddet även efter den 1 oktober, men det är osäkert i vilken mån de kommer tillhandahållas.

I Kloka Listan rekommenderas vid slidtorrhet Vagifem eller Ovesterin i första hand och Oestring i andra hand. Ovesterin vaginalkräm, Ovesterin vagitorium och Oestring vaginalinlägg ingår i läkemedelsförmånen.

Information om ett läkemedel är subventionerat eller ej finns på fass.se och kan sökas i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) databas. Där finns även uppgifter om eventuella begränsningar i subventionen; finns inte läkemedlet i TLV:s databas är det inte subventionerat.

TLV har gjort en generell omprövning av läkemedel som används vid behandling av lokala östrogenbristsymtom. De vaginala beredningsformerna Vagifem vaginaltablett i styrkorna 10 och 25 mikrog, Oestring vaginalinlägg, Ovesterin vagitorium, Ovesterin vaginalkräm samt de orala beredningsformerna Ovesterin tablett och Oestriol tablett har granskats.

■ **Läs mer:** Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. TLV utesluter originalläkemedlet Vagifem ur högkostnadsskyddet. Nyhet 2013-06-19 <http://www.tlv.se/press/ovriga-nyheter/tlv-utesluter-originallakemedlet-vagifem-ur-hogkostnadsskyddet/>

Hjärt-kärlsjuka personer avråds från diklofenak

Den europeiska läkemedelsmyndighetens kommitté för läkemedelssäkerhet PRAC anser att effekterna av diklofenak liknar dem för selektiva COX-2-hämmare. PRAC rekommenderar därför att patienter med allvarliga hjärt-kärlsjukdomar inte ska använda diklofenak.

Av David Finer

Patienter med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom ska bara använda diklofenak efter noggrant övervägande. Behovet bör regelbundet omprövas av läkare.

Tidigare granskningar utförda av läkemedelsmyndigheterna inom EU har bekräftat att behandling med NSAID kan medföra en liten ökad risk för arteriella tromboemboliska händelser. Dessa kan i vissa fall leda till hjärtattack eller stroke, särskilt vid behandling med höga doser och under lång tid.

För diklofenak förväntas antalet hjärtattacker öka med ungefär 3 fall per 1 000 behandlade patienter med måttliga riskfaktorer som behandlas ett år jämfört med en obehandlad

grupp (från 8 till 11 per 1 000 obehandlade patienter och år).

I Kloka Listan 2012 rekommenderades naproxen istället för diklofenak på grund av att diklofenak visat sig medföra en ökad

risk för hjärtinfarkt, även vid korttidsbehandling.

– Att vi tar bort diklofenak visar värdet av att följa upp läkemedelsbehandling under en längre period för att säkerställa biverkningsprofilen på ett preparat. Långsiktig forskning har gett oss ny kunskap om att ett av våra mest använda läkemedel kan ge allvarliga biverkningar, kommenterade Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté i samband med beslutet.

■ **Läs mer:** <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Samma-forsiktighetsatgarder-for-att-forhindra-allvarliga-hjartkarlbiverkningar-rekommenderas-for-diklofenak-som-for-selektiva-COX-2-hammare/>



FOTO: ISTOCK

Begränsa kodein till barn med smärta

Efter en värdering av allvarliga biverkningar av kodein vid smärtlindring till barn rekommenderar nu även den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA:s säkerhetskommitté PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) en begränsad användning.

Av David Finer



FOTO: WAVEBREAK MEDIA

PRAC rekommenderar att kodeinläkemedel bara ska ges för behandling av akut, kortvarig, måttlig smärta hos barn över 12 år, och bara om den inte kan lindras med andra smärtlindrande läkemedel som paracetamol eller ibuprofen.

Kloka Listan innehåller texten: ”Det kan vara svårt att individualisera opioiddosen med kodein, som metaboliseras till morfin i varierande grad. Följden blir att vissa patienter erhåller en hög morfindos och andra inget morfin alls. Kodein rekommenderas inte till barn.”

Kodein ska inte användas alls hos barn (under 18 år) som opererats bort tonsiller eller polyper vid behandling av obstruktiv sömnapné, då dessa patienter är mer mottagliga för andningsproblem.

De flesta allvarliga biverkningsfall som rapporterats har rört andningssvårigheter som inträffat efter kirurgiskt avlägsnande av tonsiller eller polyper vid behandling av obstruktiv sömnapné. De barn som drabbades av allvarliga biverkningar tillhörde gruppen ultrasnabba metaboliserare av kodein till morfin (via CYP 2D6).

■ **Läs mer:** <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/EMAs-sakerhetskommitte-rekommenderar-begransad-anvandning-av-kodein-vid-smartlindring-till-barn/>

Vaccin mot bältros omprövas av TLV

Zostavax finns registrerat i Sverige sedan flera år och finns på marknaden från och med hösten 2013.

Av Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för vaccinationer

Vaccinet ingår sedan 2011 i läkemedelsförmånen efter beslut av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV. Långtidsuppföljningar har dock visat att durationen av skyddet kan ha övervärderats i de hälsoekonomiska beräkningarna och därför pågår för närvarande en omprövning av beslutet hos TLV.

Bältros är en sjukdom som både blir vanligare och besvärligare med åldern. Zostavax, vaccin mot bältros, har visats ge ett gott skydd mot framför allt postherpetisk neuralgi, men även skydd mot att insjukna i bältros. Skyddseffekten påverkas av personens eget immunsvar, men är hos de flesta personer god upp till minst 70 års ålder.

Det är oklart vilken ålder som är optimal för vaccination med Zostavax, men personer över 60 års ålder kan vara en lämplig målgrupp. Det finns dock en kvarstående

osäkerhet kring durationen av skyddet och eventuellt behov av boostervaccination.

Expertrådet för vaccinationer inom Stockholms läns läkemedelskommitté vill därför avvakta resultatet av TLV:s omprövning innan några rekommendationer avseende förskrivning av Zostavax ges.



FOTO: ISTOCK

Källa:

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Uppföljningsvillkoret för Zostavax uppfyllt. Uppföljningsbeslut 2013-05-13

Dapagliflozin i förmånen med begränsning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV har beslutat att dapagliflozin (Forxiga) ska ingå i förmånerna som tillägg till behandling med metformin för behandling av vuxna med typ 2 diabetes.

Av David Finer

Dapagliflozin är det första godkända läkemedlet i klassen hämmare av sodium-glucose transporter 2 (SGLT2). Det minskar återabsorptionen av glukos i njurarna, vilket leder till utsöndring av glukos via urinen och sänkt plasmaglukos. Effekten är beroende av njurfunktionen.

Bland biverkningarna noteras främst urogenitala infektioner och polyuri. Flera epidemiologiska studier kommer att genomföras för att ytterligare

studera risker med avseende på urinvägsinfektioner, nedsatt njur- och leverfunktion samt cancer. Vidare planeras en randomiserad placebokontrollerad studie för att undersöka effekten mot hjärt-kärlhändelser.

På Kloka Listan 2013 rekommenderas metformin i första hand och sulfonureider alternativt insulin i andra hand. Vidare betonas betydelsen av god glukoskontroll för att minska symtom på hyperglykemi och hypoglykemi samt för att förhindra diabetiska komplikationer. Inom ramen för multifaktoriell behandling framhålls förutom glukoskontroll vikten av att uppnå god blodtrycks kontroll.

■ **Läs mer** Janusinfo.se. God blodsockerkontroll räcker inte för att förebygga komplikationer vid typ 2-diabetes. 2013-08-16
<http://www.janusinfo.se/Behandling/Expertradsutlattan-den/Endokrinologiska-och-metabola-sjukdomar/God-blodsockerkontroll-racker-inte-for-att-forebygga-komplikationer-vid-typ-2-diabetes/>

Större risk för Guillain-Barré efter influensa än efter vaccination

Enligt en studie publicerad i *The Lancet* var risken för Guillain-Barrés syndrom större efter en influensainfektion än efter influensavaccination (17 fall av Guillain-Barrés syndrom per miljon influensafall jämfört med 1 fall per miljon vaccinationer).

Av Elin Jerremalm



FOTO: ISTOCKPHOTO

I studien identifierades 2 831 fall av Guillain-Barré från kanadensiska vårddatabaser. Av dessa hade 330 personer fått influensavaccin inom 42 veckor före insjuknandet och 109 personer hade en influensadiagnos inom samma tidsperiod.

Vård på sjukhus för Guillain-Barré 0–6 veckor efter vaccination eller efter vårdkontakt på grund av influensa jämfördes med vård på sjukhus för Guillain-Barré 9–42 veckor efter vaccination eller influensa. Den relativa incidensen av Guillain-Barré var cirka 1,5 0–6 veckor efter vaccination och 16 efter influensasjukdom.

– Om Guillain-Barré kan orsakas av influensavaccination eller inte har varit en het fråga sedan svininfluensan i USA på 70-talet. På senare tid har det kommit systematiska översikter och publikationer som tonar ner risken till något fall per miljon, om det överhuvudtaget finns någon risk. På Smittskyddsinstitutets hemsida finns mer information om säkerheten vid säsongsinfluensavaccinering, säger

Åke Örtqvist, smittskyddsläkare i Stockholms läns landsting och ordförande i expertrådet för vaccinationer.

Guillain-Barrés syndrom, eller akut inflammatorisk demyeliniserande polyneuropati, drabbar årligen 1–2 personer per 100 000 invånare.

■ **Läs mer** Kwong JC, Vasa PP, Campitelli MA, Hawken S, Wilson K, Rosella LC et al. Risk of Guillain-Barré syndrome after seasonal influenza vaccination and influenza health-care encounters: a self-controlled study. *Lancet Infect Dis.* 2013 Sep;13(9):769-76.

Smittskyddsinstitutet. Säkerhet vid vaccinering med säsongsinfluensavaccin. 2012-10-15
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/vaccinationer/vaccinationer-a-o/influensa/sakerhet-vid-vaccinering-med-sasongsinfluensavaccin/>

Många terapiavbrott även med nyare diabetesmedel

Nyinsättning av GLP-1-receptoragonister och DPP4-hämmare vid diabetes mellitus typ 2 (DM2) föregås i stor utsträckning av förstahands terapin enligt gällande medicinska riktlinjer och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) föreskrifter om läkemedelsförmånen. Patienternas följsamhet är dock bristande och många avbryter tidigt sin behandling. Det visar ett aktuellt fördjupningsarbete om förskrivningsmönstret för dessa medel av Maja Törnlund, läkarstuderande vid Karolinska institutet.

Av Desirée Loikas, apotekare, Utvecklingsavdelningen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Användningen av liraglutid (Victoza) och sitagliptin (Januvia) har ökat stadigt sedan de introducerades. GLP-1-receptoragonisten exenatid och DPP4-hämmarna vil-dagliptin och saxagliptin har däremot inte satts in i samma utsträckning. Av alla patienter med blodsockersänkande läkemedel exklusive insulin i Stockholms län var andelen med sitagliptin år 2012 sex procent. Det gör sitagliptin till det fjärde vanligaste läkemedlet vid DM2 efter metformin, glibenklamid och glimeperid, insulinerna oräknade. Andelen patienter som behandlades med liraglutid var tre procent.

Riktlinjer följdes

Över 92 procent av alla patienter som förskrivits något av de studerade läkemedlen hade tidigare behandlats med andra diabetesläkemedel, de flesta med metformin. Därmed följdes nationella riktlinjer (1) samt riktlinjer från Stockholms läns läkemedelskommitté (2) i stor utsträckning liksom TLV:s föreskrifter för läkemedelsförmånen om att metformin, sulfonureider eller insulin ska ha prövats först.

Persistensen för läkemedlen var relativt jämförbar med den för metformin. För liraglutid, exenatid, sitagliptin, vil-dagliptin och saxagliptin var det mellan 37 och 63 procent av patienterna som kvarstod på behandling efter ett år. I åldersgruppen 25–44 år sågs generellt en sämre persistens jämfört med övriga åldersgrupper.

Det kan finnas flera möjliga förklaringar till de ofta förekommande terapiavbrotten för de nyare diabetesmedlen. Inte minst att diabetesjukdomen är en progressiv sjukdom och att de nya diabetesmedlen endast har en liten till måttlig effekt på blodsockerinställningen. För en mindre grupp kan dock läkemedlen vara ett alternativ, enligt expertrådet Endokrinologiska och metabola sjukdomar i Stockholms län läkemedelskommitté.

Metformin i första hand

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård (1) bör metformin sättas in som förstahandsval vid behandling av diabetes mellitus typ 2 vid otillräcklig glukoskontroll med motion och kostbehandling. GLP-1-receptoragonister eller DPP4-hämmare har en rekommendationsgrad 10 på den 1–10 gradiga skalan, där 1 anger åtgärder med högst och 10 åtgärder med lägst prioritet.



FOTO: ISTOCK

Källor:

1. Diabetesvården-vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Socialstyrelsen, 2010.
2. Janusinfo. Kloka listan 2013. Stockholms läns landsting. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Kloka-Listan/Kloka-listan-2013/>

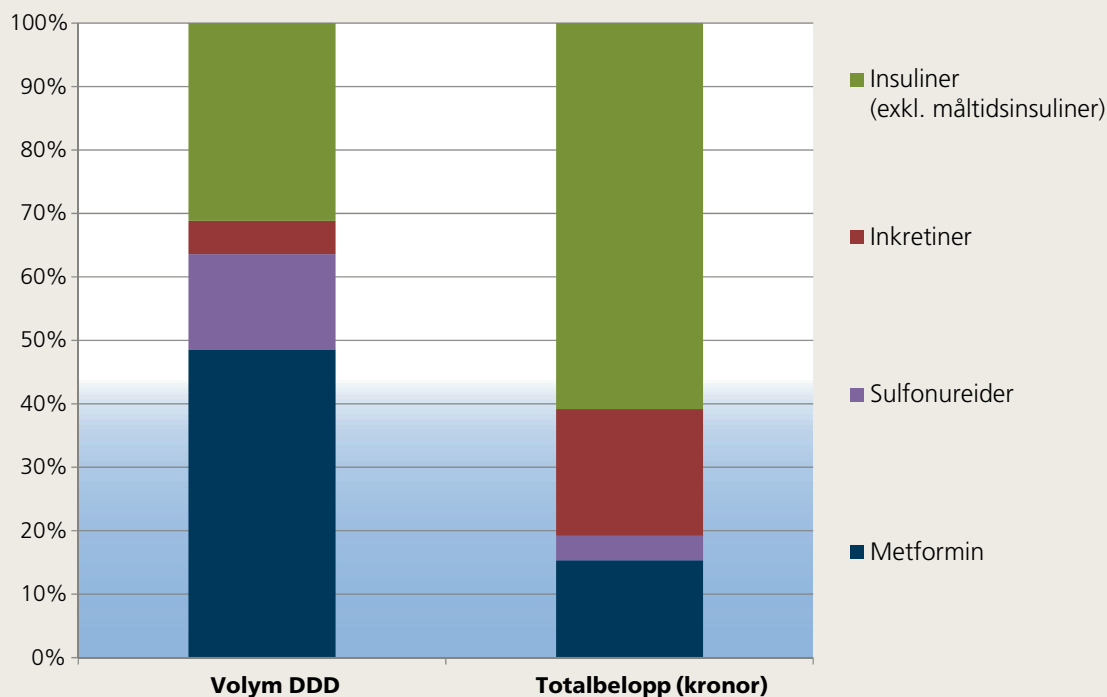
Måttlig förskrivning av inkretinbaserad terapi mot diabetes mellitus typ 2

Av Sten Ronge

Inkretinbaserade blodsockersänkande läkemedel, DPP4-hämmare (sitagliptin/Januvia med flera) och GLP-1-agonister (liraglutid/Victoza med flera), är ny terapi vid DM2. De finns inte i Kloka Listan på grund av osäkra kunskaper om långtidseffekter på diabetiska följsjukdomar och långtidssäkerheten. Effekten av inkretinläkemedel bör utvärderas inom sex månaders användning, särskilt med avseende på vikt och glukossänkande effekt. De får förskrivas med läkemedelsförmån endast om patienten först har provat metformin, sulfonureid eller insulin, eller om denna förstahandsterapi är olämplig.

Under det senaste året uppgick husläkarnas samlade förskrivning av inkretinbaserad terapi volymmässigt till cirka 1 miljon DDD jämfört med knappt 19 miljoner DDD för rekommenderad basterapi i Kloka Listan. Kostnadsandelen för inkretiner var däremot betydligt högre, se Figur. Patienter, som är aktuella för förskrivning av DPP4-hämmare och GLP-1 agonister, kontrolleras oftast i primärvården, och under årets första åtta månader skedde som väntat nyinsättningen av inkretinbaserade medel i första hand av allmänmedicinska specialister följt av övriga medicinska specialister.

Figur. Andel inkretinbaserad terapi volym och totalbelopp förskrivna av husläkare i Stockholms län under de senaste tolv månaderna. Totalt antal recept n = 295 000 motsvarande 19,8 miljoner DDD till ett värde av 108 miljoner kronor. Källa: www.gups.sll.se.



Skärpt läkemedelsövervakning nyhet på farmakovigilansdag

En ny, bredare biverkningsdefinition och en utökad läkemedelsövervakning var några nyheter som presenterades på Läkemedelsverkets årliga farmakovigilansdag den 21 maj. Du kan också bidra genom att rapportera misstänkta biverkningar, påminner Eva Wikström Jonsson, som var på plats.

Av Eva Wikström Jonsson, Expertrådet för luftvägs- och allergisjukdomar

FOTO: ISTOCK



Farmakovigilansdagen samlade deltagare från läkemedelsindustri, myndigheter och hälso- och sjukvård, som tillsammans med patienter/läkemedelskonsumenter måste bidra till att öka säkerheten i läkemedelsbehandlingen.

Över 5000 rapporter

Docent Lennart Waldenlind, Läkemedelsverket, berättade om de över 5000 rapporter om misstänkta läkemedelsbiverkningar som kommit från läkare (80 procent) och sjuksköterskor (20 procent) under 2012. Från den 1 juli 2012 handläggs rapporterna centralt av enheten för läkemedels-säkerhet vid Läkemedelsverket. Farmaceuter och tandläkare är också skyldiga att rapportera.

Se <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Inrapporterade-biverkningar-fran-sjukvard-och-allmanhet-2012/> för en sammanställning.

Ny biverkningsdefinition

Biverkningsdefinitionen har förändrats i den nya farmakovigilanslagstiftningen. Nu ingår också oönskade effekter i samband med överdosering, användning utanför indikation, felanvändning, förfalskade läkemedel liksom yrkesexponering.

En förhoppning är att konsumentrapporterna ska ge ett större analysunderlag. Samtidigt ställer mer heterogena

data särskilda analyskrav. Konsumentrapportering är ett nytt krav i lagstiftningen, men Läkemedelsverket har haft ett system för konsumentrapportering sedan 2008.

Symbol för ökad övervakning

Kristina Rissler Maier, utredare på Läkemedelsverket, informerade om utökad övervakning av läkemedel ur ett säkerhetsperspektiv. Från hösten 2013 införs en

symbol – en fylld triangel med spetsen nedåt – i

bipacksedlar och produktresuméer för läkemedel som är föremål för utökad övervakning. Det gäller bland annat nya läkemedel (se under "New medicines" på europeiska läkemedelsmyndigheten EMAs hemsida, www.ema.europa.eu/ema). Där kommer EMA att söka biverkningssignaler i inkomna rapporter med kortare intervall än för övriga läkemedel. Läkemedelsverket betonar också att alla misstänkta biverkningar för dessa läkemedel ska rapporteras.

Ny vetenskaplig kommitté

EU-koordinator Christer Backman och PRAC-samordnare Charlotte Backman berättade om den nya vetenskapliga EU-kommittén, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC), som inrättades 2012. Några exempel på nyligen specialgranskade läkemedelssubstanser är diklofenak och kodein (se notis på annan plats i detta nr).

Charlotte Asker Hagelberg, Läkemedelsverket, redogjorde för arbetet med nationell läkemedelssäkerhetsrapporten vilken är en utveckling av den årliga farmakovigilansrapporten för hälso- och sjukvården och andra med bland annat svenska biverkningsregistret SWEDIS, signalspaning och giftinformationscentralen som källor.



Från hösten 2013 införs en symbol – en fylld triangel med spetsen nedåt – i bipacksedlar och produktresuméer för läkemedel som är föremål för utökad övervakning.

Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



Kom ihåg att flera fortbildningar kräver föranmälan. Se www.janusinfo.se/fortbildning för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.

Oktober

23

kl. 13.30 – 16.15

**Fortbildning för ST-läkare i geriatrik:
Geriatrisk farmakoterapi**

Plats: Josabethsalen, Sabbatsbergs sjukhus
Målgrupp: ST-läkare, geriatriker, läkare

23

onsdag, 18.00 – 19.30

Onsdagsseminarium: Vilken nytta och risker finns det med B-vitaminer?

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17,
Buffé serveras från kl. 17.00
Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

25

fredag, kl. 8.30 – 16.30

Nationellt symposium: Sömn och sömnrörningar i åldrandet

Plats: Nobel Forum, Nobels väg 1,
Karolinska Institutet, Solna; Registrering,
kaffe och mingel från kl. 9.00
Målgrupp: Läkare, ST-läkare

30

onsdag, kl. 13.00 – 16.00

Säker vård – rapportering och lärande

Plats: Hörsalen Capho S:t Görans sjukhus, hiss C, plan 2
Målgrupp: Sjuksköterskor

November

7

torsdag, kl. 8.00 – 16.30

**Stockholms allmänläkardag: Primärvård psykiatri,
Laboratoriemedicin, Barn och Diabetes Mellitus typ 2**

Plats: Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Allmänläkare

7

torsdag, kl. 14.00 – 16.00

**Inte bara Waran – mycket nytt på
antikoagulantiafronten!**

Plats: CaphoGeriatrisk, Åstorpsringen 6, Enskededalen.
Aulan, -1 trappa
Målgrupp: Sjuksköterskor

12

tisdag, kl. 13.15 – 16.30

Update Geriatrik – Fokus Äldre: Thyreoideasjukdomar hos äldre. Samling med lunch från kl. 12.30

Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal: Fataburen
– Ingång via receptionen
Målgrupp: Geriatriker, läkare, ST-läkare

19

tisdag, kl. 9.00 – 17.00

**Läkemedelsgenomgångar inom SLL. Rätt, säkert och praktiskt!
Registrering och kaffe från kl. 8.30**

Plats: Spårvagnshallarna, Birger Jarlsgatan 57, lokal: Spårvagnen
Målgrupp: Distriktssköterskor, distriktsläkare

20

onsdag, kl. 18.00 – 20.15

**Luftvägsinfektioner – antibiotika eller egenvård?
Registrering med lättare förtäring från kl. 17.00.**

Plats: Spårvagnshallarna, Birger Jarlsgatan 57; lokal: Spårvagnen
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

25–26

måndag & tisdag, kl. 9.00 – 16.00

Kurs i Kritisk läkemedelsvärdering. Internat

Plats: Sästaholm hotell och konferens, Täby
Målgrupp: Läkare

December

3

tisdag, kl. 14.00 – 16.00

Stomivård – till vardags, materialval och omvårdnad!

Plats: Stockholmsgeriatriken, Olivecronas väg 5, våning 5
Målgrupp: Sjuksköterskor

5

torsdag, kl. 13.00 – 16.00

Dags att sluta köra bil – en eftermiddag om trafikmedicin

Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal: Fataburen
– ingång via receptionen
Målgrupp: Allmänläkare, geriatriker, läkare, sjuksköterskor

12

torsdag, kl. 12.00 – 16.30

**Fortbildning för specialister i allmänmedicin,
Norrhälje: Hypertoni, hyperlipidemi. Lunch serveras från kl. 12.00**

Plats: Norrhälje sjukhus, lokal: Havsörnen
Målgrupp: Specialistläkare