

Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA:

Kolorektalcancer och bröstcancer

Fr.v. *Annika Sjövall*, överläkare,
Gastrocentrum kirurgi,
Karolinska Universitetssjukhuset

Elisabet Lidbrink, överläkare,
Radiumhemmet,
Karolinska Universitetssjukhuset

Inga MRSA i svenska näsor

■ UPPDATERAT SID 2-3

Tema Kolorektalcancer och bröstcancer

■ TEMA SID 4-7

Använd 24-timmarsmätning av blodtrycket oftare

■ SEMINARIER & KURSER SID 8-9

Primärvårdsresurs vid kroniskt trötthetssyndrom

■ NYA RIKTLINJER SID 10-11

Demensläkemedel används av 6-7 procent över 85 år

■ AKTUELLT FÖRDJUPNINGARBETE SID 12

Nya regionala riktlinjer för läkemedelsgenomgångar

■ AKTUELLA BESLUT & RIKTLINJER 13

Patientens perspektiv betonas i ny cancerplan

■ AKTUELLT VÅRD & LÄKEMEDEL SID 14

Nätsök kan ge snabbare signal om interaktioner

■ AKTUELLT VÅRD & LÄKEMEDEL SID 14

Fortbildningskalendarium

■ SID 16



FOTO: ISTOCKPHOTO



Inga MRSA i svenska näsor

■ ■ ■ Sverige hade den lägsta förekomsten av resistent *Staphylococcus aureus* enligt en studie av nio europeiska länder.

– Det är mycket glädjande att Sverige ännu så länge har ett så gynnsamt resistensläge för aktuella preparat. Vi vill förstås gärna tolka detta som ett uttryck för en återhållsam antibiotikaanvändning i Sverige, säger överläkare Astrid Lundevall, enhetschef Strama Stockholm.

I studien ingick drygt 32 000 personer utan infektionssymtom från Belgien, Kroatien, Frankrike, Nederländerna, Spanien, Sverige, Storbritannien, Ungern och Österrike. Husläkaren samlade in prover hos personer från 4 år (Storbritannien 18 år) från november 2010 till augusti 2011.

Totalt var 22 procent (6 956 stycken) av försökspersonerna bärare av *Staphylococcus aureus*. Prevalensen var lägst i Ungern med 12 procent och högst i Sverige med 29 procent (945 stycken). Bärarskap var mindre vanligt hos äldre och hos kvinnor.

Staphylococcus aureus är en vanligt förekommande mikroorganism hos människa och kan ofta isoleras från näsan. Bakterierna kan utgöra en reservoar för resistent gener. *Staphylococcus aureus* kan orsaka exempelvis sårinfektioner, andra hudinfektioner som bölder och lunginflammation.

Inga MRSA i svenska prover

I de svenska proverna hittades inga meticillinresistenta stafylokokker (MRSA). MRSA är resistent mot samtliga antibiotika i betalaktamgruppen, penicillinastabil penicillin (isoxasolylpenicillin, exempelvis flukloxacillin), vanligt penicillin och cefalosporiner. I prover från övriga länder hittades totalt 91 MRSA-isolat (8–16 fall vardera).

Oftast resistent mot en antibiotikaklass

En tredjedel av stafylokokisolat från svenska näsor var inte resistent mot någon antibiotikaklass. De flesta, 64 procent, var resistent mot endast en antibiotikaklass. Tre procent av de svenska isolaten uppvisade resistens mot två antibiotikaklasser.

Multiresistenta bakterier definierades som resistent mot tre eller flera antibiotikaklasser; fenomenet var vanligast i Storbritannien (3 procent) och minst vanligt i Sverige (0,2 procent).

Resistens mot vanligt penicillin förelåg hos 73 procent av stafylokokisolaten. I prover från flera europeiska länder var också makrolid- (azitromycin och erytromycin) och klindamycinresistens relativt vanligt förekommande. Makrolidresistensen var högst i Frankrike (17 procent) och klindamycinresistensen i Belgien (15 procent). Sverige låg här lägst, 1,6 procent respektive 1,5 procent av isolaten var resistent mot makrolider och klindamycin.

Antibiotikaanvändning ökar risken för resistens

Hög antibiotikaanvändning är känt för att driva på antibiotikaresistens. I studien fanns en tendens till att hög antibiotikaanvändning i landet var kopplat till högre grad av resistens liksom att länder med låg användning av respektive antibiotikum hade en lägre grad av resistens.

ELIN JERREMALM

Källor:

den Heijer CD, van Bijnen EM, Paget WJ, Pringle M, Goossens H, Bruggeman CA et al. Prevalence and resistance of commensal *Staphylococcus aureus*, including meticillin-resistant *S aureus*, in nine European countries: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2013 Mar 5. [Epub ahead of print]

Tjänster om läkemedel och fosterpåverkan/amning i Janusfönster

■ ■ ■ Under våren kommer tjänsterna **Läkemedel och fosterpåverkan samt Läkemedel och amning – som idag tillhandahålls via Janusinfo.se – att bli tillgängliga i Janusfönster.**

Det innebär att även informationen om graviditet och amning i Janusfönster blir kommersiellt obunden.

Bygger på Medicinska födelseregistret

Informationen under knappen Graviditet kommer att hämtas från kunskapsdatabasen Läkemedel och fosterpåverkan. Huvudförfattare är docent Karin Källén, Tornblad institutet, Lunds Universitet och professor Birger Winbladh, Karolinska Institutet.

Bedömningarna bygger på uppgifter från det svenska Medicinska födelseregistret och på kritisk värdering av vetenskaplig litteratur. Fokus ligger på första delen av graviditeten och risken för fosterskador. Tjänsten kommer att ha en annan klassificering än motsvarande uppgifter i Fass. För mer information, se: <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-och-fosterpaverkan/>

Evidens om läkemedelsbehandling vid amning

Informationen under knappen Amning kommer att hämtas från kunskapsdatabasen Läkemedel och amning. Huvudansvarig författare är docent Ylva Böttiger, klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.

Databasen innehåller generella rekommendationer om huruvida amning av ett friskt fullgånget barn kan ske under samtidig läkemedelsbehandling av mamman. Tjänsten kommer att ha en annan klassificering än motsvarande uppgifter i Fass. För mer information, se <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedelamning/>

Sprid budskapet till alla användare

Det är viktigt att information om bytet sprids till alla användare av Janusfönster. Ansvarig för tjänsterna Läkemedel och fosterpåverkan samt Läkemedel och amning är Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Läs mer om Janusfönster på www.etjansterlakemedel.se.

Har du frågor eller funderingar, kontakta oss via e-tjanster@sll.se.

ANDREAS ANDERSSON,
*verksamhets- och innehållsansvarig, Janusfönster,
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting*

TERO SHEMEIKKA,
*överläkare, operativt medicinskt ansvarig, Janusfönster,
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting*

Vi vet minst om nya läkemedel vid registreringen. Att börja använda dem brett är ett risktagande, vilket inte hindrar att några patienter kan ha nytta av läkemedlen. Lämpligt terapival avgörs i patient-läkarmötet. Ett ordnat, försiktigt och kontrollerat införande av nya läkemedel är syftet med den nationella läkemedelsstrategin och praktiseras redan inom vårt landsting. I en situation med begränsade ekonomiska resurser krävs hög följsamhet till rekommendationer och beslut från TLV och läkemedelskommittéer för att frigöra resurser för ny dyrbar terapi.



Etiskt sett måste rekommendationer stödjas av välgjorda kliniska studier, kritiskt värderade av obunden expertis, vilket är läkemedelskommitténs viktigaste uppgift. Avgörande är också att sjukvårdens experter är övertygade om nyttan av behandlingen. Senare års exempel på nya läkemedel som redan efter kort tid dragits in på grund av allvarliga biverkningar – Trovan, Vioxx, Lipobay, Exanta, Exubera, Avandia, Acomplia – belyser svårigheter att rätt värdera nya läkemedel. Vi har inte råd att använda läkemedel med bristfällig dokumentation och klen evidens. Här behövs dock vidare metodutveckling.

Regeringens äldresatsning innehåller förslag till bättre läkemedelsanvändning för äldre och multisjuka. Kring läkemedelsgenomgångar finns nya föreskrifter och en vägledning från Socialstyrelsen samt brett förankrade riktlinjer från Stockholms läns landsting. Nu vidtar problematisering och fortbildning kring olika delproblem samt att identifiera riskpatienter och riskläkemedel. Därtill ordnar vi en mängd fortbildningar 2013 inom Stockholms läns läkemedelskommitté, exempelvis en kurs i Kritisk läkemedelsvärdering för läkare i juni. Se mer på www.janusinfo.se.

EVA ANDERSÉN KARLSSON
*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*

Nytt program i VISS om kolorektal cancer

Kolorektalcancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige, efter bröstcancer och prostatacancer. I Sverige diagnostiseras omkring 6 000 fall årligen, varav två tredjedelar i kolon och en tredjedel i rektum. Ett nytt vårdprogram på viss.nu vägleder primärvården, skriver överläkare Annika Sjövall.

Av Annika Sjövall, överläkare, Gastrocentrum kirurgi, Enheten för nedre abdominell kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset

Ungefär lika många män som kvinnor drabbas. Antalet fall i Sverige ökar beroende på växande befolkning och en större andel äldre, men det förklarar inte hela incidensökningen. Medianåldern vid diagnos är 73 år; diagnosen är mycket ovanlig före 40 år. Man bör dock vara observant på hereditet, då ärftlig kolorektal cancer ofta debuterar tidigare.

Kontakta avd. för klinisk genetik

Det kan vara motiverat att överväga koloskopikontroll hos symptomfria personer med förstegradssläktingar med kolorektalcancer. En släkting som insjuknat efter 60 års ålder ger dock statistiskt en minimal riskökning. Indikationen för koloskopikontroll ökar ju fler familjemedlemmar som drabbats och ju yngre de var vid diagnos.

Det går inte att exakt ange om och hur ofta patienter med kolorektalcancer i släkten ska följas; det måste avgöras individuellt. Man ska inte utföra regelbundna koloskopikontroller på symptomfria personer utan

att ha diskuterat indikationen med avdelningen för klinisk genetik, Karolinska Universitetssjukhuset. De kan bedöma om anledning finns att utreda genetiskt eller koloskopiscreena och i så fall hur ofta.

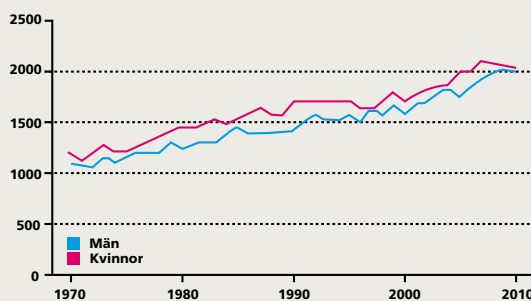
Primärvårdsläkare med frågor kring hereditet för kolorektalcancer får gärna kontakta avdelningen för klinisk genetik.

Den huvudsakliga behandlingen är kirurgi. Sverige har internationellt sett mycket goda behandlingsresultat. Ändå är 5-årsöverlevnaden endast kring 65 procent. Överlevnaden är starkt beroende av vilket tumörstadium patienten har när tumören behandlas.

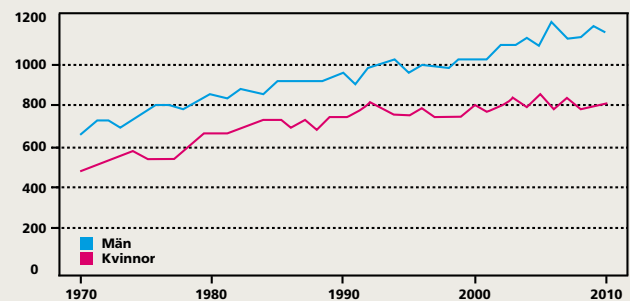
Söker vanligen till primärvården

Första symtom vid kolorektalcancer är oftast blödningar från tarmen, avföringsrubbingar, anemi, diffusa magbesvär eller viktneidgång. Patienten söker då vanligen primärvården. När misstanken om en tarmtumör är väckt, ställs diagnosen oftast enkelt med koloskopi, utförd av gastroenterolog eller kirurg.

Fig.1. Antal nya fall i Sverige 1970–2010

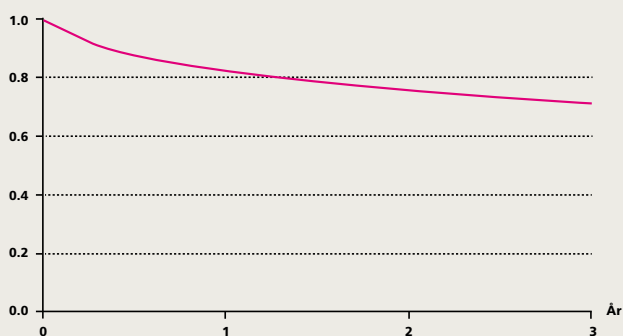


Kolon



Rektum

Fig.2. Relativ överlevnad för 2008–2011 års patienter med koloncancer (n= 15 214)



Ihållande ändrade avföringsvanor hos en person med tidigare regelbunden avföring bör utredas med koloskopi, om annan klar orsak saknas. Blod i avföringen får heller inte negligeras.

Varje år missas rektalcancer hos patienter med ”kända hemorrojder”, som behandlas för hemorrojder utan adekvat utredning. För att blod i avföringen ska accepteras som hemorrojdblödning ska blödningen vara helt färsk, blodet inte blandat med avföring, och läkare ha undersökt med rektalpalpation, rekto- och proktoskopi och konstaterat hemorrojder och att övriga rektum är utan anmärkning.

När undersökande läkare vid koloskopi konstaterat kolorektal tumör, ska patienten remitteras till kolorektalkirurg.

Utredning och behandling hos kolorektalkirurgen

På kirurgkliniken görs datortomografi (DT) av thorax och buk, samt vid rektalcancer även magnetkameraundersökning av lilla bäckenet, för att kartlägga primärtumörens utbredning och eventuella metastaser. Patienten diskuteras sedan på multidisciplinär terapikonferens och får en behandlingsrekommendation.

Vid koloncancer består behandlingen oftast av primär kirurgi; vid rektalcancer ges oftast först strålbehandling mot rektum. Om riskfaktorer för tumöråterfall påvisas vid histopatologisk diagnostik, exempelvis metastaser i lokala lymfkörtlar, kan läkaren föreslå cytostatika som tilläggsbehandling, oftast sex månader postoperativt.

Uppföljning och remiss tillbaka till primärvården

Standarduppföljningen för patienter som genomgått potentiellt botande behandling innefattar DT av thorax och buk samt kontroll av carcinoembryonalt antigen (CEA) efter ett respektive tre år. Efter tre år utförs även en koloskopi. Om inget recidivmisstänkt påvisats fem år efter operatio-

nen, friskförklarar patienten och remitteras vanligen åter till primärvården för att därifrån remitteras för fortsatta koloskopikontroller. De ska vanligen ske vart femte år upp till 75–80 års ålder, beroende på om patienten utvecklar nya polyper eller inte, och om patientens allmäntillstånd tillåter behandling av en eventuell ny tumör.

Multidisciplinär bedömning viktigt vid återfall

De vanligaste metastaslokaliseringarna är lever och lungor. Om vårdpersonal vid rutinuppföljning eller på grund av symtom upptäcker ett misstänkt tumöråterfall – antingen i form av fjärrmetastaser eller lokalt i buken – måste det multidisciplinära kolorektalcancerteamet via kirurg- eller onkologklinik bedöma patienten, som ibland kan botas, även om sjukdomen är spridd.

Vid obotligt tumöråterfall med indikation för palliativ cytostatika handläggs patienten på onkologklinik, vid palliativ situation utan cellgiftsbehandling av primärvård eller ASIH.

Primärvården ambassadörer

Som enda region i landet har Stockholm-Gotland infört screening för kolorektalcancer med F-Hb. Personer 60–69 år inkluderas sedan 2008 successivt för kontroller vartannat år, varav omkring 65 procent skickar in provet.

Det är av stor vikt att primärvården fungerar som ambassadörer för screeningprogrammet och uppmuntrar personer som fått provtagningsskit hemskickat att faktiskt testa sig. Personer med symtom på kolorektalcancer ska koloskoperas, inte enbart kontrolleras med F-Hb. Det är dock inte önskvärt att testa symtomfria personer utanför den systematiska screeningen.

Gruppen bakom vårdprogrammet hoppas detta ska hjälpa primärvården att ytterligare förbättra vården av dessa patienter i vår region. På janusinfo.se (<http://korta.nu/kolorektalcancer>) finns information från expertrådet för onkologiska och hematologiska sjukdomar om cytostatika-behandling vid kolorektalcancer.



Annika Sjövall, Gastrocentrum kirurgi, enheten för nedre abdominell kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset

FOTO: ULF HINDS

God prognos vid kvinnans vanligaste maligna tumör

Bröstcancer är den vanligaste maligna tumören hos kvinnor med 8 382 fall år 2011, 30 procent av samtliga tumörer hos kvinnor. Prognosen är god, säger Elisabet Lidbrink, överläkare, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhuset, och det är oerhört tacksamt att kunna erbjuda effektiv behandling, ge patienten hopp.

Av David Finer

Överlevnaden vid 5 år har förbättrats från ungefär 65 procent till 90 procent under den senaste 40-årsperioden. Tioårsöverlevnaden är cirka 80 procent.

Svenska kvinnor medvetna

Sjukdomen ökar ändå med drygt 1 procent om året på grund av bland annat bättre diagnostik och ändrat reproduktionsmönster med senare födselar och färre barn.

– Svenska kvinnor är medvetna. De flesta vet att de ska söka vård om de upptäcker en knöl i bröstet. Sedan för-

” *Primärvårdens roll är besvärlig på grund av det stora antalet kvinnor som söker för smärta i ett eller båda brösten, där det sällan handlar om cancer utan andra orsaker, exempelvis hormonell påverkan.*

tränger omkring tio procent vetenskapen och kommer sent, med större tumörer. Dessa kommer vi aldrig åt. Kvinnan som upptäcker en knöl ska enligt vårdgarantin kunna få vård inom två veckor, säger Elisabet Lidbrink, som i egenkap av specialistsakkunnig läkare (Spesak) granskat det i januari 2013 uppdaterade dokumentet på viss.nu.

Primärvårdens roll besvärlig

Alla kvinnor 50–74 år i landet kallas till mammografiscreening vartannat år, och kvinnor 40–49 år med 18 månaders intervall. Mammografins effektivitet är idag helt okontroversiell, menar Elisabet Lidbrink.

– Primärvårdens roll är besvärlig på grund av det stora antalet kvinnor som söker för smärta i ett eller båda brösten, där det sällan handlar om cancer utan andra orsaker, exempelvis hormonell påverkan. Här finns en övertro hos befolkningen på att sjukvården ska kunna utreda, behandla

och bota, säger hon.

Primärvården möter såväl maligna och godartade förändringar som fibroadenomas, fibroadenom (bindvävs-knutor), cystor och mastit. Kvinnan med en knöl i bröstet ska utredas med palpation, mammografi och punktion (för de allra yngsta ultraljud och punktion). Om allmänläkare bedömer att det föreligger kliniskt stark malignitetsmisstänke, kan hon/han remittera patienten direkt till lämplig bröstmottagning, det vill säga utan att beställa mammografi och punktion.

Direktremiss i flera fall

Av vårdprogrammet på viss.nu framgår flera olika typer av fall, där remiss ska skickas direkt till bröstmottagning (utan föregående utredning). I Stockholm finns bröstmottagningar och bröstkirurgi vid St Görans Sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Södersjukhuset, Sophiahemmet och Danderyds Sjukhus.

Utredning omfattar anamnes med klarläggande av here-ditet, menstruationsstatus, paritet och eventuell amning

och hormonbehandling. Det sker en klinisk undersökning av bröst och körtelstationer med mammografi, eventuellt komplettering med ultraljud, i enstaka fall MR samt finnålspunktion, i vissa fall även mellannålsbiopsi.

Räcker ofta avlägsna portvaktskörteln

Standardbehandling är kirurgi med partiell mastektomi och uttagande av den så kallade portvaktskörteln (Sentinel Node), eventuellt följt av axillarutrymning. Portvaktskörteln är körtlarna närmast tumören, dit en metastaserande tumör i första hand sprider sig.

– Tidigare utrymdes ofta hela axillen i onödan med risk för lymföden i armen som följd, i många fall fann man att lymfkörtlarna inte var angripna. Nu räcker det ofta med portvaktskörteln. Är den frisk, låter man resterande körtlar vara. Det är definitivt ett av kirurgernas största framsteg inom ramen för bröstkirurgin, säger Elisabet Lidbrink.

Vid operation injiceras blå färg och radioaktivitet vid tumören, och färgen och radioaktiviteten letar sig så fram till portvaktskörteln (Sentinel Node), som då lätt kan hittas. Denna/dessa opereras bort och analyseras vanligen under pågående operation. Vid cancerfri Sentinel Node kan axillkörtlarna sparas. Om Sentinel Node uppvisar cancer-spridning, måste sedvanlig axillarutrymning göras.

Vid Radiumhemmet opereras omkring hälften av kvinnorna med bröstbevarande kirurgi, och i de fall där bröstet måste tas bort kan ofta direktrekonstruktion utföras. Det sker inte i samma utsträckning på mindre ställen i landet. Nittio procent av kvinnorna opereras primärt. Tio procent förbehandlas med cellgifter på grund av att de har större tumörer och/eller lymfkörtelmetastaser.

Fyra typer av adjuvant behandling

Det finns idag fyra olika typer av adjuvant standard-behandling – cytostatika, strålning, hormoner och antikroppar.

Behandlingen är individualiserad utifrån ålder, allmäntillstånd, tumörens storlek, grad, hormonkänslighet (70

” *Det rör sig om många kvinnor och behandlingar så det är stort tryck på våra behandlingsavdelningar. Men det är oerhört tacksamt att kunna erbjuda goda behandlingar, och ge patienten hopp*

procent), om lymfkörtlar är engagerade samt her 2-status (ett genetiskt test på tumören, viktigt då det numera finns ett specifikt målinriktat läkemedel för den här typen av tumör som till sin natur är aggressiv). Adjuvant strålbehandling ges alltid om bröstbevarande kirurgi utförts. Vid körtelmetastasering strålas oftast också axill samt området vid regio clavikulare.

Minskar mortalitet med 30 procent

Adjuvant kemoterapi minskar mortaliteten med 20-30 procent på 10 år och ges före strålbehandling. Adjuvant hormonterapi med hormonpreparaten tamoxifen eller aromatshämmare ges dagligen i 5 år vid östrogenreceptorpositiv tumör. Ibland utsträcks hormonbehandlingen till tio år.

För postmenopausala kvinnor med högre risk används aromatashämmare eller så kallade switch-aromatashämmare 2,5 år följt av hormonterapi med tamoxifen 2,5 år. För premenopausala kvinnor med högre risk används tamoxifen i vissa fall kombinerat med GnRH-agonist goserelin (Zoladex). Hos postmenopausala kvinnor minskar risken



FOTO: UFE HINDS

Elisabet Lidbrink överläkare, Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhuset.

för återfall med ända upp till 50 procent.

Behandlingen med cytostatika och antikropp ges polikliniskt, på Radiumhemmet på stora behandlingssalar, där kvinnorna får sin behandling i form av intravenösa injektioner som tar några flera timmar att ge.

– Det rör sig om många kvinnor och behandlingar så det är stor tryck på våra behandlingsavdelningar. Men det är oerhört tacksamt att kunna erbjuda goda behandlingar, och ge patienten hopp, säger Elisabet Lidbrink.

Ambulatorisk 24-timmarsmätning av blodtrycket bör användas oftare

Ambulatorisk blodtrycksmätning ger värdefull komplementär information till konventionellt uppmätt blodtryck på mottagningen och bör utnyttjas oftare, skriver professor Thomas Kahan.

Av Thomas Kahan, professor, överläkare, Hjärtkliniken, Danderyds Sjukhus

FOTO: ULEF HINNS



Thomas Kahan, professor, överläkare, Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus

I Sverige uppskattas omkring 2 miljoner människor ha hypertoni [1]. Ett förhöjt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för förtida sjuklighet och död, och risken ökar med stigande blodtryck.

Bara en tredjedel når mål-blodtryck

Blodtryckssänkande behandling har mycket väl dokumenterade effekter och är kostnadseffektiv. Behandling av hypertoni är därför av stort

värde [1]. Ändå når bara en av tre behandlade patienter ett allmänt vedertaget målblodtryck på under 140/90 mm Hg vid mottagningsbesök [2].

I många situationer kan ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar ge viktig information

utöver mätningar på mottagningen [3]. Blodtryck mätt över hela dygnet ger bättre prognostisk information än konventionellt uppmätta mottagningsblodtryck. Särskilt blodtrycket under natten tycks vara prognostiskt betydelsefullt (figur) [4].

Vanlig vitrockseffekt

Blodtrycket stiger ofta i samband med sjukvårdskontakter. Denna stressreaktion brukar benämnas white coat effect, vitrockseffekt, och ses oftare hos äldre, kvinnor och rökare. Studier talar för att en tredjedel av patienter, som

trots behandling med tre läkemedelsklasser har ett okontrollerat blodtryck på mottagningen, i själva verket har ett adekvat kontrollerat blodtryck mätt med ambulatorisk blodtrycksmätning över dygnet.

Det är visat att 10–15 procent av alla individer som vid mottagningsbesök synes ha en obehandlad hypertoni i själva verket har normala blodtryck om man genomför en ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar. Detta tillstånd, white coat hypertension eller vitrockshypertoni, medför ingen påtagligt ökad risk för framtida hjärt-kärlsjukdom, och terapi är sällan motiverad; dock finns en ökad risk att senare utveckla hypertoni.

Det förekommer också att patienter har förhöjt blodtryck vid ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar trots normala blodtryck vid mottagningsbesök. Detta kallas maskerad hypertoni, och bör behandlas, då risken för hjärt-kärlkomplikationer är lika stor som vid manifest hypertoni.

Ska göras på strukturerat sätt

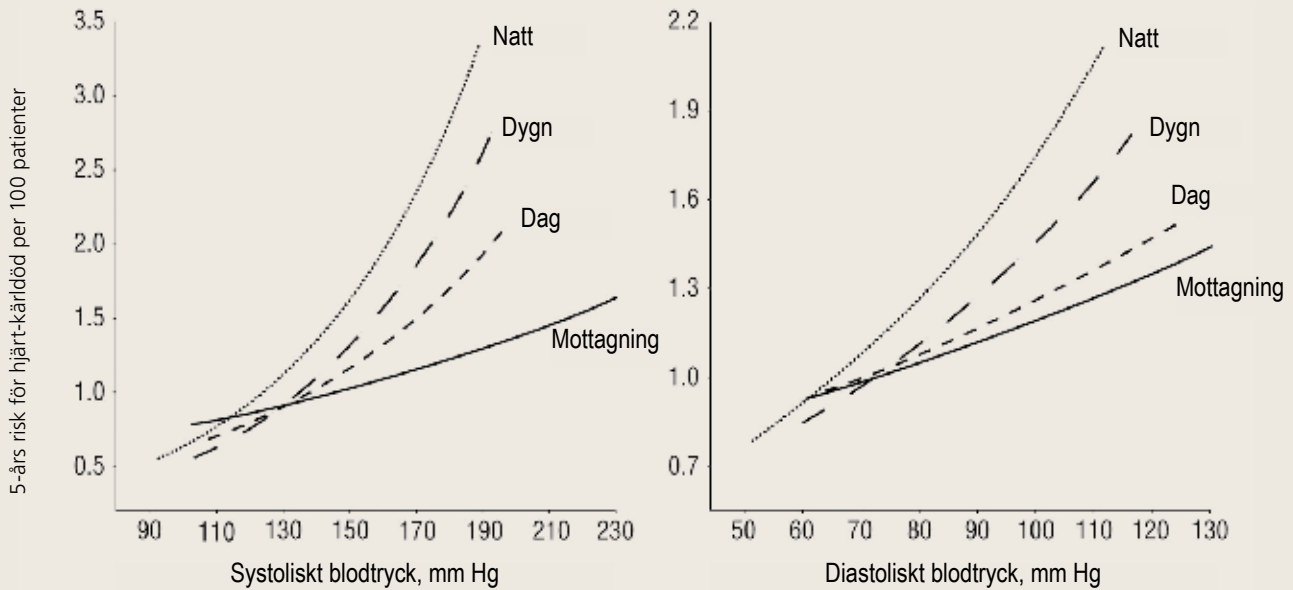
Ambulatorisk blodtrycksmätning ska göras med validerad utrustning och tolkas på ett strukturerat sätt [3]. Mätningar bör göras tre gånger per timme under hela dygnet och under vanlig dygnsaktivitet. Dagbok med aktivitet och symptom förs. Medelvärden för blodtryck över hela dygnet, dagtid och nattetid beräknas, liksom kvoten natt/dag (tabell). Det är de

medelvärdesbildade värdena som är av betydelse; enstaka avvikande värden kan

oftast lämnas utan avseende. En bristande reduktion av blodtrycket nattetid är ofta prognostiskt ogynnsamt utöver blodtrycksnivån i sig. Så länge man är i vila liggande under natten tycks undersökningsresultaten inte påverkas av om nattsömmen är störd eller inte.

Således kan ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar (och hembloodtrycksmätning [5]) erbjuda säkrare diagnos, ge bättre möjligheter till adekvat kardiovaskulär riskbedömning, förhindra överbehandling och ge stöd för intensifierad behandling till individer med hög kardiovaskulär risk.

” Blodtryckssänkande behandling har mycket väl dokumenterade effekter och är kostnadseffektiv.



Risken för hjärt-kärlöd under fem år hos 5292 patienter med hypertoni i relation till blodtryck på mottagningen och ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar (beräknat dagtid, nattetid och över hela dygnet). Justerat för ålder, kön, diabetes mellitus, hjärt-kärlsjukdom och rökning. Modifierad efter Dolan et al [4].

Referensvärden för normalt blodtryck vid 24 timmars ambulatorisk blodtrycksmätning

Hela dygnet	<130/80 mm Hg
Dag	<135/85 mm Hg
Natt	<120/70 mm Hg
Natt/dag	<0,8–0,9

White coat hypertension definieras som ett mottagningsblodtryck >140/90 mm Hg utan aktuell medicineringsmen med normalt (<135/85 mm Hg) dagtryck vid ambulatorisk mätning. För detaljer, se [3].

Referenser:

1. Kahan T, Dahlgren H, de Faire U, et al. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2007. SBU-rapport 170/1U.
2. Qvarnström M, Wettermark B, Ljungman C, et al. Antihypertensive treatment and control in a large primary care population of 21167 patients. *J Hum Hypertens*. 2011; 25:484-491.
3. Kahan T, Nyström F. Hypertoni och 24-timmars mätning av blodtryck. Studentlitteratur, Lund, 2009.
4. Dolan E, Stanton A, Thijs L, Hinedi K, Atkins N, McClory S, Den Hond E, McCormack P, Staessen JA, O'Brien E. Superiority of ambulatory over clinic blood pressure measurement in predicting mortality: the Dublin outcome study. *Hypertension* 2005;46:156-161.
5. Hembloodtrycksmätning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU Alert-rapport nr 2010-04.

Rehabresurs för primärvården vid kroniskt trötthetssyndrom

– Vården och beslutsfattarna måste ta mer hänsyn till de speciella behoven hos patienter med ME/CSF eller kroniskt trötthetssyndrom, säger Indre Ljungar, docent, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Danderyds Sjukhus, huvudförfattare till ett nytt vårdprogram om tillståndet på viss.nu.

Av David Finer



Indre Ljungar, docent,
Rehabiliteringsmedicinska
Universitetskliniken, Danderyds Sjukhus

Omkring 4 000 personer beräknas ha ME/CSF (myalgisk encefalomyelit/chronic fatigue syndrom) i Stockholms län, mest kvinnor i 30–50 års åldern. Primärvården är första behandlingslinjen för patienter med den omdiskuterade diagnosen. Vid Danderyds sjukhus finns sedan april 2011 ett särskilt ME-projekt som kunskapsbank och stöd åt primärvården samt utvecklare av utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsformer.

Indre Ljungar, en av läkarna i projektet, anser att målen delvis uppnåtts, trots den korta projekttiden.

– Den här patientgruppen har inte tagits på allvar tidigare. Vi känner oss nöjda med att ha fördjupat oss kring de nuvarande diagnoskriterierna och identifierat olika subgrupper med kronisk trötthetsproblematik. Vi upplever att vi har servat vården med goda bedömningar och föreslagit anpassade åtgärder. Men med våra begränsade resurser och ett oerhört stort remissflöde är det dock oklart om vi alltid kunnat tillmötesgå patienter och inremitterande på ett tillfredställande sätt, säger hon.

Nytt vårdprogram på VISS

Vid typisk ME/CSF förekommer en kombination av fysiska, kognitiva, emotionella och autonoma symtom (se det nya vårdprogrammet på viss.nu). I annat fall övervägs atypisk

ME/CSF eller annan orsak. ME/CSF är därmed en uteslutningsdiagnos.

Patienten ska uppfylla de så kallade CDC-kriterierna, där ME/CSF definieras som en ny, oförklarlig trötthet/utmattning med minst fyra av följande symtom som varat längre än sex månader: försämring av korttidsminne/koncentrationssvårigheter, återkommande halsont, ömma hals-/axillkörtlar, muskuloskeletal smärta, ledsmärta utan tecken på inflammation, huvudvärk av ny typ eller annan svårighetsgrad, att patienten vaknar outsövd och försämring i över 24 timmar efter fysisk ansträngning.

– Diagnosen ME/CSF syftar framförallt på postinfektiös

” *Den här patientgruppen har inte tagits på allvar tidigare.*

trötthet, men vissa patienter insjuknar utan klart samband med infektion, vilket gör differentialdiagnostiken ännu mer komplicerad. Inom primärvården är det inte lätt att fastställa diagnosen om man inte känner patienten sedan tidigare. Vad menas med nyttillkommen trötthet? Patienter som remitteras till ME/CSF-projektet är ofta sjuka i andra sjukdomar innan den dominerande tröttheten bryter ut. Det är ett fåtal patienter som insjuknar i ME/CSF efter att de varit helt friska innan. I många fall föregås insjuknandet av utmattningsproblematik, nedstämdhet/oro, smärta, funktionella gastrointestinala besvär, och så vidare. Många patienter använder läkemedel mot hypotyreos, smärta, psykiska besvär och hjärt-kärlsjukdomar. En del patienter använder behandlingar som inte har någon vetenskaplig evidens, exempelvis B12-injektioner eller antivirala läkemedel, och många står på receptfria läkemedel, säger Indre Ljungar.

Anamnesupptagning är viktigt

Stor vikt bör läggas på anamnesupptagning för att fastställa funktionsnivån innan insjuknandet. Differentialdiagnostiska utmaningar är somatiska sjukdomar, samsjuklighet med smärtsyndrom, psykisk ohälsa, neuropsykiatriska tillstånd, sömnrubbingar och lättare hjärnskador. Specifika diagnostiska markörer saknas. Labprover rekommenderas för att utesluta andra somatiska sjukdomar (CRP, SR, blod-



status, TSH, S-Folat, S-kobalamin (B12), S-homocystein, S-Na, S-K, S-Krea, S-Ca, S-ALAT, S-GT, S-ALP, S-glukos, S-25-OH vitamin D), och bedömning av psykolog/psykiatriker för att utesluta psykiska, psykiatriska och neuro-psykiatriska orsaker som förklaring till hela eller delar av tröttheten.

Sjukdomens svårighetsgrad bedöms efter symtombild, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Vid lättare ME/CFS har patienter kvar arbetsförmåga på hel- eller deltid. Vid svår ME/CFS är patienter funktionshandikappade och inte sällan sängbundna.

Öppet för remisser under 2013

Den initiala handläggningen av misstänkt ME/CFS bör ske inom primärvården, men ME/CFS-projektet kommer ha öppet för remisser under 2013, berättar Indre Ljungar vidare. Remiss bör skrivas när diagnosen är oklar, vid medelsvår/svår sjukdom, behov av omvärdering av tidigare diagnos, behov av teambaserade rehabinsatser eller anpassad beteendeterapi för ME/CFS på Smärtcentrum, Karolinska Universitetssjukhuset.

Om behovet framförallt är av funktions- och aktivitetsbedömning i ett ärende som involverar Försäkringskassan, ska remiss inte skrivas till projektet. Primärvården bör då hellre i första hand ta kontakt med handläggaren på kassan för att få remiss till teambaserad försäkringsmedicinsk utredning. Efter rehabilitering inom projektet följs patienten

upp via sin husläkare/remittent.

– Frågor som berör försäkringskasseärenden bör handläggas inom primärvården. Vi jobbar i en projektform med oklar framtid och begränsade resurser. Vi är alltid öppna att diskutera underlaget med inremitterande och försöker delta på avstämningsmöten efter rehabiliteringen, säger Indre Ljungar.

Sjukskrivning rekommenderas

Sjukskrivning rekommenderas vid utredning och rehabilitering eftersom detta i sig innebär stresspåslag för patienten och kräver stora ansträngningar.

I dag finns ingen evidensbaserad läkemedelsbehandling vid detta tillstånd. Nyligen har immunmodulerande läkemedel testats, men dessa är ännu under forsknings- och

utvecklingsfas. Förhoppningsvis kan en sådan studie bli aktuell nästa år om projektet förlängs. Individuell KBT kan lindra men inte bota sjukdomen. ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

rekommenderas för nydiagnosticerade patienter. För patienter med lättare ME/CFS kan primärvården remittera till sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator eller psykolog för olika insatser.

■ **Läs mer** på <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Nervsystemet/Kroniskt-trotthetssyndrom-efter-genomgangen-infektion/>

” *En del patienter använder behandlingar som inte har någon vetenskaplig evidens, exempelvis B12-injektioner eller antivirala läkemedel, och många står på receptfria läkemedel.*

Demensläkemedel används av 6–7 procent över 85 år

Användningen av demensläkemedel 2011 i Stockholms län har studerats i ett fördjupningsarbete i farmakoterapi av Natalie Melki, apotekarstuderande vid Uppsala Universitet. Högst användning sågs i åldergruppen 85+, där omkring sex procent av alla män och sju procent av alla kvinnor köpt ut ett eller flera demensläkemedel under året. Galantamin var den vanligaste läkemedelssubstansen.

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

FOTO: THOMAS NORTHCUT / DIGITAL VISION



Det var fler kvinnor än män i Stockholms län som köpte ut demensläkemedel 2011. Det beror troligen på att demenssjukdom är vanligare hos kvinnor, eftersom de i genomsnitt lever längre än män. Vilket läkemedel som valdes och i vilken utsträckning som patienterna fick ett eller flera demensläkemedel varierade med kön och ålder. En generellt hög samtidig användning av antidepressiva läkemedel sågs hos båda könen och förklaras av att depressiva symtom är vanligt hos demenspatienter.

Kombinera inte kolinesterashämmare och memantin som rutin

Utköp av både galantamin- och memantinläkemedel under året var relativt vanligt. I åldersgruppen 65–74 år var det 12,6 procent av de kvinnliga och 10,5 procent av de

manliga konsumenterna av demensläkemedel, som köpt ut båda substanserna. Med stor sannolikhet togs de som kombinationsbehandling, något som medför onödigt höga behandlingskostnader. Kombinationsbehandling med kolinesterashämmare och memantin har inte visat sig ge bättre effekt på kognition och funktion jämfört med kolinesterashämmare eller memantin i monoterapi. (Expertrådet för geriatriska sjukdomar resonerade kring kombinationsbehandling med demensläkemedel i Evidens nr 3/2012).

Stora regionala skillnader

Natalie Melki fann också en stor variation i andelen av befolkningen som behandlades med demensläkemedel i olika län. Det kan bero på flera faktorer, exempelvis regionala skillnader i inställning till farmakologisk behandling av denna diagnosgrupp, och hur utredningsprocessen för demens fungerar. Skillnaderna skulle även kunna förklaras av att befolkningsstrukturen ser olika ut mellan länen, då siffrorna inte är åldersjusterade. Donepezil var den vanligaste demensläkemedelssubstansen i samtliga län, utom i Stockholm, där galantamin var vanligast.

Nya rekommendationer i Kloka Listan 2013

Den höga användningen av galantamin i Stockholm förklaras av att det tidigare har rekommenderats som ett förstahandsval i Kloka Listan vid mild till måttlig Alzheimers sjukdom. I Kloka Listan 2013 rekommenderas däremot donepezil som ensamt förstahandsval både vid mild till måttlig och vid svår Alzheimers sjukdom. Som andrahandsval rekommenderas rivastigmin vid mild till måttlig och memantin vid svår Alzheimers sjukdom.

Referenser:

Howard, R. et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2012;366(10):893-903.

Nya regionala riktlinjer för läkemedelsgenomgångar

Nya riktlinjer för läkemedelsgenomgångar inom SLL har tillkommit för att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre. De är regionalt anpassade efter Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2012:9 och ska användas i alla vårdformer, inklusive hemsjukvård och särskilda boenden för äldre.

Av David Finer

Alla läkemedelsgenomgångar ska utformas och genomföras i samråd med patienten och en läkare ska ansvara för genomgången i samråd med övriga som medverkar i vårdteamet.

Enkel läkemedelsgenomgång (eLMG)

Vid eLMG fastställs vilka läkemedel som ordinerats och varför, samt vilka av dessa som patienten använder. Det omfattar även receptfria läkemedel och naturläkemedel. Patienten ska tillfrågas om hur han/hon tar sina mediciner i relation till ordinationen.

Läkaren bedömer om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker, samt löser eventuella läkemedelsrelaterade problem. Om läkaren misstänker fortsatta läkemedelsrelaterade problem efter eLMG, ska patienten erbjudas fördjupad läkemedelsgenomgång.

Enkel läkemedelsgenomgång ska erbjudas alla patienter 75 år eller äldre vid besök hos öppenvårdsläkare eller vid inskrivning i slutenvård. Det gäller också alla patienter som oavsett ålder flyttar in i särskilt boende för äldre, liksom vid påbörjad hemsjukvård. Dessutom ska alla patienter vid behov kunna erbjudas eLMG.

Efter eLMG ska patienten få individuellt anpassad och vid behov uppdaterad instruktion om sin läkemedelsbehandling och en uppdaterad läkemedelslista.

Fördjupad läkemedelsgenomgång (fLMG)

En fördjupad läkemedelsgenomgång innebär en systematisk och strukturerad genomgång av läkemedelsbehandlingen för den enskilda patienten. Det viktigaste är att det sker en helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen utifrån patientens symtom, diagnoser, ålder, njurfunktion med mera.

Fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas, om det finns eller misstänks finnas kvarstående läkemedelsrelaterade problem efter eLMG. Dessutom ska följande patienter årligen erbjudas en fLMG: alla boende på särskilda boenden, alla inskrivna i hemsjukvården, alla 75 år och



FOTO: ISTOCKPHOTO

äldre med dosförpackade läkemedel eller med tre eller fler kroniska diagnoser (i primärvården).

I likhet med eLMG ska patienten få individuellt anpassad och vid behov uppdaterad instruktion och en uppdaterad läkemedelslista.

Läkemedelsberättelse och uppföljning

För patienter som skrivs ut från slutenvård, och där en enkel eller en fördjupad läkemedelsgenomgång har genomförts, ska ansvarig läkare upprätta en läkemedelsberättelse som ska lämnas till patienten vid utskrivningen, tillsammans med en uppdaterad läkemedelslista.

Alla utförda förändringar i läkemedelsbehandlingen ska följas upp. Om patienten har en fast läkarkontakt ska den läkaren i första hand ansvara för uppföljningen.

För nuvarande bör det göras en dubbeldokumentation tills dessa att personalen fått koppling via sitt journalsystem. Varje läkare som gör en ändring i läkemedelsordinationen måste göra ändringar i såväl e-dos som Take Care. Om en patient med dosförpackade läkemedel (Apodos) läggs in på sjukhuset, ska förskrivaren även använda Pascal när patienten skrivs ut. Ansvaret ligger på verksamheten och fungerar det inte behöver man se över sina rutiner.

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/läkemedelsgenomgång>
http://korta.nu/nya_riktlinjer_lkm_genomgång

Patientens perspektiv betonas i ny cancerplan

Cancerplan 2013–2015, en del av arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård, har som främsta mål att förverkliga de tio inriktningsmål för utveckling av cancer vården, som fastslagits i den nationella och den regionala cancerstrategin beslutad av SLL och region Gotland i december 2011.

Av Roger Henriksson, professor, avdelningschef, Regionalt cancercentrum Stockholm- Gotland, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ordförande expertrådet för onkologiska och hematologiska sjukdomar

Syftet med cancerplanen är att utarbeta riktlinjer för att en redan i många avseenden bra cancer vård ska vidareutvecklas och bli bättre, tryggare, säkrare och mer effektiv.

Genomgående patientperspektiv

Patientens perspektiv ska genomlysas varje del av hälso- och sjuk vården i väl sammanhållna vårdprocesser från prevention till tidig upptäckt och vidare genom hela vårdprocessen till bot eller livets slut. Alla patienter oberoende av tumörsjukdom ska ha närhet till de resurser som behövs för deras väg genom vården.

Insatserna knyts ihop av kontaktsjuksköterska, en utarbetad skriftlig individuell vårdplan och en multidisciplinär samverkan som håller ihop resurserna och vårdprocessen runt patienten. Samverkan kan ske i en reell eller virtuell centumbildning.

Den kliniska forskningen ska finnas med i alla delar inom ramen för konceptet "universitetssjukvård" som ska ge alla patienter möjlighet till delaktighet i forskningen oavsett vårdgivare. Allt ska knytas ihop med ett sammanhållande IT-stöd.

Pilotprojekt kring primärvården

Primärvårdens roll är uppenbar och diskussioner pågår om att eventuellt påbörja ett diagnostiskt centrum som pilotprojekt. Detta är en modell som håller på att implementeras i Danmark, där primärvården och andra ska erhålla stöd i arbetet och i slutändan patienten snabbare ska erhålla en korrekt diagnos.

Cancerplanen baseras på ett omfattande förankringsarbete i hela regionen med patientorganisationer, vårdgivare, personal inom cancer vården och beslutsfattare. Det nationella perspektivet är framträdande.

Nätsök kan ge snabbare signal om interaktioner

Analys av data från internetsökningar i sökmotorer (som Google) har i en amerikansk studie [1] visats kunna ge signaler om en tidigare okänd läkemedelsinteraktion.

Av Elin Jerremalm

I studien analyserades sökdata från sex miljoner internetanvändare år 2010 för att hitta eventuella signaler, innan en interaktion mellan paroxetin och pravastatin blev känd. De som sökt på båda substansnamnen hade oftare sökt på hyperglykemirelaterade termer (cirka 10 procent) än de som sökt på endast en av substanserna (4–5 procent).

Nya metoder välkomnas

Att kombinationen paroxetin–pravastatin kan leda till en förhöjd risk för hyperglykemi blev känt genom vanlig biverkningsrapportering år 2011 (enligt interaktionsdatabasen Sfinx är den kliniska betydelsen av upptäckten ännu inte fastställd).

– Det är angeläget att använda olika metoder för att leta efter nya biverkningar och interaktioner, för att kunna öka säkerheten vid läkemedelsanvändning. Tänk också på att misstanken räcker för att rapportera till Läke medelsverket, säger docent Eva Wikström Jonsson, Läke medelssäkerhet och utvärdering, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset.

Nätet kompletterande källa

Författarna till artikeln konkluderar att nätsökning kan komplettera andra källor väl, trots vissa felkällor. Smittskydds institutet tillämpar redan idag liknande metoder för att följa säsongsinfluensa i befolkningen. WHO:s internationella biverkningscenter i Uppsala (Uppsala Monitoring Centre, UMC) följer också utvecklingen med intresse [2].

– Det finns inget pågående projekt kring internetsökning och biverkningar, men rapportering från allmänheten står däremot högt på agendan, säger Pia Caduff-Janosa, Chief Medical Officer, UMC.

Referenser:

[1]. White RW, Tatonetti NP, Shah NH, Altman RB, Horvitz E. Web-scale pharmacovigilance: listening to signals from the crowd. *J Am Med Inform Assoc.* 2013 Mar 6. PubMed. <http://korta.nu/nätsökpek>

[2]. Edwards IR, Lindquist M. Social media and networks in pharmacovigilance: boon or bane? *Drug Saf.* 2011 Apr 1; 34(4):267-71. <http://korta.nu/vrd2t>

Expertrådet för onkologiska och hematologiska sjukdomar

Till Stockholms läns läkemedelskommitté är cirka 21 expertråd knutna. Dessa utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling inom olika terapiområden och kommenterar aktuella medicinska studier. Evidens presenterar de olika expertråden och deras medlemmar. Samtliga expertråd finns på www.janusinfo.se.



Roger Henriksson

Ordförande, professor, avdelningschef
Regionalt cancercentrum
Stockholm-Gotland,
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Linda Björkhem Bergman

Med dr, specialistläkare
Klinisk farmakologi,
Karolinska Universitetssjukhuset



Magnus Björkholm

Professor, överläkare
Hematologiskt centrum,
Karolinska Universitetssjukhuset



Johan Falkenius

Specialistläkare
Onkologiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Theodoros Foukakis

Med dr, specialistläkare
Onkologiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Maria Gustafsson Liljefors

Med dr, överläkare
Onkologiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Elin Jerremalm

Med dr, leg apotekare
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Marita Lagergren Lindberg

Överläkare,
Palliativa vårdenheten, Byle Gård



Per Ljungman

Professor, verksamhetschef
Hematologiskt centrum,
Karolinska Universitetssjukhuset



Stefan Norin

Med dr, bitr överläkare
Hematologiskt centrum,
Karolinska Universitetssjukhuset



Stefan Söderhäll

Med dr, bitr överläkare
Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Karolinska Universitetssjukhuset



Thomas Walz

Docent, verksamhetschef
Onkologiska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset

Beatrice Tinge

Överläkare, Onkologienheten,
Visby lasarett

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.

MAJ

6 måndag, kl 17.00–20.00
Samling med förtäring klockan 17.00-18.00
Infektioner efter inhemska bitt och stick
Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10
Målgrupp: Läkare

7 tisdag, kl 13.15–16.30, lunch från kl 12.30
Fokus Äldre:
**Update Geriatrik: Elektrolytrubbningar/
D-vitamin – något nytt under solen?**
Plats: Fataburen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Magnus Ladulåsgatan 63A, Stockholm
Målgrupp: Geriatriker

13 måndag, kl 18.00–19.30, buffé från kl 17.15
Ögon:
**Det röda ögat, det torra ögat, glaukom och
åldersförändringar**
Plats: Stora Blå, Södersjukhuset
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

14/5, 15/5 & 4/6 kl 8.30–16.00
3 dagars utbildning:
Klinisk försäkringsmedicin för AT-läkare
Plats: Fataburen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Magnus Ladulåsgatan 63A, Stockholm
Målgrupp: AT-läkare

15 onsdag, kl 14.00–16.00
KOL – en sjukdom som inte går att bota
Plats: Nackageriatriken, Lasarettvägen 4,
sessionssalen plan 2
Målgrupp: Sjuksköterskor

16 torsdag, kl 17.30–20.00, buffé från kl 17.00
Praktisk spirometri
Plats: Lung-allergikliniken, Thorax plan 2,
Karolinska Solna
Målgrupp: Distriktsköterskor, Allmänläkare

22 onsdag, kl 13.30–16.30, lunch från kl 12.30
Fortbildning för allmänläkare i nordöstra Stockholm:
**Benign myalgisk encefalomyelit och kroniskt trötthetssyndrom –
Hur ska det hanteras inom primärvården?**
Plats: Matsällskapet Catering & konferens/Sfären Solna
Målgrupp: Allmänläkare

22 onsdag, kl 13.00–16.30; lunch från kl 12.30
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bjuder in till en
eftermiddag med fokus på sjukskrivningsfrågor:
Otyg eller processtödjande intyg?
Plats: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen,
Hantverkargatan 11b, lokal Mästaren
Målgrupp: Läkare

22 onsdag, kl 14.00–16.00
Vad är palliativ vård
Plats: Geriatriken hus 42, Danderydssjukhus, samlingssalen bv
Målgrupp: Läkare

22 onsdag, kl 18.00–19.30, buffé från kl 17:00
Onsdagsseminarium med tema:
Nya och gamla antikoagulantia vid förmaksflimmer
Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17
Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

23 torsdag, kl 14.00–16.00
Diabetes – en folksjukdom
Plats: CapioGeriatrik, Åstorpsringen 6, Enskededalen,
Aulan /samlingssalen, plan -1
Målgrupp: Sjuksköterskor

JUNI

10–11 måndag–tisdag, kl 09.00–16.00
Internat:
Kurs i Kritisk läkemedelsvärdering
Plats: Sästaholm hotell och konferens, Täby
Målgrupp: Läkare