



Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

TEMA: Diabetes



Eva Toft, överläkare, docent, mottagningen
för endokrinologi och diabetes, Ersta sjukhus.

Slut på industribetalda
kongressresor

■ SID 2

Nya nationella riktlinjer
vid diabetes

■ SID 4

Dubbel diabetesrisk
hos invandrargrupp

■ SID 6

Kulturanpassad
screening av diabetes

■ SID 8

Farsta tar hjälp av NDR
i förbättringsarbetet

■ SID 10

Effekt av SSRI hos äldre
tveksam på kort sikt

■ SID 12

IMPROVE-IT ändrar inte
lipidrekommendationer

■ SID 13

Läkemedel vid hepatit C
– botar till hög kostnad

■ SID 14



Inga fler resor på industrins bekostnad

■ ■ ■ Den senaste överenskommelsen om samverkansregler mellan den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin gäller från den första januari 2014, men det är först från och med januari 2015 som den trätt i kraft fullt ut.

Den stora skillnaden från årsskiftet 2015 är att industrin inte längre får betala 50 procent av resekostnader, kost, logi eller deltagaravgift vid sammankomster anordnade av tredje part. Det är huvudmannen, alltså arbetsgivaren, som ska stå för hela kostnaden.

Syftet med överenskommelsen om samverkansregler mellan Sveriges kommuner och landsting, SKL, och läkemedelsindustri, laborieteknisk industri liksom medicinteknisk - är att värna om en samverkan som inte kan innebära tveksamheter om parternas olika roller i samverkan. Rollerna är en konsekvens av skilda verksamhetssyften. Industrin har ett ansvar mot sina aktieägare och sjukvårdspersonalen har patientens intressen som sitt yttersta ansvar.

Obunden fortbildning finns

Riktlinjerna formuleras i överenskommelsen för en mängd olika typer av samverkan. Långsiktigt har ingen av parterna något att tjäna på att brista i trovärdighet genom att inte följa de regler och lagar som finns. Om reglerna inte följs riskerar alla parter ett förlorat förtroendekapital. Detta är oerhört viktigt för verksamheten inom hälso- och sjukvårdssektorn.



Malena Jirlow, kommunikationsstrateg, Avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin

De flesta förskrivare som kommer i kontakt med industrin gör det i samband med sponsrade utbildningar och vid produktinformationsmöten. Då gäller måttlighet som princip. Inbjudan till aktiviteter ska skickas till verksamhetschefen och kopior får skickas till målgruppen. Som inbjuden ansvarar du själv för att inhämta arbetsgivarens godkännande. Helst ska sammankomst med industrin ske i grupp, på arbetsplatsen och under arbetstid.



Arbetsgivaren får härnäst betala hela kostnaden för kongressresan.

Sammankomsterna innebär en möjlighet för påverkan och marknadsföring. Det ger en chans till nödvändig information om produkter som används i den kliniska vardagen. Samtidigt exponeras deltagaren för en gallrad och besuren del av den vetenskapliga dokumentationen. Det är svårt och tidskrävande att se hålen i en skicklig redogörelse från marknadsaktören och det kräver ofta ett tränat öga.

Därför är Stockholms läns läkemedelskommitté angelägen om att ge producentoberoende information till förskrivarna. Kommittén fortbildar årligen 25 000 läkare och sjuksköterskor vid ca 950 olika utbildningstillfällen.

Det ska nu bli intressant att se hur denna nya avtal påverkar marknadsaktörerna som är kreativa när det gäller att anpassa sig till nya marknadssituationer och nå ut till kunderna. Även om resandet för läkare på internationella kongresser kan antas minska framöver så kommer vi säkert att se mycket mer av seminarier och sammankomster arrangerade av industrin på hemmaplan som har till uppgift att sprida sammanfattningar av kongresser bland läkarkåren.

MALENA JIRLOW

■ **Läs mer:** Frågor och svar om samverkansregler, Sveriges kommuner och landsting: <http://korta.nu/mb5>

Vad betyder de nya nationella diabetesriktlinjerna för vården?



Birgitta Sundkvist, allmänläkare vid Beckomberga vårdcentral

– Som läkare är man ofta rädd att göra fel så det är viktigt att få stöd om behandling. De nya diabetesläkemedlen har jag inte riktigt vågat skriva ut än, och i riktlinjerna sätter man ju ner foten om att de har låg prioritet.



Anders Loohagen, husläkare, Odenplans läkarhus:

– De kommer inte att förändra så mycket för min verksamhet. Diabetes är en sjukdom som patienten själv måste ta hand om men doktorn måste hjälpa patienten att hjälpa sig själv. Det gäller att träffa patienten

ofta, det första året kanske upp till fem gånger, att följa upp hur det går och att erbjuda vård hos distriktssjuksköterska med diabetesutbildning. Vi har länge arbetat med livsstilsförändringar som kost och fysisk aktivitet där det viktiga är lågintensiv träning under lång tid. Det här är punkter som blir mer belysta i riktlinjerna så att vi får stöd för det vi håller på med.



Enikő Fodor, specialist i internmedicin vid Medicinkliniken, Danderyds sjukhus

– De kommer att innebära att vi inte bara ska behandla ett enskilt värde, som kolesterol eller blodsocker, utan att vi istället sammanväger

alla faktorer som ger ökad risk för komplikationer och hjärtkärlsjukdom vid diabetes. Att skatta den totala risken får större betydelse nu.

Så kan vi förbättra diabetesvården i SLL



Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer för diabetes mellitus innebär i någon mån ett paradigmskifte för diabetesvården. Eftersom hjärtkärlsjukdom drabbar personer med diabetes mellitus i mycket hög utsträckning är fokus nu att bedöma och behandla risken för hjärtkärlsjukdom. Använd riskkalkylator (NDR), behandla blodtryck, behandla fler med statin, och identifiera patienter med mikroalbuminuri. Det är viktigt med bra blodsockerinställning vid nydiagnosticerad diabetes typ 2, men var försiktig vid behandling hos dem med lång diabetesduration och ökad hjärtkärlrisk. Nyare blodsockersänkande läkemedel har måttlig effekt och är lågt prioriterade av Socialstyrelsen. När metformin inte är tillräckligt, starta insulinbehandling före olika försök med olika blodsockersänkande läkemedel enligt de uppdaterade nationella riktlinjerna.

Behandlingen av diabetes mellitus inom SLL är väl i linje med rekommendationerna från Socialstyrelsen och vi har enligt uppföljningarna i öppna jämförelser en bra vård. En stor eloge till alla förskrivare inom SLL som enligt rapporterna erbjuder patienterna behandling enligt bästa tillgängliga evidens.

Men den kan bli ännu bättre. Se flera exempel i detta nummer av Evidens.

Nya effektiva läkemedel finns nu vid hepatit C. Dock gör de höga priserna för läkemedlen att bara de svårast sjuka kan erbjudas behandlingen. Det är glädjande att det utvecklas nya läkemedel för sjukdomar som inte har haft en effektiv terapi, eller där tidigare behandlingar ger besvärliga biverkningar. Men ett bekymmer är prissättningen, svårigheter att prioritera mellan sjukdomar och undanträngningseffekter. Hur ska vi prioritera mellan terapier och sjukdomar och andra åtgärder som behövs för att förbättra folkhälsan?

Detta är en utmaning för professionen och för sjukvården i sin helhet.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

Docent, överläkare,

Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL Nr 2, 2015 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · Karin Nordin, chefredaktör, apotekare · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare (tjänstledig) · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Layout: Soya · E-post lakemedelskommitten@sll.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2015 · Omslagsbild: Eva Toft, överläkare, docent, mottagningen för endokrinologi och diabetes, Ersta sjukhus, foto: Kari Kohvakka · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: lakemedelskommitten@sll.se

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL, är medlem i ISDB, International Society of Drug Bulletins, ett nätverk av obundna läkemedelstidskrifter med målet att främja internationellt utbyte av högkvalitativ information om läkemedel och terapier. Hemsida: www.isdbweb.org



Använd riskmotorn vid diabetes

Det finns redan vid lindrig glukosstegring en ökad risk för komplikationsutveckling och det är därför viktigt att hitta och behandla diabetes tidigt, i första hand med livsstilsförändringar i kombination med metformin. De reviderade nationella riktlinjerna för diabetesvård lyfter särskilt fram förebyggande av komplikationer.

Av Eva Toft, överläkare, docent, mottagningen för endokrinologi och diabetes, Ersta sjukhus. Ordförande i specialitetsrådet för endokrinologi och diabetologi, Stockholms medicinska råd.

Enligt de nya riktlinjerna bör riskmotorn i det nationella diabetesregistret, NDR, användas för skattning av hjärt- kärlrisken hos den enskilda patienten. I riskmotorn inkluderas förutom ålder och diabetes-duration förändringsbara riskfaktorer som rökning, total- och HDL-kolesterol och glukos- respektive blodtryckskontroll. Riskmotorn är framtagen för både typ 1- och typ 2-diabetes, är enkel att använda, men kräver idag en del klickande och kan därför bli svår att hinna med i den kliniska vardagen. En automatisk överföring av data från journalen är utlovad! Riskmotorn är ett komplement vid patientsamtalet för att motivera till förändring och finns på www.ndr.nu/risk/.

Rekommendationen om statinbehandling i de nya riktlinjerna skiljer sig från tidigare på så sätt att man nu fokuserar på total hjärtkärlrisk och rekommenderar behandling vid mycket hög och hög risk (>20 respektive >8 procent risk för kardiovaskulär händelse inom fem år i NDR:s riskmotor). Med LDL-kolesterol kan följsamhet till behandlingen monitoreras, men LDL kommer inte längre att ingå som indikator för

diabetesvård. Patienter med etablerad hjärt- kärlsjukdom eller måttlig till svår kronisk njursvikt har en mycket hög kardiovaskulär risk och bör i de flesta fall ha behandling med lipidsänkande läkemedel. Generellt blodtrycksmål är högre än i tidigare riktlinjer; <140/85. Dock gäller fortfarande att ett lägre mål bör uppnås hos personer med albuminuri eller andra tecken på njurskada, samt för unga. Rökstopp är en av de absolut viktigaste hälsoåtgärderna som kan vidtas och i Stockholm är det tyvärr en fortsatt hög andel personer med diabetes som röker.

Nytt och högprioriterat i riktlinjerna är att hänvisa personer med diabetes och ökad risk för försämrad munhälsa som tandlossning och karies till tandvård. Något som kan ha stor effekt på glukoskontrollen. Tyvärr är det särskilda tandvårdsbidraget för förebyggande vård långt ifrån tillräckligt för dem med stora behov och dessutom endast tillgängligt vid svårbehandlat högt blodsocker (upprepat HbA_{1c} >73 mmol/mol under minst sex månader).

Skilj på olika typer

Inom begreppet diabetes ryms ett antal olika sjukdomar med kroniskt förhöjt blodsocker som gemensam nämnare, men som på många sätt är ganska olika för övrigt. Eftersom de olika formerna har olika genes skiljer sig även behandlingen. Den vanligaste diabetesformen, cirka 85 procent, är typ 2-diabetes, som främst drabbar medelålders och äldre personer. Vid typ 2-diabetes finns ofta, men inte alltid, samtidig övervikt eller bukfetma, hypertoni och lipidrubbing.

Inom typ 2-diabetes ryms flera undergrupper där insulinbrist eller nedsatt insulinfrisättning respektive insulinresistens är mer eller mindre dominerande. I många fall av typ 2-diabetes finns en genetisk rubbing som påverkar insulinfrisättningen negativt. Det gör att en person med detta arv inte kan öka insulinfrisättningen för att kompensera en uppkom-





Eva Toft med patienten
Annelie Sjöström.

men insulinresistens. En mild hyperglykemi kan vid typ 2-diabetes länge gå oupptäckt.

När en ung person drabbas av diabetes är typ 1-diabetes den absolut dominerande diabetesformen. Typ 1-diabetes är autoimmunt orsakad och man kan numera mäta flera av de antikroppar som ger upphov till sjukdomen, GAD och IA2. Men varken ålder eller övervikt är skydd mot typ 1-diabetes, som alltså även kan drabba äldre och då även i en mildare variant, LADA. Förutom dessa finns även de olika ärftliga MODY-formerna, som beror på mutation i en enstaka insulinproduktionsgen. MODY bör misstänkas när flera släktingar insjuknat i antikroppsnegativ diabetes som unga vuxna. MODY är särskilt viktig att känna igen hos en ung person eftersom sjukdomen sällan behöver behandlas med insulin.

Många läkemedel olika prio

Komplikationer från ögon, njurar, nerver, hjärta och kärl innebär stort lidande för den enskilda patienten och en hög kostnad för samhället. I Stockholms läns landsting har de direkta kostnaderna för diabetes sen länge utgjort nära 10 procent av sjukvårdsbudgeten och utgörs främst av kostnader för komplikationer såsom amputationer, njursvikt, stroke och hjärtinfarkt.

Intensiv blodglukossänkande behandling i syfte att nå bästa möjliga glukoskontroll och minska komplikationsrisken rekommenderas med hög prioritet till alla med dia-

betes. Detta förutsatt att det kan ske utan hypoglykemier, viktökning eller försämrad livskvalitet. Vid typ 2-diabetes gäller rådet främst dem med kort sjukdomsduration eftersom flera stora studier visat risker med för låga HbA_{1c}-mål för personer med lång sjukdomsduration. Ett antal glukos-sänkande läkemedel står till förfogande vid typ 2-diabetes, men med varierande prioritetsgrad i riktlinjerna.

Metformin utgör basen i läkemedelsbehandlingen och som nästa steg i behandlingstrappan kommer insulin och med något lägre prioritet de insulinfrisättande läkemedlen repaglinid och sulfonureider. För personer med fetma och där insulin och insulinfrisättare kan innebära risk för ytterligare viktökning är GLP-1-analoger som till exempel exenatid (Bydureon, Byetta), liraglutid (Victoza) och lixisenatid (Lyxumia) ett alternativ som tillägg till metformin. De prioriteras på grund av en viss viktminskande effekt. DPP-4-hämmare, till exempel sitagliptin, glitazon (Actos), akarbos (Glucobay) och SGLT2-hämmare; dapagliflozin (Forxiga) har lägre prioritet av antingen effekt-, kostnads- eller säkerhetsskäl. För enstaka patienter kan de vara alternativ som fungerar väl, se viss.nu, men de rekommenderas inte i Kloka Listan.

Flera nya läkemedel är under utveckling, bland annat kombinationspreparat med GLP-1-analog och insulin, nya SGLT2-hämmare, inhalerbart insulin (igen) och insulinpumpbehandling för typ 2-diabetes. Det är ännu för tidigt att säga något om betydelsen av dessa, ofta dyra, alternativ.

Dubbel diabetesrisk hos invandrargrupp

Personer som härstammar från Mellanöstern har klart högre risk att insjukna i diabetes och hjärtsjukdom. Det kräver att svensk vård anpassas för att upptäcka diabetes tidigt hos alla och för att bemöta patienten på ett kulturanpassat sätt.

Av Per Wändell, distriktsläkare och professor, Akademiskt primärvårdscentrum, APC, ledamot i expertrådet Endokrinologiska och metabola sjukdomar, Stockholms läns läkemedelskommitté

I Sverige utgör invandrare från Mellanösternregionen drygt 20 procent av alla utlandsfödda. Denna grupp har en ökad risk om 2–4 gånger för diabetesutveckling jämfört med infödda svenskar. Med ett ökat antal flyktingar från Syrien och Irak kan vi förvänta oss ett ytterligare antal personer med diabetes från den regionen under kommande år. Därtill tycks bra blodsockernivå, mätt som HbA_{1c}, svårare att nå hos dessa personer. Många invandrargrupper har också en ökad risk för hjärtkärlsjukdomar, framför allt kranskärlssjukdom, med diabetes som en stark riskfaktor.

Migration ökar risken

Diabetes är en urgammal sjukdom, med det första skriftliga belägget från det gamla Egypten för 3 500 år sedan. Idag är den spridd över hela världen och globalt sett har man talat om en kommande diabetesepidemi, där den största ökningen förväntas ske framför allt i Asien och Afrika. I Gulf-staterna i Mellanöstern ligger diabetesförekomsten på upp mot 30 procent, och merparten av världens diabetespatienter är antingen kineser eller indier. I Sverige tycks däremot diabetesförekomsten vara relativt konstant, dock med en viss ökning beroende på ökad överlevnad och en åldrande befolkning.

Klassiska migrationsstudier visar att vid migration från ett mindre till ett mer industrialiserat land ökar både vikt, blodtryck och risk för diabetes. Till exempel har det visats att förekomsten av diabetes ökar för personer från den indiska subkontinenten som flyttar till Storbritannien. För de nordiska länderna är det

också sedan början av 2000-talet påvisat att personer från olika icke-europeiska regioner har en ökad diabetesförekomst. Kvinnor från indiska subkontinenten i Danmark och Norge har till exempel 10–12 gånger ökad förekomst jämfört med etniska danska och norska kvinnor. Även i Sverige har kvinnor från Mellanöstern en högre relativ risk jämfört med de svenskfödda. Detta har också betydelse för graviditetsdiabetes, som är klart vanligare hos kvinnor från Mellanöstern.



Per Wändell, distriktsläkare och professor, Akademiskt primärvårdscentrum, APC

FOTO ULF HINDS

” I sjukvården måste vi vara medvetna om risken, och vara frikostiga med att ta diabetesprover i samband med läkarbesök även för andra orsaker.

Orsaker till ökad risk

Vad kan ligga bakom den förhöjda risken? Ärftliga faktorer har troligen betydelse, och folk från Mellanöstern tycks utveckla typ 2-diabetes tidigare än nordiska befolkningar, och även vara mer insulinresistenta. Livsstilsfaktorer påverkar rimligen risken, och då en låg fysisk aktivitet och ett för högt födointag i förhållande till aktivitetsnivån. Söta bakverk är en naturlig del av

matkulturen i ursprungsländerna. Rökning är också en riskfaktor för diabetesutveckling, och efter rökstopp tar det upp till 20 år innan överrisken för utveckling av typ 2-diabetes gått ned till nivåer som hos dem som aldrig rökt.

Överrisken i kranskärslssjukdom och stroke vid diabetes är starkt kopplad till rökning och hypertoni. Rökning är vanligt i många invandrargrupper, medan blodtrycket oftast är lägre än hos svenskfödda eller invandrare från europeiska länder. Det är visat att stress ökar risken för övervikt, typ 2-diabetes och hjärtkärlsjukdom. Det finns dock inga övertygande studier som visat vilken betydelse stress kan ha för diabetesutveckling hos flyktingar från krigsdrabbade länder.

Sjukvårdens kulturkompetens

Vad kan och bör göras för att förebygga diabetes hos de utsatta grupperna, särskilt hos invandrare från Mellanöstern? Information om risk bör ges allmänt i samhället. I sjukvården måste vi vara medvetna om risken, och vara frikostiga med att ta diabetesprover i samband med läkarbesök även för andra orsaker. Opportunistisk screening kan upptäcka personer med diabetes eller prediabetes tidigt.

Det är även visat att blodsockernivåerna för patienter från Mellanöstern är svårare att normalisera. Detta har betydelse då målet i tidiga skeden av typ 2-diabetes är att normalisera blodsockernivån för att förebygga komplikationer. Våra patienter åker ofta även till sitt hemland sommardag och konsulterar gärna en läkare där, och uppfattning om och behandling av diabetes tycks skilja sig mellan våra länder.

Modern diabetesbehandling bygger på att alla riskfaktorer behandlas samtidigt. En bra livsstil med rökstopp, viktnedgång, en balanserad kost och regelbunden fysisk aktivitet utgör basen i behandlingen. Då typ 2-diabetes ofta är läkemedelskrävande behövs också information till patienterna om detta. Patientutbildning vid diabetes är viktig, då diabetesbehandlingen bygger mycket på egenvård, där kunskap om sjukdomen och dess behandling utgör en hörnsten. Allt detta ställer höga krav både på patienter och behandlande sjukvårdspersonal. Målsättningen vid diabetesbehandling är att förebygga komplikationer och att behålla en god livskvalitet. För en god livskvalitet måste även annan samtidig sjuklighet uppmärksammas, inte minst psykisk samsjuklighet, där även insatser från kuratorer och psykologer kan vara aktuella.

Kunniga och motiverade patienter är en viktig del för att kunna förebygga diabeteskomplikationer. Detta ställer då krav på kulturkompetens i vården. Det har hittills saknats en övergripande modell för detta, men förhoppningen är att landstinget inom något år ska kunna erbjuda detta.



Marina Stenbäck utbildar grupputbildningsledare.

FOTO KARIN NORDIN

Grupputbildning stärker metabol kontroll

Av Karin Nordin

Utbildning i grupp kan ha lika stor effekt som läkemedelsbehandling och fler diabetespatienter bör därför få tillgång till det.

Alla med diabetes typ 2 ska erbjudas grupputbildning inom ett år från debut och därefter vart femte år. Det rekommenderar Nationella programrådet för diabetes. De Nationella riktlinjerna prioriterar också gruppbaserad utbildning högt (3, 4).

— Målet är att få en patient som är delaktig i sin vård och som tar ansvar för sin sjukdom och behandling, säger Marina Stenbäck, distriktssköterska, vårdutvecklingsledare diabetes vid Akademiskt primärvårdscentrum.

Utbildning leder till bättre glukoskontroll och livsstilsförändringar, att patienten förstår och kan hantera sin sjukdom bättre. Ett utbildningsprogram är ofta upplagt med fyra till sex träffar med olika teman, till exempel vad sjukdomen innebär, behandling, komplikationer, mat och fysisk aktivitet.

— Patienter får inte den utbildning de behöver, det visar flera olika studier. Enligt våra beräkningar är det bara 10–15 procent av vårdcentraler i Stockholm som erbjuder patientutbildning i grupp.

Det finns nu ett nytt arbetsmaterial från nationella programrådet. Landstinget arrangerar också en implementeringskurs på en heldag för de som vill ha råd och tips om hur grupputbildningar kan genomföras. Kursen har redan hållits vid några tillfällen och ett femtiotal diabetessjuksköterskor har varit med. Drygt 30 vårdcentraler ska starta utbildningar nu. De vårdcentraler som kommer igång kan dessutom få ett ekonomiskt bidrag på 8 000 kronor från diabetessatsningen.

Diabetesscreening kulturanpassas i Flemingsberg

Om patienter med prediabetes eller odiagnostiserad diabetes kan identifieras tidigt kan debuten skjutas upp. Projektet 4D Diabetes undersöker om vi behöver olika metoder för att hitta diabetes i olika populationer.

Av Karin Nordin

– Idag används HbA1c både för diagnos och screening. Men jag har varit tveksam till om vi upptäcker alla på ett rättvist sätt med HbA1c. Jag har tidigare studerat den turkiska invandrapopulationen och där var många verkligen sjuka när vi hittade dem med HbA1c, säger Kristin Hjärleifsdottir Steiner, distriktsläkare vid Flemingsbergs vårdcentral och projektledare inom 4D Diabetes.

Inom projektet erbjuds deltagare gratis screening vid vårdcentralerna i Flemingsberg och Jakobsberg. Idag har snart 600 personer testats med oralt glukostoleranstest, fasteblodsocker och HbA1c. Dessutom utvärderas riskprofilen med hjälp av enkäten Findrisk.

Resultaten hittills pekar på att HbA1c hittar omkring hälften av alla med diabetes. Och metoden verkar trots allt fungera jämnt – lika stor, eller lika liten, andel sjuka identifieras bland européer som hos utomeuropéer. När fasteblodsocker läggs till upptäckts sju av tio med diabetes. Glukosbelastning ger positivt svar på nio av tio personer, men förutom att metoden inte är tillräckligt tillförlitlig är den både för krånglig och för dyr för att vara ett bra screen-

inginstrument, menar Kristin Hjärleifsdottir Steiner.

– I slutändan kanske HbA1c i kombination med fasteblodsocker och riskvalidering kan bli den bästa metoden för att upptäcka tidig diabetes.

Men för att vara på den säkra sidan fortsätter projektet i 4D. Riskenkäten har redan nu förändrats så att ålder över 35 ger riskpoäng för utomeuropeiska grupper. För européer gäller 45 år som lägsta åldersgräns.

Av alla som screenats hittills har tre av tio störd glukosmetabolism medan fem procent visade sig ha utvecklad diabetes.

– Och då är det här ändå bland personer som har valt att gå med i studien. I framtiden ser vi gärna att vi får ett samarbete med psykiatrik och tandvården där vi vet att de behandlar många med diabetesrisk.

FOTO: KARIN NORDIN



4D

är ett samarbetsprojekt mellan SLL och Karolinska Institutet där de fyra diagnoserna hjärtsvikt, bröstcancer, artrit och diabetes typ 2 har valts ut. Målet är att skapa modeller för kunskapsbyggande och informationsöverföring som även kan användas inom fler diagnoser.

FOTO: KARIN NORDIN



Kristin Hjärleifsdottir Steiner

Personligt engagerad

De personer som visar sig ha diabetes eller förstadium till sjukdomen måste förstås också få hjälp med läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar. På vårdcentralen i Flemingsberg är personalen beredd att testa



Bernadetta Waerner, undersköterska vid Flemingsbergs vårdcentral hjälper en patient att fylla i en enkät för projektet 4D.

nya metoder som acceptance and commitment therapy där bland annat mindfulness ingår, trots att det idag saknas evidens för att det skulle fungera.

– Vi har sett att det är svårt med pekpinna i de här grupperna. Vi måste lägga mycket mer krut på att informera än vi gör när vi har med svenskar att göra. Många kommer från en kultur där det inte alls ingår att åka skidor, cykla eller springa.

I ett försök att få igång nya motionsvanor planerar vårdcentralen nu för att ordna tillfällen då man dansar kurdisk dans med patienterna i ett rum i källaren. För några år sedan startade också Kristin Hjärleifsdottir Steiner aktiviteter med stavgång bland turkiska invandrare.

– I början gick jag själv med patienterna på lunchen runt sjukhusområdet i Flemingsberg. Det var viktigt att vara med eftersom många blev rädda när pulsen började slå. För dem var det onaturligt och något man skulle undvika till varje pris. Vi behöver möta olika kulturer på olika sätt och då tror jag det personliga engagemanget gör jätttestor skillnad.

Ojämlig diabetesvård i SLL

Av Sten Holm, handläggare, Stöd för evidensbaserad medicin

Det är stora skillnader i resultaten mellan olika vårdcentraler, vilket till viss del kan bero på socioekonomiska skillnader bland patienterna. Men olikheterna indikerar även ojämlikhet i vården. Att höja lägstanivån bör nu prioriteras.

Flertalet parametrar som speglar diabetesvården i Stockholms primärvård har förbättrats 2014 jämfört med 2013. Det visar data från kvalitetsregistret NDR. För regelbundna fot- och ögonbottenundersökningar och andel icke rökare har stora förbättringar skett och SLL hör till de bästa landstingen (utom för rökning). Men för viktiga målvärden som andel icke rökare och högt blodsocker når SLL inte upp till riksgenomsnittet. De flesta sjukhus i SLL hävdar sig väl gentemot övriga landet.

I SLL finns cirka 111 000 personer med diabetes, varav 10-15 procent har typ 1-diabetes. Under 2014 fick 8 500 individer sin diabetesdiagnos och 30 000 individer bedöms ha oupptäckt diabetes.

Andel patienter som når behandlingsmål och spridning mellan vårdcentraler i Stockholm 2014

	Jämfört med föregående år, % sämre, bättre, oförändrat		Nationellt mål	Spridning mellan VC, %				
	Stockholm	Sverige		0	25	50	75	100
HbA1c > 70 mmol/mol	12	11	<10					
BT < 140/85 mmHg	54	54	≥65					
Andel icke rökare	84	85	≥95					
Fotundersökning senaste året	88	81	≥99					
Ögonundersökning senaste 3 åren	76	71	≥96					

Fot- och ögonundersökningar som registrerats med *ingen uppgift* räknas som ej genomförda till skillnad från i NDR.nu. Källa NDR/S. Holm

Farsta förbättrar sin vård med NDR

Med hjälp av Nationella diabetesregistret, NDR, har det blivit möjligt att arbeta med kvalitetsförbättringar på ett systematiskt och effektivt sätt. Vårdcentralen i Farsta tar nu sin diabetesvård till en ny nivå.

Av Karin Nordin

– Vi tror alltid att vi gör det bästa vi kan för våra patienter. Men om vi inte använder kvalitetsregistret har vi ju ingen aning om hur vi ligger till. Bilderna som vi nu kan få ut ur registret är så pedagogiskt enkla att det inte går att låta bli att förstå, säger Jonas Tovi, diabetesansvarig läkare vid Capio vårdcentral Farsta.

Han har jobbat med diabetes i många år och sett att förutsättningarna för att bedriva god vård har höjts rejält i och med den tekniska utvecklingen av kvalitetsregistret. Själv går han in via TakeCare och Rave för att hämta ut data. Informationen finns också tillgänglig för alla via NDR-knappen på webben. Dessutom är registret nu nästan heltäckande, över 90 procent av alla med diabetes i landet finns med i databasen. I Farsta har antalet patienter ökat från ett 80-tal år 2007 till över 700 patienter idag.

En snabb översyn av de data som samlats ihop i Farsta visade att det fanns störst förbättringspotential inom

områdena lipidstatus, blodtryck, rökning och HbA1c.

– Vi hade usel lipidbehandling tidigare så vi har lagt extra fokus på det och nu ser vi att vi ligger bra till med Stockholmsmått, både vad det gäller LDL-värden och täckning för lipidsänkare.

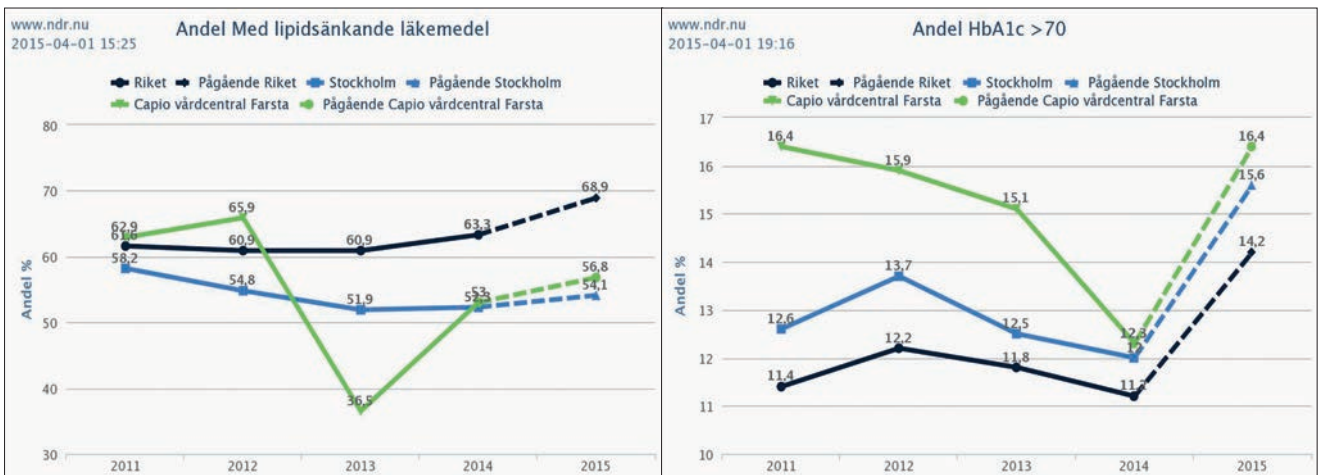
På samma sätt har data gett underlag för förändringar inom blodtrycksbehandling. Rökning är numera något som läkarna tar upp vid varje patientmöte. Särskilt stor kraft har vårdcentralen lagt på att förbättra för patienter med förhöjda HbA1c-värden.

– Vi gjorde en drive i höstas som pågår. Vi tog fram en idérapport på några sidor med en plan för hur vi ska förbättra våra patienters HbA1c-värden. Den presenterade vi på vårdcentralens kvalitetsdag.

Patienter med HbA1c över 69 mmol/mol har blivit särskilt kallade till läkare under vintern för justering av glukosnivåerna och diskussioner om rökning och kostvanor.

Samarbete viktigt

Jonas Tovi kunde också konstatera att det fanns fler patienter än förväntat med nydebuterad diabetes. Dessa patienter och personer med prediabetes bjöds in till en träff och frågestund med läkare, dietist och sjuksköterska. Träffarna kommer att arrangeras igen, fyra gånger per år.



Genom att använda NDR-knappen är det enkelt att ta fram rapporter av det här slaget. Vårdcentralen i Farsta har just kallat alla med höga HbA1c-värden till besök.



Bra diabetesvård bygger på samarbete. Jonas Tovi tycker att stödet från Tuija Peltonen, verksamhetschef Capio vårdcentral Farsta, har varit ovärderligt.

Ett knapptryck för förbättringsarbete!



Med NDR-knappen går det att följa den egna vårdenheten över tid och att jämföra data mellan vårdcentraler i landet. Data redovisas öppet. Idag finns 370 000 patienter registrerade i kvalitetsregistret NDR.

■ <https://ndrstatistik.regis-tercentrum.se/>

– Ett sådant här arbete hade inte varit möjligt utan NDR. Jag gjorde några försök tidigare att ta fram uppgifter ur journalerna, men det är inte lätt att sammanställa och det tar mycket tid som man inte har.

Nu finns informationen bara ett knapptryck bort. Men

det räcker självklart inte med ett bra register. Jonas Tovi framhåller hur viktigt det är att han fått chefens stöd och att han kan arbeta tillsammans med två kunniga och entusiastiska diabetessjuksköterskor.

Kunskapsstöd för bättre diabeteshälsa

De kunskapsunderlag som tagits fram av Nationellt programråd diabetes svarar mot områden med stora brister i rådande kunskap och rutiner.

Av Sten Holm, handläggare vid Avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin

Kunskapsstöd finns tillgängliga för:

- Behandlingsstrategier (för typ 1, typ 2 och barn) – stöd för att systematiskt identifiera och behandla riskpatienter med höga HbA_{1c}-värden.
- Grupputbildningsmaterial – stöd för att komma igång med grupputbildning.
- Nationellt vårdprogram för äldre med diabetes inklusive

en webbaserad utbildning för personal i hemsjukvård och vårdboende.

- Framgångsfaktorer i primärvården, bland annat fokus på patientens målvärden och insatser för patienter med sämre värden.

Information om de nya kunskapsstöden har spridits till alla berörda verksamheter på ett flertal sätt. Totalt har personal från 110 vårdcentraler deltagit i informationsinsatserna. Några positiva resultat av implementeringen kan skönjas. Under år 2014 har till exempel andelen individer med HbA_{1c} > 70 mmol/mol minskat, med stor förbättring bland enheter med tidigare dåliga resultat.

■ **Läs mer:** Beställ underlagen hos SKL: <http://korta.nu/NT4>

Få bra studier om antidepressiv behandling hos äldre

Nytan av SSRI vid unipolär depression hos äldre var i korttidsstudier inte påtagligt bättre än placebo. Det visar en aktuell SBU-rapport. Hos de patienter som blev bättre av SSRI kunde underhållsbehandling i upp till ett år förebygga återinsjuknande.

Av Elin Jerremalm

Förutom sju studier med selektiva serotoninåterupptags-hämmare, SSRI, analyserades tre randomiserade studier vid återkommande depression hos äldre med den selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmaren duloxetin (Cymbalta). Duloxetin gav en något bättre effekt än placebo på kort sikt, men gav ofta även biverkningar som till exempel muntorrhet, förstoppning, yrsel och diarré.

– Det är alltid en individuell bedömning vilken behandling patienten ska få. Depression hos äldre är en allvarlig sjukdom med hög dödlighet och patienten måste få tillräcklig läkartid och en riktig diagnos. Många kroppsliga sjukdomar ökar risken för depression och omvänt

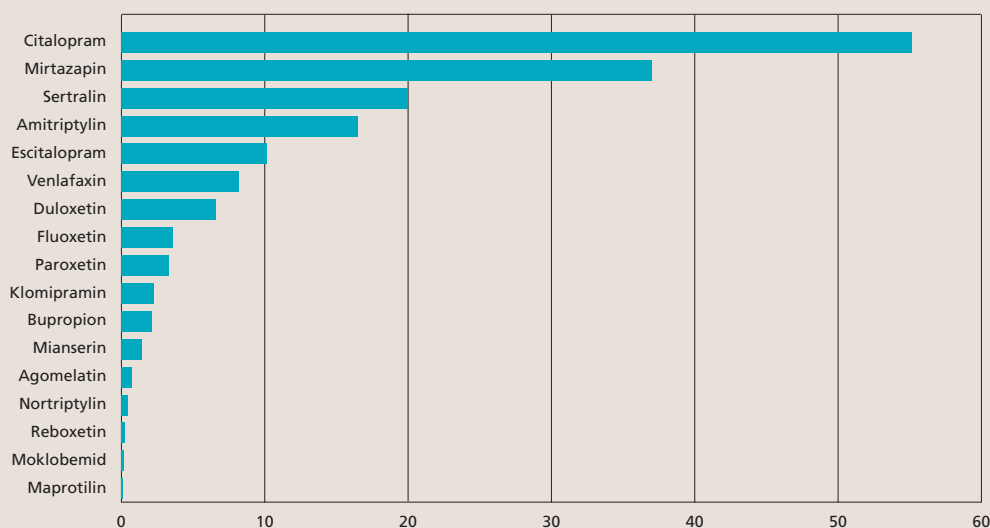
försämrar depression prognosen för somatiska sjukdomar. Depressionsbehandling handlar också om att se till patientens hela livssituation. Svåra livsvillkor underhåller depressioner. Äldre som vårdar en demenssjuk make/maka har ett helt annat liv än den som kan resa och roa sig. God uppföljning är förstås väldigt viktigt, säger överläkare Karin Sparring Björkstén, med dr, specialist i psykiatri och geriatrik, ledamot i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för psykiatriska sjukdomar.

Annan effekt hos äldre

Hos äldre med depression är kroppsliga och kognitiva symptom vanliga och kan vara mer framträdande än affektiva symptom. Behandlingseffekten hos äldre kan därför skilja sig från den hos yngre. Normalt brukar det ta mellan två och åtta veckor innan en påtaglig effekt på depressionssymptomen kan förväntas. Hos äldre tar det i regel längre tid och de kan dessutom behöva en mer försiktig dositering.

– Många äldre har långvariga symptom, men långtidsstudier saknas tyvärr till stor del när det gäller behandling av depression hos äldre. Det är svårt att se vilket värde

Antal patienter / 1000 invånare; ålder 65 år+



Citalopram vanligast

Antal patienter 65 år och äldre / 1000 invånare i Stockholm som hämtat ut något av läkemedlen mot depression 2014. Totalt antal patienter 65+ med ett eller flera olika antidepressiva under 2014: 143/1000 invånare. Citalopram rekommenderades som förstahandsalternativ vid depression där läkemedel är indicerat i Kloka Listan 2014.

Källa:
www.socialstyrelsen.se/S.Rongre

korttidsstudier har vid dessa tillstånd, säger Karin Sparring Björkstén.

I åldersgruppen över 85 år, hämtade 26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen ut antidepressiva läkemedel minst tre gånger under år 2010 i Sverige. I åldersgruppen 65–74 år var motsvarande resultat 10 procent respektive 5 procent.

Problemlösning en möjlighet

Problemlösningsterapi lindrade depressionssymtom hos äldre enligt fem mindre amerikanska studier, men tillgången till sådan behandling är begränsad. Problemlösningsterapi går ut på att patienten identifierar ett eller flera problem i vardagen, genererar alternativa lösningar, väljer en lösning, gör en plan för genomförande och genomför

planen. Slutligen sker en utvärdering av hur det fungerat.

– Psykologisk behandling erbjuds i mycket liten utsträckning till äldre. Det behövs fler och större studier för att ta reda på vilka typer av psykologisk behandling som ger bäst effekt, säger Karin Sparring Björkstén.

Åldersgruppen 65 år och äldre utgör idag knappt en femtedel av Sveriges befolkning och är snabbt växande. År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige tillhöra åldersgruppen. För de flesta av slutsatserna i rapporten fanns endast ett begränsat eller otillräckligt vetenskapligt stöd.

■ **Läs mer:** Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depression hos äldre. Rapport januari 2015 <http://sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-depression-hos-aldre/>

IMPROVE-IT ändrar inte våra lipidrekommendationer

Den mycket omfattande IMPROVE-IT studien jämförde tillägg av ezetimib (Ezetrol) 10 mg/dag eller placebo till simvastatin 40 mg/dag. Den presenterades vid det Amerikanska hjärtmötet i november, men har förvånansvärt nog inte publicerats ännu.

Av Expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar

Studien avsåg högriskpatienter som vårdats för instabil angina eller hjärtinfarkt högst 10 dagar innan inklusion vilka hade LDL-kolesterol 1,3–3,2 mmol/l och minst ytterligare en högriskfaktor som flerkärlssjuka, diabetes, perifer eller cerebrovaskulär sjukdom. De 18 144 patienterna följdes upp i sju år vilket motsvarade cirka 100 000 patientår.

Primärt kombinerat effektmått var kardiovaskulär död, hjärtinfarkt, instabil angina, revaskularisering eller stroke. LDL-kolesterol sänktes med 23 procent med ezetimib jämfört med placebo och LDL-nivåerna var i genomsnitt 1,4 respektive 1,8 mmol/l under studien.

För det primära effektmåttet var den relativa riskminskningen med ezetimib jämfört med placebo 6,4 procent, med en absolut riskminskning av 2,0 procent (0,3 procent/år). Number needed to treat, NNT, för sju års behand-

ling var 50, motsvarande 350 på årsbasis. Den relativa riskminskningen för de hårda utfallen total död, allvarlig kranskärlshändelse eller stroke var 5,2 procent med NNT = 63 för sju års behandling. Total eller kardiovaskulär död påverkades inte.

En *on treatment*-analys föranledd av att drygt 7 000 patienter inte fullföljde behandlingen visade liknande resultat. Tolerabiliteten av ezetimib rapporterades vara god och de många bortfallen berodde kanske på att patienterna helt enkelt tröttnade på studien. Publikationer emotses.

Denna megastudie är värdefull i så måtto att den visar att ezetimib kan minska insjuknanden i aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, men inte överlevnaden. Behandlingsvinsten var dock mycket liten trots mycket hög risk hos patienterna. Kostnaden för att förhindra en primär händelse i den aktuella patientgruppen blir 1,4 miljoner kronor med dagens svenska pris på ezetimib. Ett enklare och billigare alternativ till att lägga till ezetimib är att behandla patienter med mycket hög risk med atorvastatin 80 mg/dag i stället för med ordinär statindosering. För patienter med mycket hög risk som inte tolererar hög dos av en rekommenderad statin kan tillägg av ezetimib övervägas.

Hepatit C-läkemedel – bot till hög kostnad

De nya läkemedlen mot hepatit C är mycket effektiva och kan ge bot mot en livshotande sjukdom. Samtidigt är de så dyra att de hotar att slå undan andra behandlingar. Situationen blir särskilt speciell med tanke på att preparaten går under smittskyddslagen. Hanteringen sker nu med ett nationellt ordnat införande där det råder konsensus om att bara ge läkemedlen till de som är svårast leversjuka.

Av Karin Nordin

I dagsläget får alltså inte alla patienter med kronisk hepatit C-infektion tillgång till de nya läkemedlen. Soo Aleman, biträdande överläkare och docent vid Gastrocentrum medicin och Infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset och en av de som ingått som expert i den nationella införandeprocessen, menar ändå att hepatit C nu bör få större uppmärksamhet inom primärvården.

– Det finns patienter i primärvården som har en odagnostiserad smitta. Om levervårderna är förhöjda är det kanske lätt att tro att det beror på något annat, som en hög alkoholkonsumtion. Men glöm då inte bort att testa för virushepatit vid transaminasstegringar, säger hon.

Personer med tidigare eller nuvarande intravenös droganvändning bör få tillgång till test. Det gäller också

patienter som har fått blodtransfusion före 1992, som var för tidigt födda och legat på neonatal avdelning mellan 1965–91 eller de som hjärtopererats som barn. Detta gäller oavsett leverprovsförhöjningar. Personer från högendemiska länder kan också behöva testas. I Egypten bär nästan var femte person på viruset som ett resultat av tidigare massvaccinationer mot snäckfeber.

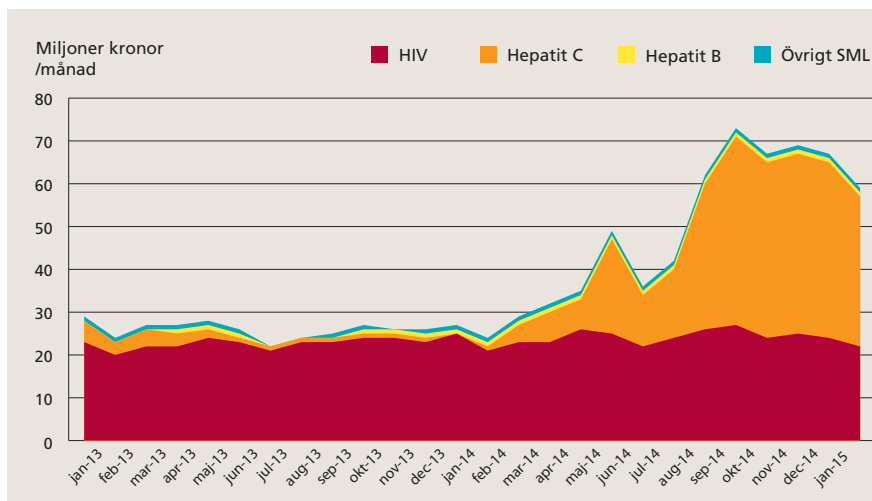
– De tidigare interferonbehandlingarna har många biverkningar som gör att de inte passar för många patienter. Idag har vi säkert många personer inom psykiatri som vi tidigare nekat behandling på grund av interferoners psykiska biverkningar och som borde skickas tillbaka till infektionskliniken för behandling och uppföljning.

Håller vad de lovar

Soo Aleman menar att de nya läkemedlen hittills är så bra i praktiken som utlovats av företag och i medier. Vid Infektionskliniken i Huddinge har drygt 300 allvarligt sjuka patienter nu fått de nya läkemedlen.

– Det är tabletter som är enkla att ta och få avbryter på grund av biverkningar. Behandlingslängden är kortare idag, det normala är tre månaders behandling med de nya läkemedlen.

Läkemedel för en patient kostar i dagsläget från 400 000 till en miljon kronor. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV har beslutat att preparaten bara ska ingå i läkemedelsförmånen för de svårast sjuka med fibrosstadium F3



Läkemedel på recept fritt utlämnat mot sjukdom enligt Smittskyddslagen inom Stockholms läns landsting, miljoner kronor per månad. Kostnaden för hepatit C-läkemedel i hela landet är beräknad till 1,2 miljarder kronor under 2015 och 70 procent av det ersätts av staten enligt ett avtal mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

Källa: VAL/S. Ronge

Läkemedel vid hepatit C

Omkring 45 000 personer i Sverige har kronisk hepatit C. De nya läkemedlen måste i de flesta fall kombineras för tillräcklig effekt. De har direkt antiviral verkan och är till exempel polymerashämmare som är nukleotidanaloger eller icke-nukleotider, proteashämmare eller NS5A-hämmare. För tillfället finns på marknaden:

- sofosbuvir (Sovaldi)
- ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (Viekirax)
- simeprevir (Olysio)
- dasabuvir (Exviera)
- daklatasvir (Daklinza)
- ledipasvir/sofosbuvir (Harvoni)

och F4, där F4 innebär levercirros. Men eftersom läkemedlen samtidigt faller under smittskyddslagen ska de tillhandahållas kostnadsfritt till patienten. I det nationella samarbetet för ordnat införande prioriteras de svårast sjuka.

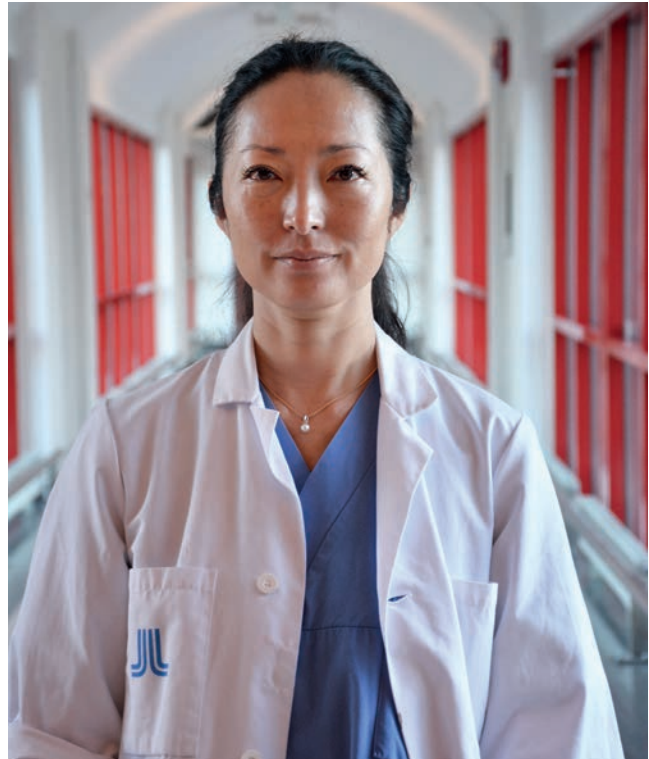
– Till att börja med måste vi fokusera på de tusentals människor som har varit smittade länge och som idag har skrumplever eller avancerad fibros. Men efter det måste vi också satsa på de med måttlig ärrbildning i levern, det vill säga fibrosstadium F2, de bör få behandling innan de utvecklar mer avancerad sjukdom.

En fjärdedel av de som smittas blir friska utan behandling, medan tre fjärdedelar utvecklar en kronisk infektion. Tre av tio smittade går vidare till fibrosstadium F2 och uppåt.

– Men för de med fibrosstadium F2 behöver man inte ha bråttom utan vi kan vänta tills läkemedlen får lite lägre priser. Det tar 20–30 år att gå från stadium F0 till F4. Däremot kan jag förstå patienters frustration över att bli nekade behandling i nuläget, när de har burit på en smitta som kan vara stigmatiserande och psykiskt påfrestande och väntat länge på mediciner. När medicinerna nu äntligen finns tillgängliga, så kan vissa inte få dem.

Under 2014 ökade utgifterna för smittskyddsmedel inom Stockholms läns landsting med 250 miljoner kronor och den största delen av det beror på hepatit C-läkemedlen. Det finns en oro för att läkemedlen ska tränga ut andra behandlingar inom vården.

– Samtidigt ska man tänka på att hepatit C redan idag orsakar stora kostnader relaterade till leverskador och att de kommer att öka i framtiden om vi inte gör något åt sjukdomen. Hepatit C har blivit en av de ledande orsakerna till levertransplantation. Om vi kan behandla bort denna infektion hos de mest leversjuka och undvika levertransplantation hos dem, så är det inte bara vinst för hepatit C-infekterade utan även för andra patientkategorier som behöver en ny lever, avslutar Soo Aleman.



Leversjukdom är sällan något som en patient själv är uppmärksam på eller söker för eftersom symtomen kommer sent i sjukdomsförloppet och kan bestå av enbart lätt trötthet, säger Soo Aleman.

Nationellt ordnat införande av nya läkemedel

I arbetet med landstingsgemensamma införande- och uppföljningsprotokoll deltar landstingen, Sveriges kommuner och landsting, TLV, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Rådet för nya terapier, NT-rådet, beslutar om rekommendationer. Syftet är att skapa en jämlik vård över hela landet.

Införandeprotokollet för hepatit C rekommenderar behandling av patienter som utvecklat fibrosstadium F3 eller F4 eller som oavsett fibrosstadium genomgått transplantation eller har svåra extrahepatiska tecken på infektion.

Läkemedlen får bara skrivas ut av läkare som har erfarenhet av att behandla hepatit C, som arbetar vid en infektions- eller gastroenterologisk klinik och som kan registrera användningen i kvalitetsregistret InfCare Hepatit. Förskrivningen följs noga av landstinget.

En nationellt samordnad uppföljning sker inom det ordnade införandet. Rekommendationer samt införande- och uppföljningsprotokoll för nya läkemedel finns på Janusinfo.

Miss a aldrig ett nummer av Evidens!

Gå in på www.janusinfo.se/prenumerera och klicka Tidningen Evidens så skickar vi den med e-post.

Adresskälla: Stockholms läns landsting

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.

April

15 onsdag kl. 18.00–19.30

Onsdagsseminarium: D-vitamin – vad gäller idag?

Matig smörgås serveras från 17.15

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17, Stockholm

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

17 fredag kl. 8.30–16.00

Endokrint Forum Stockholm – Vårmöte 2015

Plats: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Magnus Ladulåsgatan 63A, Lokal: Fataburen, plan 2. Gå via receptionen.

Målgrupp: Läkare

20 måndag kl. 18.00–20.00

Testosteronbrist hos män (manlig hypogonadism)

Samling med lättare förtäring 17.30

Plats: Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10

Målgrupp: Läkare

23 torsdag kl. 18.00–20.00

Migrän hos barn och vuxna – update om behandling och vårdnivåer

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17, Stockholm

Målgrupp: Allmänläkare, barnläkare, neurologer och gynekologer

28 tisdag kl. 14.00–16.00

Hjärtsvikt – en stor folksjukdom

Samling med lättare förtäring från kl. 17.30

Plats: Löwetgeriatriken på Löwenströmska sjukhuset,

Konferensrummet Minnesmottagningen plan 4

Målgrupp: Sjuksköterskor

28 tisdag kl. 13.30–16.00

Finns det någon styrka med svaga opioider?

Problematisk opioidanvändning med fokus på kodein

Matig lunchbaguette serveras från 13

Plats: Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10,

Stockholm. Lokal: Klubbrummet

Målgrupp: Läkare

Maj

4 måndag kl. 15.15

Kurs i Äldrepsykiatri – utom demenser

Plats: Ersta konferens & hotell, Clara Eckerströmsalen,

Erstagatan 1 K, Stockholm

Målgrupp: ST-läkare och specialister i allmänmedicin inom geriatrik, allmänmedicin och psykiatri verksamma i Stockholms län

6 onsdag kl. 12.30–16.30

Onsdagsseminarium: Vaccinationsnytt – TBE, pneumokocker och andra vaccinationer

Matig smörgås serveras från 17.15

Plats: Westmanska palatset, Holländargatan 17, Stockholm

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

19 onsdag kl. 14.00–17.00

Om barn, infektioner och antibiotika. En utbildningseftermiddag för sjuksköterskor inom barnhälsovård

Plats: Ersta konferens, Norrbysalen. Erstagatan 1K

Målgrupp: Sjuksköterskor

22 fredag kl. 13.30–16.30 lunch från 12.30 (se anmälan)

Allmänläkarnätverket Sydväst – EK-gruppen: Geriatrik

Plats: Huddinge konferenscenter, Patron Pehrs Väg 3, Huddinge centrum

Målgrupp: Allmänläkare sydvästra Stockholm

Juni

2 tisdag kl. 12.00–13.00

Update om medicin och läkemedel på KS Solna, Tema – Sömnapné

Plats: Karolinska universitetssjukhuset Solna, restaurangen, matsal 1

Målgrupp: Läkare

9 tisdag kl. 12.00–13.00

Update om medicin och läkemedel på KS Huddinge. Tema: Läkemedelsbehandling av demenssjukdomar med särskild fokus på Alzheimers sjukdom

Plats: Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, restaurang 61:an, separat matsal

Målgrupp: Läkare