



Evidens

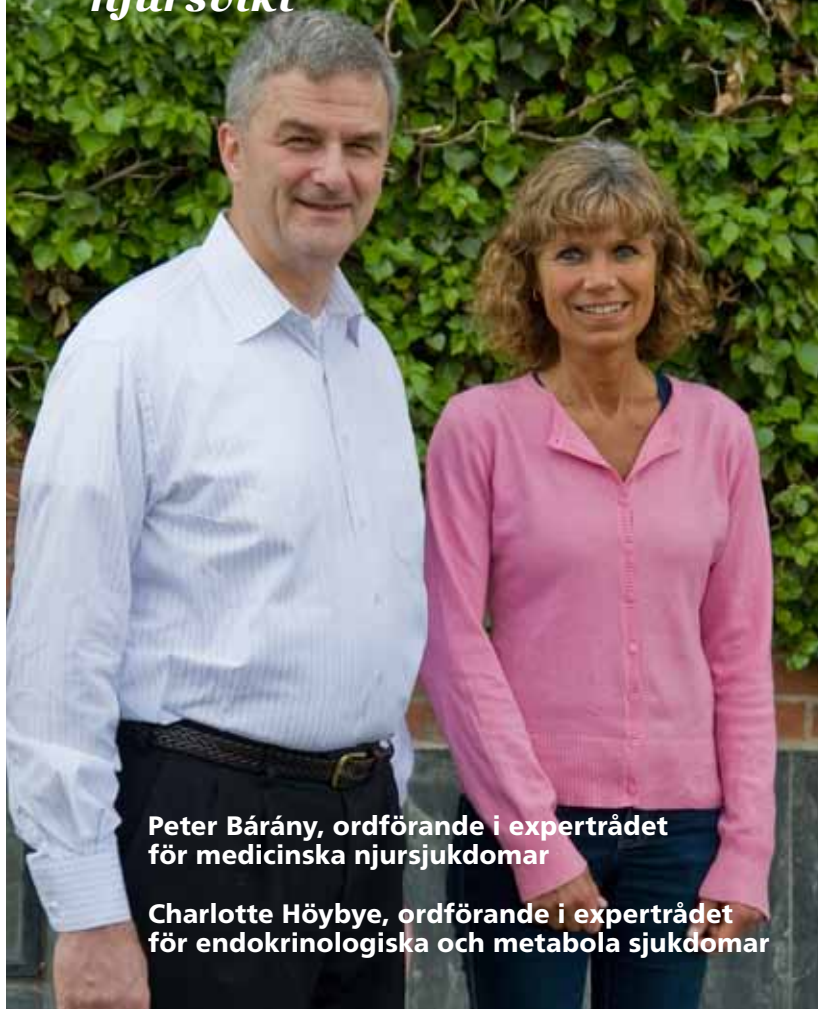
MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

TEMA

Diabetesnefropati

– vanligaste orsaken till kronisk njursvikt



Peter Bárány, ordförande i expertrådet
för medicinska njursjukdomar

Charlotte Høybye, ordförande i expertrådet
för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Kritik mot förslag att slopa lag
om läkemedelskommittéer

■ UPPDATERAT SID 2

Förebygg diabetesnefropati
genom kontroll/behandling

■ TEMA SID 4–6

Nya regionala riktlinjer
för akut hjärtsjukvård

■ NYA RIKTLINJER SID 7–8

Kombinationsbehandling
undantag vid demens

■ AKTUELLA BESLUT & RIKTLINJER SID 9–10

Fortsätt begränsad förmån
för duloxetine (Cymbalta)

■ AKTUELLA BESLUT & RIKTLINJER SID 11

Nya nationella osteoporosråd:
läkemedelsbehandla fler

■ NYA LÄKEMEDEL & STUDIER SID 12–13

Prognos spår fortsatt ökning
för TNF-hämmare

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR SID 14

Fortbildningskalendarium

■ SID 16



Kritik mot förslag att upphäva lagen om läkemedelskommittéer

■ ■ ■ I en statlig utredning om ny myndighetsorganisation föreslås bland annat att lagen om läkemedelskommittéer upphävs. Förslaget möter kritik från berörda expertorganisationer.

– Det är bra med en diskussion, men jag tror att just lagen legitimerar läkemedelskommittéerna och vår trovärdighet som rådgivare och policyskapare, säger Eva Andersén Karlsson, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK).

I slutbetänkandet Gör det enklare! från Statens vård- och omsorgsutredning föreslår enmansutredaren Stefan Carlsson stora förändringar inom vård- och omsorgssektorn de närmaste åren för att öka effektiviteten i de statliga delarna av vård- och omsorgssystemet.

Föreslår fyra nya myndigheter

Fyra nya myndigheter föreslås ersätta tio nuvarande myndigheter (Socialstyrelsen, Läkemedelverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Myndigheten för vårdanalys, Myndigheten för handikappolitisk samordning, Myndigheten för internationella adoptionsfrågor och Statens medicinsk-etiska råd), en ideell förening (Hjälpmedelsinstitutet) och ett statligt bolag (Apotekens Service AB).

De fyra nya myndigheterna får olika uppdrag. De ska arbeta med kunskapsstöd, reglering och tillsyn, infrastruktur för it och kommunikation, samt långsiktig strategisk styrning. Redan den 1 januari 2014 föreslås den nya myndighetsorganisationen vara igång.

Förslaget ska bland annat medföra en besparing på omkring 15 procent på statsbudgeten och en minskning av antalet årsarbetskrafter med omkring 550.

Carlsson vill slopa lagen

Utredningen föreslår också att lagen om läkemedelskommittéer från 1996 ska upphävas. Lagen innebär ett obligatoriskt krav på att det ska finnas en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting.

Kommittéerna har bland annat till uppgift att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget genom samverkan med myndigheter och andra läkemedelskommittéer.

Motiveringen bakom förslaget att upphäva lagen är bland annat att den nuvarande lagstiftningen skulle för-

svåra att läkemedelsrekommendationer integreras med rekommendationer om övrig behandling. Utredaren vill också öppna upp för samarbete över läns- och regiongränser.

SLK avvisar förslaget

Stockholms läns läkemedelskommitté är avvisande till förslaget. Ordförande Eva Andersén Karlsson förklarar:

– Det är märkligt att utredaren nu vill avskaffa lagen om läkemedelskommittéer. Lagregleringen har gett den plattform och struktur som ger legitimitet att integrera läkemedelsarbetet med andra viktiga medicinska frågor. Det är också en styrka att läkemedelskommittéorganisationen är väl förankrad i professionen. Läkemedelskommittéerna utgör en välfungerande kunskapsorganisation inom landstingen och bildar tillsammans ett nationellt nätverk.

Synpunkten att läkemedelskommittéerna skulle försvåra samordning med rekommendationer om övrig behandling står Eva Andersén Karlsson främmande för. Tvärtom är läkemedelskommittéerna drivande i att integrera och samordna läkemedelsrekommendationer med andra behandlingsråd för samma sjukdom i behandlingsriktlinjer och andra kunskapsunderlag till sjukvårdens olika verksamheter, påpekar hon.

– Att ta bort lagen riskerar att leda till ökad ojämlikhet. De självständiga enheterna som bevakar forsknings- och myndighetsfrågor får olika förutsättningar och de viktiga läkemedelsfrågorna riskerar att få varierande uppmärksamhet – ur både medicinsk och ekonomisk synvinkel – i olika landsting, säger Eva Andersén Karlsson.

ELIN JERREMALM, LEG APOTEKARE
HÄLSO - OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Latanoprost finns som generika

■ ■ ■ Flera varianter av latanoprostögondroppar för glaukom finns nu på marknaden till en tredjedel av priset jämfört med originalpreparatet Xalatan. Vid rekvirering till läkemedelsförråd byter inte apoteket automatiskt till det billigaste preparatet, eftersom utbytesreglerna endast gäller vid förskrivning på recept. För att beställa någon av de billigare generikaprodukterna till förråd eller avdelning är det därför viktigt att ange just det generikapreparatet som beställningen avser.

Latanoprost Sandoz är prismässigt det mest förmånliga preparatet vid beställning till läkemedelsförråd (TLV, juni

FOTO: THINKSTOCK



2012). Andra generika som just nu finns på marknaden är: Latanoprost Actavis, Latanoprost Arrow och Latanoprost Teva.

I Stockholms läns landsting rekvideras latanoprost framför allt till geriatriska enheter samt kommunernas läkemedelsförråd, Karolinska sjukhuset, S:t Eriks Ögonsjukhus och Södersjukhuset.

SIV MARTINI, LEG APOTEKARE
EXPERTTRÄDET FÖR ÖGONSJUKDOMAR

Nytt verktyg för att ordinera dosförpackade läkemedel

■ ■ ■ Från och med den 11 juni används Pascal/nya e-dos, ett nytt nationellt webbaserat ordinationsverktyg för dosförpackade läkemedel, i Stockholms läns landsting. Den tidigare e-dostjänsten fungerar inte längre.

Pascal följer de säkerhetskrav på identifiering enligt den nya patientdatalagen som trädde i kraft 2009. Vid inloggning till Pascal/nya e-dos måste du som användare logga in med e-tjänstekort och personlig kod.

■ **För mer information** kontakta e-tjanster@sll.se eller läs på www.etjansterlakemedel.se

ANDREAS ANDERSSON, PROJEKTLEDARE
E-HÄLSA OCH STRATEGISK IT, SLL

Läkemedelsbehandling är en av de viktigaste åtgärderna vid sjukdom. De senaste 30 årens utveckling har medfört stora fördelar för patienterna med minskad sjuklighet och längre livslängd.



Ett stort antal läkemedel med dokumenterad medicinsk nytta har tagits fram och återfinns i Kloka Listan. Läkemedel med osäker effekt eller bristfällig dokumentation kan inte rekommenderas. Där har läkemedelskommittén en viktig roll i att kvalificerat värdera befintlig dokumentation. Processen för arbetet med Kloka Listan har utarbetats under flera år, och anvisningar för expertråden uppdateras årligen.

De medicinska framstegen inom läkemedelsområdet har resulterat i att sjukvården kunnat förändra sin organisation. Är det en långsam introduktion av nya läkemedel som avspeglas i hälsoläget? Eller är det i själva verket en underanvändning av beprövade läkemedel? I detta nummer av Evidens belyses vikten av behandling med väl dokumenterade läkemedel. Uppföljningen av behandling av personer med medicinskt instabila tillstånd kan också förbättras för att tidigt upptäcka och förhindra komplikationer till läkemedelsbehandlingen.

Vi är glada över att i september kunna arrangera en internationell kurs i Stockholmsmodellen för klok läkemedelsbehandling – Kloka Listan i samarbete med Karolinska Institutet och WHO. Se mer på www.janusinfo.se.

Nu önskar jag alla en schön sommar med välbehövlig vila och rekreation. Väl mött igen i höst vid våra fortbildningar.

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*

EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL NR 3, 2012 Ansvarig utgivare: Carl-Gustaf Elinder, professor, avdelningschef, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Redaktion: Medicinskt ansvarig, Eva Andersén Karlsson, ordförande Stockholms läns läkemedelskommitté, docent, överläkare, Södersjukhuset · David Finer, redaktör, medicinjournalist · Sara Hallander, allmänläkare · Elin Jerremalm, apotekare · Malena Jirlow, informatör · Christer Norman, allmänläkare · Eva Vikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Jeanette Nyström fil mag, administratör · E-post evidens@sll.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2012 · Omslagsfoto: Ulf Hinds · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: evidens@sll.se



Förebygg diabetesnefropati genom adekvat kontroll och behandling

En god diabetesvård syftar till att förebygga senkomplikationer och är en gemensam angelägenhet för primärvård och specialister. Diabetesnefropati är en av diabetesjukdomens allvarligaste senkomplikationer och är i de flesta länder den vanligaste orsaken till kronisk njursvikt. Tecken på njurskada vid diabetes är dessutom förenat med starkt ökad risk för hjärt-kärlkomplikationer.

Här sammanfattar vi den viktigaste kunskapen från ett utbildningstillfälle den 23 februari 2012 om typ 2-diabetes och risk för njurskada, som ordnades av expertråden för medicinska njursjukdomar respektive för endokrinologi och metabola sjukdomar.

Definition av mikroalbuminuri

Mikroalbuminuri definieras klassiskt som en dygnsalbuminutsöndring mellan 30 och 300 mg/dygn, eller 20–200 µg/min vid samling under natten. Att mäta albumin/kreatininkvoten i stickprov är ofta mer praktiskt. En albumin/kreatininkvot mellan 3 och 35 mg/mmol i den första morgonurinen korrelerar relativt väl med resultaten vid urinsamling.

Vid andra tidpunkter på dagen är albuminutsöndringen mer variabel och generellt högre, varför brytpunkten satts vid 5 mg/mmol i dagurin. Då albuminutsöndringen varierar, bland annat med graden av fysisk aktivitet, rekommenderas att två till tre prover tas under tre till sex månader, innan diagnosen mikroalbuminuri ställs.

Att skatta njurfunktionen

SBU utreder för närvarande frågan hur njurfunktionen bäst skattas utifrån kreatinin- eller cystatin-

C-värden. Att enbart använda sig av ett p-kreatininvärde är inte tillräckligt; en beräkning av så kallad formelclearance (eGFR) bör alltid göras. Man måste dock komma ihåg att eGFR-avvikelser upp till 30 procent från uppmätt GFR förekommer.

På www.janusinfo.se/v/Kloka-Listan/Kloka-Rad/Berakna-och-beakta-njurfunktionen-vid-val-och-dosering-av-lakemedel/ finns en kalkylator som beräknar eGFR utifrån flera formler för jämförelse. Vid läkemedelsdosering kompliceras frågan av att kreatininmetoderna har ändrats under de senaste decennierna, och att det inte är lätt att ur FASS-texter härleda vilket njurfunktionsmått som doseringsrekommendationerna bygger på. Oavsett metod ger dock eGFR bättre vägledning för klinisk handläggning än p-kreatininvärdet.

God metabol kontroll

Det är tydligt visat i flera prospektiva studier att en förbättrad metabol kontroll minskar risken för njur- och ögonkomplikationer vid typ 1-diabetes.

Vid typ 2-diabetes är resultaten mer tvetydiga. Med en relativt intensiv blodsockersänkande behandling till patienter med typ 2-diabetes kunde man i Advance-studien visa en minskad risk för kombinationen av makrovaskulära komplikationer och utveckling av albuminuri, mest beroende på det senare. Däremot såg man i ACCORD-studien en ökad mortalitet vid snabb och kraftig blodsockersänkning. I STENO-2 studien visades att patienter > 60 år med typ 2-diabetes och mikroalbuminuri, som fick blodsockersänkande terapi, ACE-hämmare, och/eller ARB, simvastatin och lågdos acetylsalicylsyra, redan efter fyra år hade mindre nefropatiutveckling.

Studierna visar betydelsen av multipel intervention. En aktiv, men inte alltför aggressiv blodsockersänkande behandling tillsammans med statinbehandling och ACE-hämmare/ARB är viktigast. Hypoglykemier

SAMMANFATTNING

För att förebygga njurskada vid typ 2-diabetes är god metabol kontroll viktigast i tidigt skede. Tidig upptäckt av tecken på njurskada (albuminuri och/eller sänkt eGFR) är av stor vikt för att minska risken för snabb progression. God blodtrycks kontroll med RAAS-blockad är särskilt värdefull för att bevara njurfunktion vid diabetesnefropati. Vid nedsatt njurfunktion anpassas den blodsockersänkande behandlingen och hjärt-kärlprevention med främst statiner bör ges. En ökad samverkan mellan primärvård och specialister är av värde för optimalt omhändertagande av diabetespatienter med nefropati.

” En ökad samverkan mellan primärvård och specialister är av värde för optimalt omhändertagande av diabetespatienter med nefropati.

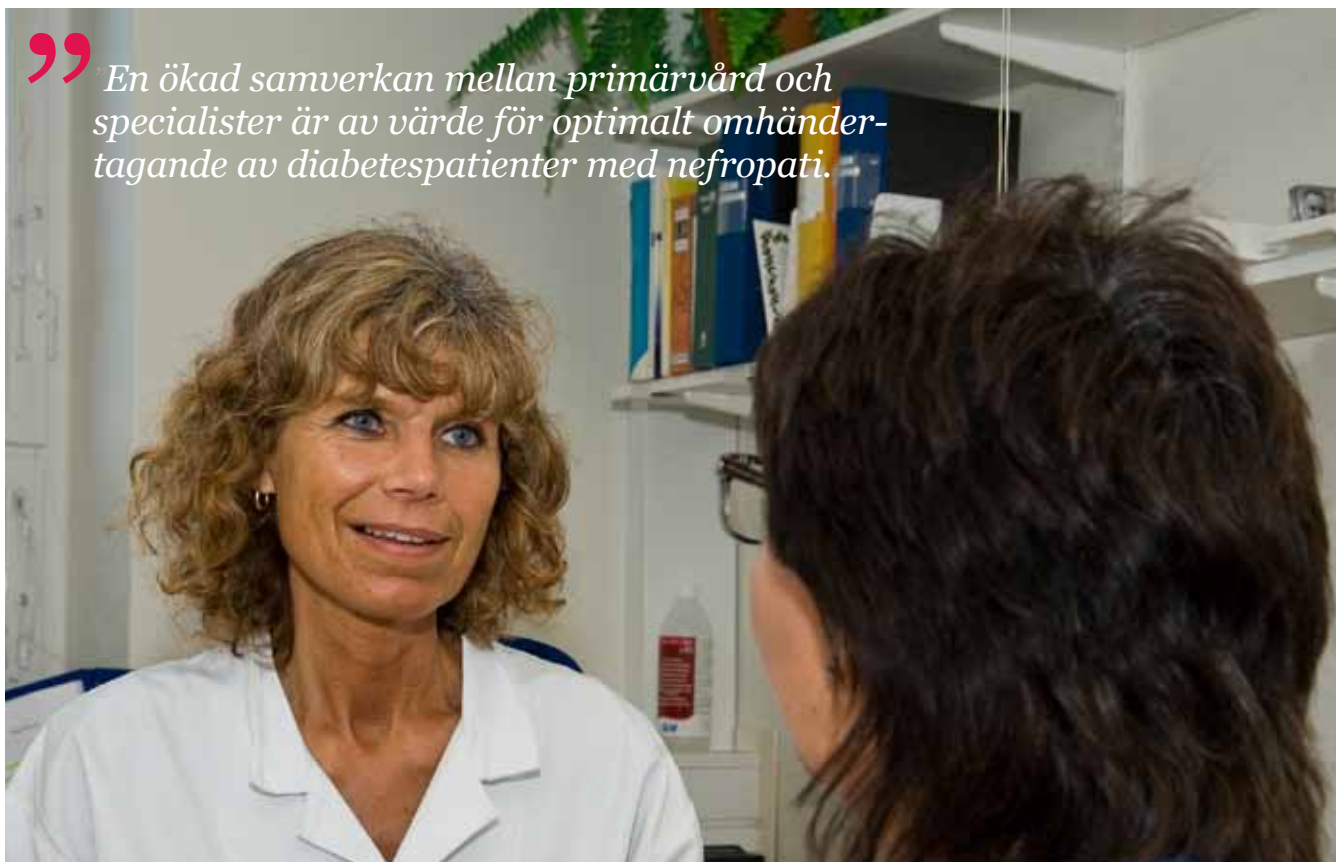


FOTO: ULF HINDS

kan innebära risker och skall beaktas, men god blodsockerkontroll bör eftersträvas för att förebygga mikroangiopati inklusive nefropati.

Renoprotektiv behandling

Vid mikroalbuminuri och etablerad diabetesnefropati är renoprotektiv behandling med ACE-hämmare eller ARB indicerad och evidensbaserad för att minska progression, både vid typ 1- och typ 2-diabetes. En diskussion om målvärden för blodtrycksbehandlingen pågår. Många förespråkar att hålla fast vid det lägre blodtrycksmålet 130/80 mm Hg, medan andra anser att det saknas bra studier som styrker detta, och att ett generellt målblodtryck lägre än 140/90 bör gälla. Vid nedsatt njurfunktion finns ofta en ökad känslighet för RAAS-blockad och vid insättning, dosökning och vid risk för dehydrering är extra observans och uppföljande provtagning nödvändiga. Dubbel RAAS-blockad är förenad med risk för komplikationer och har

inte visats ge bättre renoprotektion än behandling med ACE-hämmare eller ARB var för sig.

Diabetesbehandling och nefropati

Diabetesnefropati, definierat som $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, förekommer enligt en amerikansk studie hos 35 procent av patienter med typ 2-diabetes, varav 40 procent inte fått någon diagnos. Jämfört med kända patienter med diabetesnefropati medför en odiagnosticerad njurfunktionsnedsättning en ökad risk att utveckla "end-stage renal disease", alltså $eGFR < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Beräkning av $eGFR$ bör därför ske vid ordinarie diabeteskontroll minst en gång per år.

En nedsatt njurfunktion har stor betydelse för val av blodsockersänkande läkemedel. Med tanke på risken för laktatacidos, rekommenderas för metformin enligt nationella riktlinjer utsättning vid $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Enligt de svenska riktlinjerna kan undantag göras, om patienten är välinformerad och följs med GFR -beräkning 2–4 gånger

per år. Högriskpatienter med komplicerande sjukdomar och dåligt reglerad diabetes bör inte metforminbehandlas.

Även sulfonylurea-preparat – på Kloka Listan finns glimepirid och glipizid – bör användas med försiktighet vid njurfunktionsnedsättning med tanke på hypoglykemirisen, medan insulin är att betrakta som förstahandsval.

Prevalens i befolkningen

Preliminära siffror för år 2011 från Nationella Diabetesregistret (NDR) visar att nästan 284 000 personer med diabetes registrerades från primärvården. Trenden mellan 2007 och 2011 visar en måttlig försämring av HbA_{1c} samt högre andel med HbA_{1c} över 73 mmol/mol. Behandling av både blodtryck och lipider tenderar att förbättras. Tyvärr

ökar förekomst av rökning både bland yngre och äldre personer med diabetes i primärvården.

Det förefaller som andelen personer i primärvården utan förekomst av albuminuri (u-albumin < 200 µg/min) var ganska stationär åren 2006 till 2010, och att förekomsten ökade med ökande patientålder under år 2010. Från öppna jämförelser 2011 (baserat på NDR-resultat 2010) ses att av patienter över 80 år med diabetes och nedsatt njurfunktion har 60 procent av kvinnorna och omkring 40 procent av männen fått metforminbehandling.

■ **Läs mer:** www.janusinfo.se/v/Behandlingsriktlinjer/Expertradsutlatanden/Medicinska-njursjukdomar/Beakta-njurfunktionen-vid-val-och-dosering-av-lakemedel-och-berakning-av-eGFR/

Förstahandsmedel vid behandling av diabetes mellitus typ 2 med njurengagemang

CKD-stadium (Chronic Kidney Disease)	eGFR ml/min x 1,73 m ²	Albuminuri	Blodsockersänkande behandling	Antihypertensiv renoprotektiv behandling	Övrig behandling
0	≥90	0	metformin		kost/livsstil
1	≥90	mikro	metformin	enalapril/ramipril/losartan	kost/livsstil simvastatin
2	60-89	mikro	metformin	enalapril/ramipril/losartan	kost/livsstil simvastatin
3	30-59	mikro-makro	I första hand insulin I andra hand glimepirid/glipizid	enalapril/ramipril/losartan	kost/livsstil simvastatin
4	15-29	makro	Insulin/byt till insulin	enalapril/ramipril/losartan	kost/livsstil simvastatin dosanpassning
5	<15	makro	insulin	enalapril/ramipril/losartan	kost/livsstil simvastatin dosanpassning

Författare till artikeln:

Peter Bárány, docent överläkare
Njurmedikliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
Ordförande i expertrådet för njursjukdomar

Staffan Rosenborg, med. dr., bitr. överläkare
Klinisk farmakologi
Karolinska Universitetssjukhuset

Mats Palmér, docent, överläkare
Kliniken för endokrinologi,
metabolism och diabetes
Karolinska Universitetssjukhuset

Alexandre Wajngot, docent,
överläkare
Centrum för allmänmedicin

Charlotte Höybye, docent, överläkare
Kliniken för endokrinologi,
metabolism och diabetes
Karolinska Universitetssjukhuset
Ordförande i expertrådet för
endokrinologiska och metabola sjukdomar

Per Wändell, professor, distriktsläkare
Centrum för allmänmedicin

Nya regionala riktlinjer för akut hjärtsjukvård

Akut hjärtsjukvård är ett behandlingsprogram som ska ge såväl specialister som underläkare och sjuksköterskor inom all typ av akut hjärtsjukvård beslutsstöd utifrån bästa tillgängliga evidens. Nyligen presenterades en reviderad version av programmet.

Av Peter Örn, frilansjournalist

Formatet passar i fickan och innehållet uppdateras löpande. Behandlingsprogrammet Akut hjärtsjukvård med regionala riktlinjer ska uppfattas som så angeläget och behändigt att det alltid finns lätt tillgängligt för läkare och sjuksköterskor som arbetar med hjärtpatienter på sjukhusen i Stockholms län och på Gotland.

Gratis för alla i landstinget

Enligt Lars Eurenus, överläkare på medicinkliniken vid Capio S:t Görans sjukhus och projektansvarig för programmet, har målsättningen infriats.

– Personalen bär det med sig, det är gratis för alla inom vårt landsting och på Gotland, och förra versionen sålde vi dessutom i över 2000 exemplar till andra landsting, säger Lars Eurenus, och fortsätter:

– Visst finns det internationella riktlinjer, liksom Socialstyrelsens nationella riktlinjer, och vi har försökt anpassa oss så mycket som möjligt till dessa. Men det är samtidigt viktigt att behandlingsprogrammet fungerar ”på golvet”, med de specifika förutsättningar som gäller hos oss.

De 15-tal läkare från sjukhusen i Stockholms län och Visby lasarett som ingår i programgruppen har löpande kontakt för att diskutera innehållet. Två av medlemmarna, överläkare Mattias Törnerud vid medicinkliniken på Capio S:t Görans sjukhus och redaktör för behandlingsprogrammet, samt Jonas Schwieler, överläkare på

hjärtkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset, ingår även i Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd för hjärt-kärlsjukdomar. Vid ett större seminarium i slutet av varje år tas beslut om förslag till revideringar. Dessa går sedan på remiss till läkemedelskommittén och erfarna kollegor på sjukhusen. Råden om läkemedel är anpassade till rekommendationerna om hjärt-kärläkemedel för SLL (Kloka Listan 2012)

– Utvecklingstakten kräver att vi nu reviderar programmet varje år. Tidigare räckte det med en revidering var tredje eller var fjärde år, säger Lars Eurenus.

Samarbete av stor betydelse

En målsättning med Akut hjärtsjukvård är att underläkare ska få stöd för att ge den bästa tänkbara vården under jourtid. Men även specialister har stor nytta av behandlingsprogrammet.

– Vid exempelvis akuta koronara syndrom kombinerar vi flera olika blodförtunnande läkemedel, och även om det är ganska ovanligt så är sådan behandling alltid förknippad med risk för blödningar. Då är det bra att kunna gå in och titta i behandlingsprogrammet för att få beslutsstöd, säger Lars Eurenus.

– Och jag vet att sjuksköterskorna särskilt uppskattar den del som innehåller ett läkemedelsregister från A till Ö.

Akut hjärtsjukvård bygger på ett samarbete mellan samtliga sjukhus med hjärtsjukvård i regionen: Capio S:t

Görans sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Norrtälje sjukhus, Södertälje sjukhus samt Visby lasarett. Samarbetet är av stor betydelse, anser programgruppen. I stället för att uppfinna hjulet sju gånger har man gemensamt standardiserat evidensbaserade insatser, eller när evidens saknas, den diagnostik och behandling som bygger på konsensus om bästa kliniska praxis.

– Många patienter flyttas runt mellan sjukhusen, och då är det oerhört viktigt att vi inom





” *Vi måste uppmärksamma problemet med underbehandling avseende antikoagulantia för patienter med förmaksflimmer mer.*

vården talar samma språk i kontakten med varandra, säger Lars Eurenus.

Synkope och infektiös endokardit bland nyheterna

En viktig nyhet i den senaste versionen av Akut hjärtsjukvård är att avsnittet om synkope, svimning, utvecklats betydligt. Mortaliteten bland dem som drabbas av kardiell synkope är 18–30 procent första året, och ett par sidor handlar nu enbart om utredning och behandling av olika former av synkope.

Ett helt nytt inslag i behandlingsprogrammet är det om infektiös endokardit.

– Det handlar om patienter som är i behov av ett multidisciplinärt omhändertagande av infektionsläkare, hjärtläkare och thoraxkirurger, säger Lars Eurenus.

– Symtomen är ofta diffusa, och diagnosen kan vara svårställd. Samtidigt är det viktigt att det ställs rätt diagnos i ett tidigt skede.

Nya trombocythämmare för antitrombotisk behandling vid akuta koronara syndrom har varit ett omdebatterat område, berättar överläkare Mattias Törnerud, och i den nya upplagan av Akut hjärtsjukvård finns nya avsnitt om ticagrelor (Brilique) och prasugrel (Efient).

– Socialstyrelsens riktlinjer jämför flera alternativ, men de goda resultaten i den stora PLATO-studien gör att

vi i nuläget ger det nya läkemedlet ticagrelor till våra patienter med ST-höjningsinfarkt, säger Mattias Törnerud.

Fortfarande finns en underbehandling avseende antikoagulantia för patienter med förmaksflimmer, och i avsnittet om arytmier har riktlinjerna om bland annat warfarin (Waran) gjorts tydligare.

– Vi måste uppmärksamma detta mer. Det rör sig om en stor patientgrupp som ofta träffar många olika läkare, säger Mattias Törnerud.

Bland nyheterna i avsnittet hjärtsvikt finns ett utvidgat kapitel med utförligare rekommendationer gällande indikationer för att lägga patienten i hjärtlung-maskin (ECMO-behandling). Det finns också en checklista för vad läkaren ska informera hjärtsviktpatienten om vid utskrivning.

Det reviderade Akut hjärtsjukvård finns i både tryckt version och som pdf-fil på <http://korta.nu/2rjcn>.

I programgruppen ingår Lars Eurenus, Mattias Törnerud och Anette Jemtrén, Capio S:t Görans Sjukhus, Rickard Linder, Jonas Persson och Hans Persson, Danderyds sjukhus, Christina Jarnert, Tomas Jernberg, Lars Lund, Nawzad Saleh och Jonas Schwieler, Karolinska Universitetssjukhuset, Anna Ekvall, Norrtälje sjukhus, Mats Frick, Södersjukhuset, Mazin Noel, Södertälje sjukhus samt Linda Jacobsson, Visby lasarett.

Kombinera inte kolinesterashämmare och memantin som rutin vid demens

Det saknas evidens för att rekommendera bred användning av kolinesterashämmare i kombination med memantin vid demens. För vissa patienter med Alzheimers sjukdom (AD) kan dock kombinationsbehandling prövas. Uteblir förväntad behandlingseffekt inom tre månader bör kombinationsbehandlingen avslutas. Det anser expertrådet för geriatrik utifrån en värdering av tillgängliga randomiserade och observationella studier.

Av Expertrådet för geriatriska sjukdomar

På Kloka Listan 2012 finns två läkemedelsgrupper för behandling av demens: kolinesterashämmare vid mild-måttlig Alzheimers sjukdom (AD) respektive memantin vid svår AD, eller vid intolerans mot kolinesterashämmare.

I enlighet med Socialstyrelsens nationella rekommendationer bör patienter med mild-måttlig AD erbjudas behandling med kolinesterashämmare efter individuell bedömning (prioritet 2), och så sker i praktiken.

Lägre prioritet för memantin

Senare års studier har visat att memantin ger en betydelsefull effekt på kognition, ADL och beteende, framför allt hos patienter med avancerad AD, men mycket begränsade effekter vid mild och måttlig sjukdom. Enligt de nationella

riktlinjerna bör även memantin erbjudas vid AD, dock med lägre prioritet (prioritet 3).

Det har tidigare saknats stöd för att rekommendera kombinationsbehandling vid AD. En behandlingsstudie från 2012 visar nu att kombinationsbehandling med kolinesterashämmare och memantin inte ger bättre effekt på kognition och funktion, jämfört med monoterapi med ettdera preparatet.

Bättre effekt vid BPSD

När Alzheimers sjukdom fortskrider tilltar beteendemässiga och psykiska symptom (BPSD) som aggressivitet, agitation och vandringsbeteende. En handfull analyser, dock med lågt bevisvärde, indikerar att memantin har bättre effekt på vissa BPSD-symptom (framför allt aggressivitet) jämfört med placebo.

Samlad klinisk erfarenhet ger också visst underlag för detta. Socialstyrelsens nationella riktlinjer lyfter fram memantin som ett behandlingsalternativ vid BPSD (prioritet 6).

Expertrådets rekommendation

Baserat på en värdering av tillgängliga randomiserade och observationella studier gör expertrådet för geriatrik bedömningen att:

- 1) Kombinationsbehandling med memantin och kolinesterashämmare inte bör vara en rutinmässig behandlingsregim vid AD.
- 2) Kombinationsbehandling likväl kan prövas i enskilda fall. Det gäller hos patienter med svår AD och en svårbehandlad BPSD-problematik med övervägande aggressivt eller agiterat beteende, där omvårdnadsåtgärder och sedvanliga farmakologiska åtgärder inte varit tillräckliga. Patienten ska följas avseende biverkningar under försiktig dostritrering till maximalt 20 mg memantin dagligen. Om ingen förväntad behandlingseffekt inträtt inom tre månader bör kombinationsbehandlingen avslutas.

■ **Läs mer:** www.janusinfo.se (länk till pdf med referenser)



FOTO: THINKSTOCK

Förskriv tårsubstitut endast vid konstaterad ögonsjukdom

Skriv ut tårsubstitut endast till patienter med konstaterad ögonsjukdom, föreslår expertrådet för ögonsjukdomar. Flertalet patienter med torra ögon kan hänvisas till egenvård.

Under år 2011 förskrevs tårsubstitut för cirka 14 miljoner kronor i Stockholms läns landsting. Förskrivningen låg ungefär på genomsnittet för riket, vilket innebär att läkemedelskostnaderna för tårsubstitut i Sverige troligen var omkring 70 miljoner förra året. Expertrådet tror att det skrivs många recept till patienter där det inte finns någon egentlig medicinsk indikation.

Vi skulle därför vilja uppmuntra kollegor att förskriva tårsubstitut endast till patienter där det finns medicinska

skäl. Exempel på sådana diagnoser är Sjögrens syndrom, patienter som inte kan blunda eller patienter med sköldkörtelrelaterade ögonproblem. Övriga bör hänvisas till egenvård.

Statistik från Stockholm visar även att det förskrivs mycket Metylcellulosa ögondroppar, vilket är ett förhållandevis dyrt preparat. Det finns likvärdiga billigare alternativ. De tårsubstitut som kan förskrivas på recept finns i en översikt i expertrådets Riktlinjer för behandling av torra ögon. Där kan man också läsa mer om torra ögon och hitta råd till patienten. Det finns också tårsubstitut som inte är klassade som läkemedel. De säljs inte bara på apotek utan även i annan handel, bland annat hos optiker.

■ **Läs mer** på janusinfo.se, korta.nu/f3qk4

LEIF TALLSTEDT, DOCENT, ÖVERLÄKARE
ORDFÖRANDE I EXPERTRÅDET
FÖR ÖGONSJUKDOMAR

Expertrådet för ögonsjukdomar

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



Leif Tallstedt
docent, överläkare
S:t Eriks Ögonsjukhus
Ordförande expertrådet



Nils Marén
Ögonläkare
Ögonmottagningen
Farsta Läkarhus

Bo Hedquist
överläkare
Ögonkliniken
Södersjukhuset



Tobias Bäckström
med. dr.,
bitr överläkare
Klinisk farmakologi
Karolinska
Universitetssjukhuset



Siv Martini
leg. apotekare
Hälso- och
sjukvårdsförvaltningen

Rolf Löf
specialist i allmänmedicin
Stenhamra Hälsocentral



Enping Chen
docent, överläkare
S:t Eriks Ögonsjukhus



Frank Träisk
med lic, överläkare
S:t Eriks Ögonsjukhus

Fortsatt begränsad förmån för duloxetin (Cymbalta)

Duloxetin (Cymbalta) är efter ett beslut av Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) fortsatt subventionerat som tidigast tredjehandsalternativ vid behandling av depression och generaliserat ångestsyndrom. SLL är ett av de landsting, där man följer begränsningen allra sämst.

Av David Finer, medicinjournalist, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF)

Beslutet av TLV att begränsa subventionen till att gälla först vid användning av medlet i tredje hand tillkom redan 2010. TLV betonar nu begränsningens villkor ännu tydligare.

Viktigt följa begränsningen

Efter att myndigheten återigen har omprövat subventionsvillkoren för medlet har priset för läkemedlet sänkts med omkring 5,5 procent. Det är fortfarande tio gånger dyrare än alternativen varför det är viktigt att begränsningsregeln följs, skriver myndigheten.

Förslaget att ändå fortsatt tillåta duloxetin (Cymbalta) inom subventionen grundar sig dels på den senaste pris-sänkningen, dels på att TLV bedömer att det finns ett stort behov av terapialternativ inom det aktuella terapiområdet.

Begränsningen innebär som tidigare att läkemedlet endast subventioneras vid behandling av patienter med depression eller generaliserat ångestsyndrom och detta bara under två förutsättningar:

- Patienterna ska ha använt minst två andra anti-depressiva läkemedel utan att nå behandlingsmålet.
- Det ena läkemedlet ska ha varit generiskt venlafaxin, såvida inte särskilda skäl talar mot det.

Används inte kostnadseffektivt

TLV har analyserat hur förskrivare i olika landsting följer tidigare begränsning av subventionen. Det landsting som följde begränsningen bäst låg på 72 procent år 2011.

I genomsnitt följdes begränsningen av subventionen vid insättning första gången endast för 63 procent av

patienterna. Härav följer enligt TLV att ett billigare alternativ sannolikt hade kunnat användas i minst nio procent av fallen.

I Stockholms läns landsting är siffrorna ännu lägre, samtidigt som antalet nyinsatta patienter inom SLL ligger långt över alla andra landsting. Det kan betyda att Cymbalta ofta används på ett sätt som inte är kostnads-effektivt. Därför har TLV gjort den aktuella omprövningen.

Även subventionerat vid diabetesneuropati

I samband med den förra omprövningen av duloxetin (Cymbalta) introducerade tillverkaren duloxetin i ytterligare ett varumärke (Ariclaim), att enbart användas vid diabetesneuropati. Båda varumärkena är utbytbara mot varandra på apotek. När priset på duloxetin (Cymbalta) sänks kommer duloxetin (Ariclaim) i regel att bytas ut på apoteket mot duloxetin (Cymbalta).

Då detta kan försvåra kommunikationen mellan förskrivare och patient, har TLV beslutat att duloxetin (Cymbalta) i fortsättningen ska ingå i högkostnadsskyddet även för behandling av smärtsam diabetesneuropati. Beslutet träder i kraft 1 augusti 2012.

På förfrågan säger expertrådet för psykiatri att dokumentationen av effekter av preparatbyte är svag. Många olika kombinationer av preparat används utan någon evidens alls.

■ **Läs mer** på <http://korta.nu/r8ho9> och <http://korta.nu/93o7z>

Utgångna patent öppnar upp för generika

Patentet har nyligen gått ut för flera stora preparat, vilket innebär att billigare generika finns för atorvastatin, kandesartan, valsartan, donepezil och desloratadin.

Flera hjärt-kärläkemedel berörs. Den lipidsänkande substansen atorvastatin finns nu tillgänglig som generikum, då patentet på Lipitor har gått ut. Generiskt kandesartan finns också tillgängligt, med eller utan hydroklortiazid, eftersom patentet för Atacand och Atacand Plus har upphört.

Patentet för Diovan och Diovan Comp är borta och valsartan finns i flera varianter (också med hydroklortiazid). Från 1 juni kommer Diovan och Diovan Comp inte längre ingå i läkemedelsförmånen. En av förutsätt-

ningarna för att utbyte på apotek ska kunna ske är att det förskrivna läkemedlet ingår i högkostnadsskyddet. Det betyder att Diovan eller Diovan Comp som förskrivs efter 1 juni inte subventioneras och inte kan bytas ut på apotek. Läkemedelsnamnet på valfri generisk produkt ska anges på receptet (Substansnamn, Tillverkare) för att patienten fortsättningsvis ska få läkemedlet subventionerat.

Alzheimerläkemedlen galantamin (Reminyl) och donepezil (Aricept) är inte längre patentskyddade. När det gäller galantamin har inte patentutgången gett några större prisnedgångar än. Generika finns nu även för desloratadin (Aerius).

Generiskt byte sker på apoteket men inte för alla beredningsformer.

ELIN JERREMALM, LEG APOTEKARE,
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN

Fler personer med osteoporos bör läkemedelsbehandlas

Omkring 30 procent av all sjukfrånvaro orsakas av rörelseorganens sjukdomar, och de står också för 20–30 procent av alla besök i primärvården. Evidens kommer i några nummer att presentera innehållet i Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Vi börjar med osteoporos.

Av Mats Palmér, docent, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset/expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar

Socialstyrelsen ger med jämna mellanrum ut nationella riktlinjer med rekommendationer om vad sjukvården bör satsa på inom vanliga sjukdomsgrupper, där det finns stora regionala skillnader och skillnader i praxis, och där svåra valsituationer kan uppstå. Syftet med riktlinjerna är att ge sjukvårdspolitiker, tjänstemän, verksamhetschefer och andra stöd för styrning och ledning av sjukvården på gruppnivå. De är inte avsedda som verktyg i handläggningen av den enskilda patienten. Tiden har nu kommit att ge ut riktlinjer om rörelseorganens sjukdomar och dessa

riktlinjer inkluderar osteoporos, artros, reumatoid artrit och ankyloserande spondylit.

Underbehandling av osteoporos

I Sverige inträffar omkring 60 000 osteoporosrelaterade frakturer per år. Enligt riktlinjerna föreligger en klar underbehandling av osteoporos med läkemedel. Det gäller framförallt kvinnor men även män. I riktlinjerna poängteras hur viktigt det är att diagnosticera och behandla patienter med hög frakturrisik, samtidigt som man ska undvika



” I Sverige inträffar omkring 60.000 osteoporosrelaterade frakturer per år.

att behandla personer med låg frakturrisik.

Vid bedömning av frakturrisik räcker det inte med att bara mäta bentäthet; det är oftast kombinationen av låg bentäthet och förekomsten av andra riskfaktorer som hög ålder, tidigare fraktur, ärftlighet för höftfraktur, rökning, överkonsumtion av alkohol, inflammatorisk sjukdom och kortisonbehandling, som avgör hur stor frakturrisiken är. I riktlinjerna rekommenderas att sjukvården vid misstanke om osteoporos bedömer frakturrisiken med hjälp av FRAX och vid behov gör en bentäthetsmätning med central DXA. (FRAX är ett datorbaserat redskap utvecklat av WHO för

att bedöma tioårsrisken för fraktur hos män och kvinnor. DXA står för Dual energy X-ray Absorbtion och innebär mätning av benstommens mineralinnehåll med hjälp av röntgenstrålar).

Läkemedel hos högriskpatienter

Patienter med hög risk är de med tidigare höft- eller kotfraktur eller kombinationen av låg bentäthet, tidigare fraktur och hög tioårsrisk för framtida osteoporosfraktur. När en sådan patient har identifierats, ska läkemedelsbehandling övervägas.

Förstahandsmedel är alendronat, som har god effekt till låg kostnad. Hos patienter med sväljsvårigheter eller kognitiva problem kan i första hand behandling med zoledronsyra (Aclasta) övervägas, förutsatt att njurfunktionen inte är klart nedsatt, GFR <35 ml/min. Socialstyrelsen beräknar att följsamhet vad gäller rekommenderade bisfosfonater ger en kostnadsminskning på närmare 200 miljoner kronor per år, främst till följd av ett minskat antal frakturer.

Hos patienter med låg risk, till exempel patienter med enbart låg bentäthet, men utan andra riskfaktorer, är prioriteringen för behandling mycket låg. Eftersom det nästan helt saknas evidens för ytterligare fraktur reducerande effekt efter mer än 4–5 års behandling, och det kommit rapporter om en viss ökad risk för atypiska femurfrakturer efter längre tids behandling, bör man i normalfallet överväga paus/utsättning av behandling av bisfosfonater efter 3–5 års behandling. Det gäller åtminstone hos patienter med måttligt ökad frakturrisik.

Indikationer för kalcium och D-vitamin

Åtgärder för att minska fallrisiken är viktiga för att minska fraktur förekomsten. För att ytterligare förebygga frakturer framhålls därför i riktlinjerna att sjukvården även ska erbjuda handledd fysisk träning till individer med osteoporos.

Kalcium och D-vitamin ska inte med automatik ges till alla individer med osteoporos. Det ska föreligga klara indikationer som diagnostiserad brist, kortisonbehandling eller samtidig benspecifik läkemedelsbehandling. Behandling med kalcium och D-vitamin kan även övervägas hos mycket gamla individer som inte kommer ut i solen. Att spruta cement i frakturerade kotor rekommenderas inte.

■ **Läs mer:** Kloka rådet på janusinfo <http://korta.nu/cyd17>, om FRAX på <http://korta.nu/sykat>, Socialstyrelsens riktlinjer på <http://korta.nu/72xn4> och på VISS <http://korta.nu/u674b>

Prognos antar fortsatt ökad användning av TNF-hämmare

Prognosen för 2012–2013 spår en något lägre kostnadsökning för läkemedel i Stockholms län än föregående år bland annat på grund av förväntade patentutgångar på lipidsänkare, ARB och kolines-terashämmare. Det uppväger ökad användning av till exempel TNF-hämmare och centralstimulerande medel vid adhd.

Av: Marie Persson, leg. apotekare, farm. lic., HSF

Prognosen är framtagen av medarbetare inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen i samverkan med Stockholms läns läkemedelskommitté och dess expertråd.

De största kostnadsökningarna förutspås för TNF-hämmare, medel vid adhd, antivirala medel, monoklonala antikroppar vid cancerbehandling och för gruppen andra immunsuppressiva läkemedel, som bland annat inkluderar övriga biologiska läkemedel vid inflammatoriska sjukdomar.

Kostnadsökningarna förklaras främst av nya läkemedel och nya indikationer för befintliga läkemedel, men även att fler patienter ges behandling i enlighet med nationella och regionala vårdprogram. Flera aktiviteter – exempelvis Innovis-projektet - pågår inom landstinget för att få en rationell introduktion och uppföljning av de nya läkemedlen.

Förväntade patentutgångar

De största kostnadsminskningarna prognosticeras för angiotensinreceptorblockerare (ARB), antipsykotiska läkemedel, lipidsänkare, demensmedel och medel vid magsår/reflux.

Främsta orsaken är patentutgångar för några enskilda läkemedel som utgör stora kostnadsposter såsom atorvastatin (Lipitor), kandesartan (Atacand) och irbesartan (Aprovel) samt demensläkemedlen galantamin (Reminyl) och donepezil (Aricept). Effekterna av patentutgångar kommer på några års sikt att

bli mindre, då allt större andel av kostnaderna idag utgörs av biologiska läkemedel utan generisk konkurrens.

Ett särskilt observandum är kommande nya läkemedel som riktar sig till stora befolkningsgrupper såsom nya diabetesmedel, medel vid inkontinens, trombocythämmare och vidgade indikationer för nya antikoagulantia. För nya specialläkemedel kan antalet patienter bli begränsat, men användningen vid enskilda kliniker kan bli betydande såsom proteashämmare vid kronisk hepatit C samt nya medel vid malignt melanom och prostatacancer.

Lägre kostnadsökning 2012

Under 2011 uppgick totalkostnaden för läkemedel till 7,6 miljarder kronor, en ökning med 2,6 procent jämfört med föregående år. Med totalkostnaden menas här totalkostnad för recept och nettokostnad för rekvisitionsläkemedel. Den totala kostnadsökningen antas bli 1,7 procent 2012 och 2,8 procent 2013.

Kostnaderna för läkemedel på rekvisition bedöms komma att öka med 2,6 procent 2012 och 5,1 procent 2013, medan kostnaderna för receptförskrivna läkemedel inklusive dosexpanderade läkemedel kommer att öka med 1,4 procent 2012 och 2,2 procent 2013. Att rekvisitionsläkemedlen ökar mer kan främst förklaras av patentutgångar som sker för stora öppenvårdsläkemedel.

■ **Läs mer** på janusinfo.se, <http://korta.nu/tbsip>

Marie Persson, leg. apotekare, farm. lic, på avdelningen Stöd för Evidensbaserad medicin, HSF, arbetar med horisontspaning för läkemedel, medverkar i prognosframtagning och är medlem i expertrådet för psykiatriska sjukdomar och expertrådet för sällsynta läkemedel.



FOTO: ANA RECARREY

Färre vaccinrapporter i annars oförändrat biverkningsmönster

Under 2011 fick Läkemedelsverket omkring 4900 biverkningsrapporter från hälso- och sjukvården och omkring 600 från allmänheten. Med undantag för vaccinrapporterna är biverkningsmönstret i princip oförändrat från året innan.

Av: David Finer, medicinjournalist, HSF

Av rapporterna från hälso- och sjukvården till Läkemedelsverket var 4538 spontanrapporter. Övriga 381 rapporter kom från icke-interventionsstudier, till exempel registerstudier.

Färre rapporterade vaccinbiverkningar

Frekvensen rapporter som gällde vacciner sjönk till 16 procent från en topp på 39 procent år 2009 och 27 procent år 2010. Vaccinerna tillhörde dock fortfarande den grupp läkemedel för vilka biverkningar oftast rapporterades från hälso- och sjukvården. I topp låg influensavaccinet Pandemrix med 184 rapporter, varav 101 rapporter om narkolepsi.

Under 2010–2011 fick Läkemedelsverket till följd av rapporteringen av narkolepsi efter vaccination med Pandemrix en viktig signal, som ledde till att biverkningsavsnittet i produktresumén uppdaterades med detta som känd biverkan. Även andra neurologiska störningar som neuralgi, encefalomyelit och neurit infördes i produktresumén för Pandemrix.

Waran toppar allvarliga biverkningar

Bland de mest rapporterade läkemedlen med allvarliga biverkningar svarade Waran (warfarin) för 153 rapporter (9 procent av samtliga allvarliga rapporter), därefter kom Pandemrix med 138 (7 procent) och enalaprilnehållande läkemedel med 73 allvarliga rapporter (4 procent).

En allvarlig biverkning definieras som en sådan som leder till döden, är livshotande, nödvändiggör sjukhusvård eller förlängd sjukhusvård, leder till invalidisering eller medför missbildning.

Med lägre frekvens rapporterades allvarliga biverkningar för Remicade (influximab), Enbrel (etanercept), Trombyl

(acetylsalicylsyra), Mabthera (rituximab), Humira (adalimumab), Lyrica (pregabalin) och diklofenak.

Det är viktigt att komma ihåg att det inte går att dra några slutsatser om frekvensen avseende förekomsten av allvarliga biverkningar utifrån rapporterna, då faktorer som hur mycket läkemedlet används och såväl patienternas som vårdgivarnas benägenhet att kommunicera kring och rapportera biverkningar kan inverka.

Läkarnas dominans ökar

De senaste fem åren har läkarnas dominans som rapportörer ökat från 73 procent av rapporterna 2007 till 86 procent 2011 (4217 rapporter). Under året 2007 infördes att sjuksköterskor generellt skulle rapportera biverkningar, men det har ännu inte fått genomslag, skriver Läkemedelsverket. Tvärtom har antalet rapporter från sjuksköterskor sjunkit från 1712 rapporter år 2006 till 638 rapporter år 2011.

Totalt sett gäller rapporterna till 57 procent kvinnor/43 procent män av samtliga rapporter och till 51 procent kvinnor/49 procent män av allvarliga rapporter. Åldersmässigt domineras de allvarliga biverkningsrapporter helt av barn 0–4 år gamla.

■ **Läs mer:** Läkemedelsverket, <http://korta.nu/4snuz>



RAPPORTERA DIREKT TILL LÄKEMEDELSVERKET

Efter halvårsskiftet ska rapporterna helt hanteras vid Läkemedelsverket i Uppsala, där övervakningen av inrapporterade läkemedelsbiverkningar redan sker. Redan från och med januari 2012 rekommenderas läkare, sjuksköterskor och tandläkare att rapportera biverkningar via sedvanlig pappersblankett till den nya adressen:

Läkemedelsverket, Enheten för farmakovigilans, Biverkningsgruppen, Box 26, 751 03 Uppsala, Telefon: 018 – 17 46 00, telefax: 018 – 54 85 66 E-post: registrator@mpa.se

Det finns också möjlighet att rapportera via elektronisk blankett på Läkemedelsverkets hemsida www.lakemedelsverket.se.

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.

AUGUSTI

27 måndag, kl 8.30 – 16.00

Tredagars utbildning

Klinisk försäkringsmedicin för AT-läkare hösten 2012

Plats: Magnus Ladulåsgratan 63A, Södermalm

Lokal: Fataburen

Målgrupp: AT-läkare

29 onsdag kl 12.00 – 13.00

Update om medicin och läkemedel på Danderyds sjukhus

Aktuellt inom läkemedelsområdet

Plats: Danderyds sjukhus, Bofinken

Målgrupp: Läkare

29 onsdag, kl 13.00 – 16.00

Fortbildning för specialister i allmänmedicin

Studiebesök på Cityakuten;

vad gör dom? hur kan vi samarbeta?

Plats: Cityakuten, Apelbergsgatan 48, Stockholm

Målgrupp: Allmänläkare

6 torsdag, kl 8.00 – 16.30

Stockholms läns demensdag

– Demensvård i samverkan

Plats: Ingenjörshuset, Malmskillnadsgatan 46

Målgrupp: Personal från primärvård, geriatrik och kommun- alla som arbetar med personer med

demenssjukdom och stödet till deras anhöriga.

Förtroendevalda politiker.

7 fredag, kl 12.00 – 16.00

Allmänläkarnätverket centrala stan och Östermalm:

Hjärtarytmier förutom FF

Plats: Läkarhuset Odenplan

Målgrupp: Allmänläkare

19 onsdag kl 18.00 – 19.30

Onsdagsseminarium

Aktuell behandling vid KOL

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 18

Målgrupp: Läkare och sjuksköterskor

20 torsdag kl 12.30 – 16.30

Fortbildning för specialister i allmänmedicin, Norrtälje:

Ögon

Plats: Samlingssalen, ROS

Målgrupp: Specialistläkare i allmänmedicin

26 onsdag, kl 12.30 – 16.00

Fortbildning för specialister i allmänmedicin

Innan ambulansen kommer, akut

omhändertagande på vårdcentralen

Plats: Magnus Ladulåsgratan 63 A, Södermalm

Målgrupp: Allmänläkare

SEPTEMBER

3 – 14 måndag 3/9 startdag

Inbjudan till webbkurs

Sjukskrivning i praktiken

Plats: Självstudie

Målgrupp: Läkare

3 måndag, kl 17.00 – 20.00

Nytt inom bensår

Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10

Målgrupp: Allmänläkare, geriatriner