

Evidens

MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA:

Kloka Listan 2013

Industrisponsrade studier
visar oftare fördelar

■ UPPDATERAT SID 2

Tema Kloka Listan 2013

■ TEMA SID 4-7

Nya rekommendationer för
PcV-behandling vid halsfluss

■ NYA RIKTLINJER SID 8

Läkemedelsgenomgång i
särskilt boende har begränsad
evidens

■ AKTUELLA STUDIER SID 10

Metoder för skattning av
njurfunktion i SBU-rapport

■ NYA RIKTLINJER SID 11

Minskade kostnader för
receptläkemedel 2012

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR 12-13

Karolic en resurs för hela
länets läkemedelsfrågor

■ INTERAKTIONER & BIVERKNINGAR SID 14

Fortbildningskalendarium

■ SID 16





FOTO: ISTOCKPHOTO

Industrisponsrade studier visar oftare fördelar

■ ■ ■ **Industrisponsrade läkemedels- och medicinteknikstudier rapporterar fler fördelar och färre biverkningar än andra enligt en aktuell Cochraneöversikt. Resultaten skärper kraven på ökad transparens i resultatredovisningen, menar författarna.**

Den aktuella Cochraneöversikten från december 2012 sammanfattar 48 vetenskapliga artiklar som jämfört primärstudier av läkemedel eller medicintekniska produkter med skilda sponsorer. Varje artikel utgör en analys av i genomsnitt 137 (medianvärde) primärstudier.

Snedvridning känd sedan tidigare

Sedan tidigare är det känt att kliniska provningar sponsrade av läkemedelsindustrin tenderar att gynna företagets produkter samt rapporterar fler fördelar och färre skadliga biverkningar än icke-industrisponsrade studier. Forskningsrapporter som beskrev industrisponsrade studier hade även i denna översikt ett gynnsammare effektresultat, och överensstämmelsen mellan resultaten och slutsatserna var i allmänhet lägre. Det gällde även medicintekniska produkter.

Osynlig påverkan på flera sätt

Industrisponsorer kan påverka utfallet av studier genom inverkan på bland annat frågeställningar, studiens utformning och genomförande, dataanalys, selektiv rapportering av gynnsamma resultat och överdrifter i rapporteringen av slutsatser. Dessa mekanismer är sällan synliga, eftersom få vetenskapliga tidskrifter kräver någon detaljerad redovisning av vilken roll som sponsorn kan ha spelat i studien.

Författarna föreslår att det i översiktsartiklar (till

exempel på Cochrane) ska redovisas hur de ingående studierna är sponsrade. Dessutom borde tidskrifterna kräva oberoende statistisk analys samt att provningsprotokoll och rådata publiceras.

Bör redovisa sponsring

– Industrisponsring bör redovisas i publiceringen av originalstudierna, men måste också tas med i beräkningen, när resultaten rapporteras på andra håll, kommenterar Lisa Bero vid avdelningen för klinisk farmaci och institutet för hälsopolicystudier vid University of California, San Francisco, en av författarna bakom studien.

I januari lanserade den brittiska organisationen Sense about Science en kampanj för att resultat av alla kliniska provningar ska avrapporteras (idag sker det bara för omkring hälften). Initiativet stöds av en rad organisationer i hela världen, bland andra Cochrane Collaboration och läkemedelsföretaget Glaxosmithkline, se <http://www.alltrials.net/>.

DAVID FINER

■ **Läs mer** på Lundh A, Sismondo S, Lexchin J, Busuioc OA, Bero L. Industry sponsorship and research outcome (Review). The Cochrane Collaboration 2012. <http://korta.nu/industrisponsring>

Enkät ger Evidens väl godkänt men förbättringsutrymme finns

■ ■ ■ **Tidskriften "Evidens, medicin & läkemedel" uppskattas mest av allmänläkare. Generellt gillar läsarna framför allt att tidskriften är aktuell, lättläst och oberoende. Det visar en läkarenkät på uppdrag av Stockholms läns läkemedelskommitté.**

Som ett led i läkemedelskommitténs strävan att hålla förskrivarna uppdaterade och vara ett stöd i den kliniska vardagen ger kommittén ut den tidskrift, som du håller i din hand. Evidens publiceras 5-6 gånger per år, varje nummer i omkring 3 500 exemplar.

Representativt resultat

SLK har gett TNS Sifo Navigare i uppdrag att genomföra en enkätundersökning med 4800 läkare (varav 954 har svarat, vilket gör att svaren kan anses representativa) inom SLL under november-december 2012. De svarande var allmänläkare (26 procent), internmedicinare (14



FOTO: ISTOCKPHOTO

procent), psykiatriker (8 procent), geriatriker (3 procent) och läkare inom övriga specialiteter (49 procent). Medelåldern var 54 år.

Resultatet visar att tidskriften når ut och är uppskattad men också att det finns förbättringsområden, både vad gäller fysisk tillgänglighet och innehållets relevans.

Tre av fyra i gruppen allmänläkare kände till tidskriften och också 57-70 procent av internmedicinare, psykiatriker och geriatriker, men endast var fjärde i gruppen övriga specialister (gynekologer, pediatriker, kirurger, ortopedier med flera).

Papperstidningen populär

Sju av tio geriatriker och två av tre allmänmedicinare uppgav att de läste tidskriften ofta. Bland dem som kände till tidskriften, ville majoriteten helst fortsätta läsa den i pappersform.

Överlag ansåg de flesta att tidskriften var värdefull i den kliniska vardagen. De flesta specialister tyckte bäst om att tidskriften hade aktuella nyheter; internmedicinerna rankade oberoendet högst. Enkätens öppna svarsalternativ gav fördjupande svar, som är av stor nytta när vi fortsätter att förbättra tidskriften Evidens.

DAVID FINER

Vid årets Kloka Listan Forum

i januari diskuterades ett brett spektrum av ämnen, allt ifrån 2012 års resultat, nya läkemedel, smärtbehandling, d-vitaminbrist, hypertoni och till ett nytt terapiområde, premenstruellt dysforiskt syndrom. Andra nyheter i Kloka Listan som presenterades refereras i detta nummer.



Processen för hur läkemedel värderas i expertråden och hur Kloka Listan fastställs av Stockholms läns läkemedelskommitté är väletablerad sedan flera år. Att säkra en process för ett strukturerat införande och uppföljning av nyare terapier är viktigt under det kommande året. Föredömligt har detta nu gjorts i projektet "Antikoagulantia", med riktlinjer från berörda expertråd.

Nyligen har vi genomfört en större läsarundersökning av tidskriften Evidens. Det är mycket glädjande att ta del av det goda resultatet och den uppskattning läsarna visat. Vi når i hög utsträckning våra viktiga målgrupper, och det mesta av innehållet i tidskriften uppskattas. Vi har också fått en hel del tips om förbättringar och hur vi ska nå ut med våra rekommendationer. Jag vill härmed tacka alla er som tagit er tid och svarat på enkäten!

Kloka Listan 2013 har kommit från trycket. Ett gediget arbete har utförts av läkemedelskommittén och dess expertråd, liksom av Kloka Listanutskottet och enheter inom avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin. Vi ägnar nu stor kraft åt att sprida evidensbaserade rekommendationer och hoppas på en konstruktiv dialog med er förskrivare. Väl mött i olika fortbildningssammanhang!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*



Kloka Listan Forum 2013 – ”årets viktigaste läkemedelsdag”

Eva Andersén Karlsson, ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté, inledde ”årets viktigaste dag” för länets läkemedelsförskrivning och användning.

Av Elin Jerremalm och David Finer Foto: Ulf Hinds och Henrik Nordell



Eva Andersén Karlsson

Inledningsvis beskrev hon hur nya läkemedel införs och läkemedelskommittén arbetar. I slutändan är det läkaren som tillsammans med patienten fattar beslut om rätt individuell terapi.

Opioidanvändning högriskprojekt

Carl-Olav Stiller, docent, överläkare, klinisk farmakologi och ordförande i expertrådet för analgetika



Carl-Olav Stiller

och reumatologiska sjukdomar talade om användning av opioidanalgetika vid icke-cancerrelaterad smärta som ett högriskprojekt. Nyttan framstår som osäker, där övertygande skillnader i effekt eller biverkningar mellan olika preparat eller beredningar inte har visats. Det finns få studier som beskriver skillnaden på behandlingseffekt för kombinationen

kodein och paracetamol mot monoterapi paracetamol. Fyra studier på akut postoperativ smärta visar i medel NNT 6, det vill säga man måste behandla sex patien-

ter med Citodon/Panocod (paracetamol och kodein) istället för med paracetamol, för att en patient ska få en meningsfull smärtlindring. Det är bara vid metaanalysen man får statistisk signifikans.

Jan Hasselström, med dr, distriktsläkare och ordförande i expertrådet för allmänmedicin framhöll att den stora volymen opioidanalgetika i primärvården förskrivs för korttidsbehandling (under 30 dagar) vid muskulo-skeletala smärtor.



Jan Hasselström

Inom SLL beräknas varje distriktsläkare ha omkring 80–100 patienter som får opioider förskrivna varje år, varav omkring 20 procent på ”fel” indikation. Jan Hasselströms råd var att använda Läkemedelsförteckningen, sätta upp tydliga behandlingsmål, följa upp, skriva kontrakt med patienten om medicineringen samt använda god konsultationsteknik.

Britt Vikander, överläkare, Beroendecentrum, Stockholm berättade att de flesta som är beroende av opioidanalgetika också tar någon bensodiazepin på dagen eller natten. Opioidanalgetika som missbrukas är kodein, tramadol, oxykodon, morfin och ketogan.

För att det ska föreligga beroende enligt DSM IV måste tre eller fler av följande kriterier vara uppfyllda

i minst 12 månader: tolerans, abstinens, kontrollförlust, varaktig önskan/misslyckade försök att minska beroendet, ”drug-seeking behaviour”, att viktiga sociala aktiviteter offras eller fortsatt droganvändning trots vetskap om besvären.

Frågor att ställa till patienten är om denne använt opioider regelbundet i mer än sex må-



Britt Vikander

nader, överskridit ordinerad dos eller doseringsintervall, blandat med alkohol eller andra läkemedel, fått sitt liv påverkat på något sätt eller fått abstinenssymtom, om den vanliga läkemedelsdosen uteblivit.

Osäkerhet kring D-vitamin

Mats Palmér, docent, överläkare, Karolinska Universitets-sjukhuset och ledamot av expertrådet för endokrinologiska och metabola sjukdomar talade om vem som borde få D-vitaminbehandling och med hur mycket. Flera observationsstudier antyder associationer (inga kausalsamband) mellan låga D-vitaminnivåer och hjärtkärlsjukdom, cancer, infektioner, autoimmuna sjukdomar, psykiatriska sjukdomar och mortalitet. Randomiserade behandlingsstudier saknas.



Mats Palmér

Den bästa indikatorn på D-vitaminstatus är serumhalten av 25-hydroxivitamin D eller 25(OH)D, som bör mätas hos individer med symtom förenliga med D-vitaminbrist. Att mäta D-vitaminstatus är särskilt påkallat hos patienter som:

- inte exponeras så mycket för solen (täckande klädsel, hög ålder, innesittande)
- har nedsatt förmåga att bilda D-vitamin i huden (hög ålder, pigmenterad hud)
- behandlas med antiepileptika, kortison, antifungorala medel, hiv-läkemedel
- lider av malabsorptionssjukdom (celiaki, MbCrohn, gastric bypassopererade), kronisk njur- eller leversvikt, fetma eller som är gravida (i kombination med andra riskfaktorer enligt ovan).

Sammanfattningsvis betonade Mats Palmér osäkerheten kring D-vitamin, och att bevis för nytta med behandlingsmål >50 nmol/L saknas. Kolekalciferol (Divisun) är nu upptaget i Kloka Listan.

Bisfosfonater underanvänds vid osteoporos, berättade Marie-Louise Ovesjö, med dr, överläkare, ordförande i Kloka Listan-utskottet. Ett av årets åtta Kloka råd är att överväga bisfosfonat efter osteoporosfraktur. Enligt Socialstyrelsens Öppna jämförelser har endast cirka 13 procent av kvinnorna 50 år och äldre läkemedelsbehandling 6–12 månader efter en benskörhetsfraktur. Ett målvärde



Marie-Louise Ovesjö

borde ligga runt 60 procent. WHO:s elektroniska verktyg för frakturrisik (FRAX) kan användas för att bedöma behovet av läkemedelsbehandling, men det är viktigt att ompröva terapin efter 3–5 år, då risken för atypiska frakturer ökar med behandlingstiden.



Angelica Lindén Hirschberg

PMDS nytt indikationsområde

Ett helt nytt indikationsområde i Kloka Listan 2013 är premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS). Ordföranden i expertrådet för obstetrik och gynekologi, Angelica Lindén Hirschberg, professor, förklarade att upp till 75 procent av kvinnorna i fertil ålder har återkommande premenstruella symtom, medan 3–5 procent har svåra psykiska symtom, som påverkar det dagliga livet och

klassas som PMDS.

Selektiva serotoninåterupptagshämmare är effektiva vid PMDS, och citalopram och sertralin rekommenderas i Kloka Listan. Intermittent behandling i lutealfasen är lika effektiv som kontinuerlig behandling.

Försiktighet hos äldre

Inga Klarin, med dr, överläkare, Karolinska Universitets-sjukhuset och ordförande i expertrådet för geriatriska sjukdomar, berättade om vilka läkemedel som bör ges med försiktighet till äldre. Njurfunktionen avtar med åldern, samtidigt som den individuella variationen ökar med stigande ålder. Äldre har dessutom en försämrad blodtrycksreglering.

Åldrandet medför långsammare blodtryckssvar vid lägesförändringar, och äldre har därmed ökad risk för läkemedelsbiverkningar som innebär sänkt blodtryck. Förändringar sker bland annat i de kolinerga banorna i CNS (särskilt vid Alzheimers sjukdom men även vid normalt åldrande), så att äldre patienter är mer känsliga för antikolinerga läkemedel som passerar blodhjärnbarriären. Även de dopaminerga banorna försämras, så att äldre löper större risk för biverkningar av exempelvis antipsykotiska läkemedel, som påverkar dessa banor. Äldres hjärnor är också mer känsliga för opioider och bensodiazepiner.

– Bara det att vi tänker på att uppskatta njurfunktionen är ett fall framåt och gör att vi betänker möjligheterna att en patient kan få problem på grund av detta och att vi följer



Inga Klarin



Nyheter i Kloka Listan 2013

Avsnitten om äldre, hjärtsvikt och antibiotika har förlängts och förtydligats. I övrigt se nedan.

Brist på D-vitamin: Ett nytt terapiområde, brist på D-vitamin, där kolekalciferol (Divisun) rekommenderas.

Premenstruell dysforisk störning: Ett nytt terapiområde. Citalopram och sertralin rekommenderas. Behandling i enbart lutealfas ger samma effekt som kontinuerlig behandling.

Äldre och läkemedel: Vid svår Alzheimers sjukdom rekommenderas i första hand donepezil. Galantamin har utgått. Nytt Klokt råd är att undvika tramadol och propiomazin till äldre. Tramadol kan ge ökad risk för illamående och centralnervösa biverkningar som förvirring. Propiomazin kan ge dagtrötthet hos äldre och framkalla extrapyramidala symtom som restless legs.

Hjärta och kärl: Atorvastin rekommenderas i andra hand efter förstahandsvalet simvastatin på indikationen kardiovaskulär prevention. Warfarin Orion (vita tabletter) rekommenderas vid nyinsättning (framför Waran). Kandesartan har efter patentutgång även tagits in på indikationen hypertoni liksom kombinationspreparatet kandesartan+tiiazid. In på baslistan har även doxazozin och spironolakton kommit.

Insuliner: NPH-insulinet Insulatard har tagits bort till förmån för Insuman Basal. Det kortverkande Apidra har lagts till.

Smärta: Vid svår opioidkänslig smärta rekommenderas oxikodon som alternativ till morfin. Vid icke-akut smärta kan behandling inledas med låg dos långverkande morfin eller långverkande oxikodon.

För mer detaljerad information, se <http://www.janusinfo.se/Nyheter/Nyhetslista/2012/Nyheter-i-Kloka-Listan-2013/>
Kontakta enheten för medicinsk fortbildning, HSF för vidareutbildning på din arbetsplats.

upp på ett bättre sätt, sade Inga Klarin apropå den senaste tidens debatt om olika metoder för att uppskatta njurfunktionen.



Seher Korkmaz

NjuRen införs i Janusfönster

En god nyhet är beslutsstödet NjuRen som kommer i journalsystem med Janusfönster. Med hjälp av NjuRen räknas eGFR automatiskt ut från plasmakreatinin utifrån CKD-EPI-ekvationen, och alla läkemedel på läkemedelslistan matchas mot njurfunktionen. För att läsa bakgrundsinformation för läkemedlet klickar man sig vidare. Enligt Seher

Korkmaz, med dr och enhetschef för medicinska kunskapstjänster, avdelningen e-hälsa och strategisk it, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, beräknas NjuRen införas i Janusfönster under 2013. Carl-Gustaf Elinder, professor och avdelningschef för avdelningen stöd för evidensbaserad medicin på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, rapporterade om slutsatserna i en SBU-rapport av en arbetsgrupp han lett kring skattning av njurfunktionen. Njurens glomerulära filtrationshastighet kan uppskattas från ett blodprov

med hjälp av formler som är baserade på plasmakoncentrationen av kreatinin eller cystatin C. Om en mer exakt uppskattning behöver göras, kan medelvärdet av den estimerade glomerulära filtrationshastigheten för kreatinin respektive cystatin C användas.

Informationen på Janusinfo.se om läkemedel under graviditet kommer i fortsättningen att hämtas från den mer utförliga källan Läkemedel och fosterpåverkan istället för från Fass, informerade Seher Korkmaz.



Carl-Gustaf Elinder

Viktig kontroll av antikoagulantia

Rikard Malmström, docent, överläkare, klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset och ledamot i läkemedelskommittén förklarade varför man etablerat metoder för att mäta effekt och nivå av nya antikoagulantia. Även för nya antikoagulantia föreligger dos- och koncentrationsberoende effekt och säkerhet, även om läkemedlen inledningsvis marknadsförts med att ingen provtagning behövs. Därför har en metod för koncentrationsmätning av dabigatran satts upp, vilket kan vara till nytta i vissa



Rikard Malmström

kliniska situationer.

Variabel exponering för antikoagulantia kan få kliniska konsekvenser, exempelvis hos äldre och andra patienter med nedsatt njurfunktion liksom vid interaktion med andra läkemedel. Att mäta läkemedelshalter i plasma liksom läkemedelseffekter kan vara användbart för att säkerställa rimlig dos i vissa situationer som vid nedsatt njurfunktion, vid

insättning/utsättning av potentiellt interagerande läkemedel, vid allvarlig blödning eller inför en operation. Rutinmetoder för att göra dessa mätningar kommer att etableras för alla nya perorala antikoagulantia.

Gerd Lärvars, docent, verksamhetschef och ordförande för expertrådet för plasmaprodukter och vissa antitrombotika presenterade de gemensamma kliniska rekommendationerna om antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och djup ventrombos från de tre berörda expertråden. Omkring 45 000 patienter inom SLL har förmaksflimmer medförande hög morbiditet och mortalitet, och fler behöver behandlas med warfarin.



Gerd Lärvars

Krav för säker warfarinbehandling

Säker warfarinbehandling kräver tydlig patientinformation, regelbundna kontroller och läkarbesök. Rekommenderade läkemedel för reversering av högt PK-INR-värde är flytande K-vitamin (fytomenadion), medan Confidex är upphandlat som protrombinkomplexkoncentrat vid allvarlig blödning under warfarinbehandling.

Från och med den 1 februari finns möjlighet för vissa patientgrupper med warfarinbehandling att kostnadsfritt, efter utbildning, erhålla PK-mätare för självtestning. Patienter som kan vara aktuella för självtestning är de som bedöms kunna klara kapillär provtagning på egen hand och som planeras ha tillsvidarebehandling med warfarin. Egenmätning kräver regelbundna kontroller med dubbelprov och årliga kontroller av behandling och mätare. För närvarande är antalet utbildningsplatser begränsade och det är väntetider till utbildning.

Läget kring de nya antikoagulantia sammanfattades av Paul Hjemdahl, professor, Karolinska Universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar. Warfarin är fortfarande rekommenderat alternativ och minskar kraftigt de kardiovaskulära riskerna. De nya



Paul Hjemdahl

läkemedelssubstanserna (dabigatran, rivaroxaban och apixaban) är inte bevisat bättre än en välfungerande behandling med warfarin, och vi måste optimera patientnyttan/säkerheten och också prioritera inom sjukvårdens begränsade resurser. För specialiserad vård som profylax vid elektiv ortopedisk höft- och knäplastik rekommenderas dock rivaroxaban. Uppföljning är mycket viktigt, så att vi lär oss hur de bäst ska användas sade Paul Hjemdahl.

Thomas Kahan, professor, överläkare, Danderyds sjukhus och medlem i expertrådet för hjärt-kärlsjukdomar, diskuterade målen vid blodtrycksbehandling. Som tidigare är målet vid okomplicerad hypertoni att komma under 140/90 mm Hg, men för riskpatienter med till exempel diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller njursjukdom bör målblodtrycket vara lägre, 130–135/80–85 mm Hg. Patienter med hypertoni underbehandlas alltjämt.



Thomas Kahan

– Kombinationsbehandling är det som gäller, två till tre läkemedel behövs nästan alltid, och räcker inte det, så bör man i många fall addera ett till, sade Thomas Kahan.

Nya cancerläkemedel kostsamma

Regionalt cancercentrum tar ett samlat grepp över cancer-
vårdens utveckling, inklusive regionala skillnader, när nya cancerläkemedel kommer som är effektiva för endast en mindre grupp patienter, men ändå kostsamma. Roger Henriksson, professor, verksamhetschef på Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland och ordförande i expertrådet för onkologiska och hematologiska sjukdomar, diskuterade bland annat socioekonomiska skillnader och hur ett läkemedel ska användas, om endast en mycket liten andel svarar på läkemedlet.



Roger Henriksson

– Jag blir ibland lite fundersam när man försöker föra över etikansvaret enbart på landstinget och sjukvården. Inom ett område med livshotande sjukdomar tycker jag vi mycket mer ska våga ställa frågan om att etiken gäller inte bara köparen, utan det är också säljarens etik, när det gäller exempelvis prissättningen, manade Roger Henriksson.

Nya rekommendationer för PcV-behandling vid halsfluss

Använd Centorkriterierna för att värdera behovet av streptokockdiagnostik vid faryngotonsillit hos patienter ≥ 3 år. Vid positivt snabbtest för grupp A-streptokocker samtidigt med minst tre uppfyllda kriterier rekommenderas antibiotikabehandling. Det framgår av Läkemedelsverkets och Smittskydds-institutets nya rekommendationer för handläggning av faryngotonsilliter i öppenvård

Av Elin Jerremalm och Christer Norman

Virusinfektioner är den vanligaste orsaken till faryngotonsillit. Ofta har då patienten samtidigt snuva och hosta.

Det är mer troligt att det rör sig om en streptokockinfektion om tre eller fyra kriterier enligt Centor uppfylls. Figuren (fritt efter behandlingsrekommendationen) visar rekommenderad handläggning av vuxna och barn ≥ 3 år vid tecken på faryngotonsillit. Hos barn yngre än 3 år är halsinfektion orsakad av grupp A-streptokocker mycket ovanligt.

Vid negativt snabbtest för grupp A-streptokocker – vilket kan förväntas hos cirka 50 procent av patienterna med tre till fyra Centorkriterier – rekommenderas endast symptomlindrande behandling med paracetamol, ibuprofen eller acetylsalicylsyra vid behov.

Asymtomatiskt bärarskap av grupp A-streptokocker hos barn upp till 18 år är i genomsnitt cirka 12 procent. Vid enstaka fall av streptokockfaryngotonsillit i en familj eller förskolegrupp kan 20–50 procent vara bärare.

Penicillin V i första hand

Till patienter med 3–4 Centorkriterier och påvisade streptokocker rekommenderas antibiotikabehandling med penicillin V i 3-dos. Antibiotika kan förkorta symtomdurationen med 1–2,5 dygn, och det är sannolikt att effekten av antibiotika ökar vid mer uttalade symtom.

Vid penicillinallergi ges klindamycin och vid recidivinfektioner ges klindamycin, alternativt cefadroxil.

Allvarliga symtom

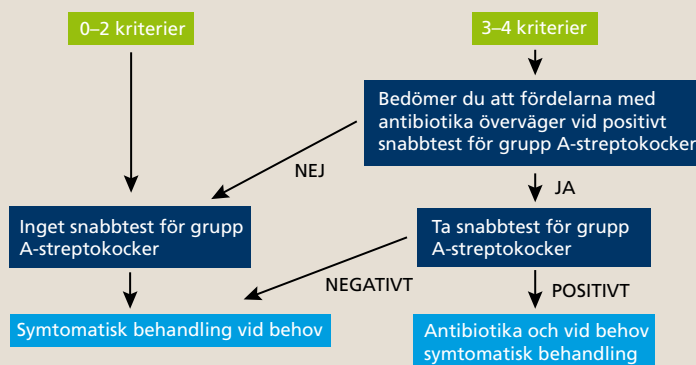
Vid kraftig allmänpåverkan bör patienten remitteras akut till sjukhus, oberoende av resultat av snabbtest. Andra allvarliga symtom som bör föranleda akut handläggning och ställningstagande till akut remiss till sjukhus är andnings-svårigheter, svårigheter att svälja saliven, ensidig kraftig halssmärta, svår halssmärta med normalt svalgstatus, svårt att gapa, mycket svår lokal smärta på hals, bål eller extremiteter, i kombination med diarré och kräkningar, membraner på och utanför tonsiller.

Källor:

Läkemedelsverket. Faryngotonsilliter i öppen vård. Behandlingsrekommendation
<http://korta.nu/halsfluss>

Diagnostiska kriterier

1. Feber $> 38,5$ grader
2. Ingen hosta
3. Förstorade, ömmande lymfkörtlar i käkvinklarna
4. Beläggning på tonsillerna (hos barn 3–6 år istället rodnad/svullna tonsiller)



Klokt råd 2013: Avvakta med antibiotika i 2–3 dygn vid okomplicerad otit hos barn 1–12 år

För barn mellan 1 och 12 år med säkerställd okomplicerad akut mediaotit rekommenderas aktiv exspektans utan antibiotikabehandling. För barn under 1 år och ungdomar över 12 år samt för vuxna rekommenderas alltid antibiotika vid säker akut mediaotit. Barn under 2 år med bilateral otit rekommenderas också behandling med antibiotika. Penicillin V bör vara förstahandsval.

Av Expertrådet för infektionssjukdomar

Akut mediaotit är den vanligaste bakteriella infektionssjukdomen hos barn. Varje år räknar man med ungefär 200 000 fall i Sverige. Det finns en mycket stark korrelation till virusinfektioner, och de flesta episoder av akut mediaotit uppstår som en komplikation till virusorsakade övre luftvägsinfektioner. Smärta i öronen är det vanligaste symptomet och är relativt specifikt. Övriga symptom som feber, hosta, snuva, öronpetning och skrik är vanliga vid alla typer av övre luftvägsinfektioner.

Flytning ur hörselgången tillsammans med akuta symptom på akut mediaotit är ett säkert tecken på sjukdomen. Man bör också försöka bedöma trumhinnans rörlighet och i vilken grad eventuell buktning förekommer. Trumhinnans färg utgör ett mindre säkert tecken på otit. Samtidig förekomst av buktning, strukturlöshet, ogenomskinlighet och nedsatt rörlighet av trumhinnan ökar sannolikheten för korrekt diagnos till 90 procent.

Antibiotikabehandling har liten effekt

De vanligaste bakteriella otitpatogenerna är i turordning *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* samt *Streptococcus pyogenes* (grupp A-streptokocker). *Streptococcus pyogenes* kan ge svår akut mediaotit med allvarliga komplikationer,

men är relativt ovanlig. Virus kan också förekomma i mellanörat vid akut mediaotit, antingen som ensamt fynd eller parallellt med bakterier. I nuläget saknas dock användbara metoder för klinisk diagnostik som kan skilja bakteriellt orsakad akut mediaotit från virusorsakad.

Antibiotikabehandling vid akut mediaotit syftar främst till att minska symptomen. Komplikationer som mastoidit är sällsynta och motiverar inte i sig att man behandlar alla fall med antibiotika. För barn 1–12 år är effekten av antibiotika liten. I en översiktsartikel från Cochrane från 2010 anges att 84 procent av barnen blir bra inom en vecka med antibiotika jämfört med 78 procent utan antibiotika. Recidivotit, perforation och sekretorisk mediaotit var lika vanliga med som utan antibiotikabehandling.

Aktiv exspektans rekommenderas hos barn 1–12 år

För barn mellan 1 och 12 år med säkerställd okomplicerad akut mediaotit rekommenderas aktiv exspektans utan antibiotikabehandling. Komplicerande faktorer som till exempel svår smärta trots adekvat smärtlindring, akut mediaotit med perforation, infektionskänslighet, cochlea-implantat och känd sensorineural hörselnedsättning motiverar antibiotikabehandling.

Aktiv exspektans innebär att föräldrar/patienter är informerade om förväntat normalförlopp och tecken på komplikationer. Vid avvikande läkningsförlopp bör en ny läkarbedömning göras snarast vid försämring och vid utebliven förbättring efter tre dygn från symptomdebut.

För barn under 1 år och ungdomar över 12 år samt för vuxna rekommenderas alltid antibiotika vid säker akut mediaotit. Barn under 2 år med bilateral otit rekommenderas också behandling med antibiotika. Penicillin V bör vara förstahandsval.

Källor:

1. Läkemedelsverket. Diagnostik, behandling och uppföljning av akut mediaotit (AOM) – ny rekommendation 2010
2. Sanders S, Glasziou PP, DelMar C, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD000219. PubMed
3. SFAM. Kvalitetsindikatorer. Otit hos barn 1–12 år



På SMI:s hemsida finns patientinformation på flera olika språk för de vanligaste infektionsdiagnoserna på vårdcentralen inklusive öroninflammation.

Läkemedelsgenomgång i särskilt boende har begränsad evidens

Särskilt organiserade läkemedelsgenomgångar har inga signifikanta effekter på mortalitet eller sjukhusinläggningar, men materialet är litet, och effekter kan ändå inte uteslutas. Det är slutsatser av en nypublicerad svensk HTA-rapport (Health Technology Assessment).

Av Eva Wikström Jonsson

Rapporten om evidensläget för ”särskilt organiserade läkemedelsgenomgångar” i särskilt boende är skriven av Susanna Wallerstedt, docent, överläkare klinisk farmakologi, och medarbetare i Västra Götalandsregionen. Härmed menas insatser specifikt inriktade på läkemedelsbehandlingen, där någon utan direkt patientansvar anlitas och stöder patientansvarig läkare.

Underlag är studier som jämför särskilt organiserade läkemedelsgenomgångar med vanlig vård med mortalitet och sjukhusinläggningar som effektmått. Vid den inledande litteratursökningen återfanns tolv internationella publikationer: sju randomiserade kontrollerade studier och fem icke-randomiserade, kontrollerade studier. Patienternas genomsnittsalder var 78–86 år, och de hade i genomsnitt fyra till tolv läkemedel. Apotekare deltog i genomgångarna.

Ingen minskning av mortalitet

I metaanalysen av läkemedelsgenomgångarnas effekt på mortaliteten inkluderades fem randomiserade kliniska prövningar med totalt 4 564 patienter. Ingen av studierna var designad för att visa effekter på mortalitet, och ingen sådan minskning kunde heller påvisas i metaanalysen.

I metaanalysen av sjukhusinläggningar ingick två randomiserade kliniska prövningar med totalt 886 patienter. Ingen effekt på sjukhusinläggningar kunde påvisas.

Källa:

Wallerstedt SM, Holmberg Y, Kindblom JM, Liljegren A, Nylén K, Samuelsson O, Strandell A. Läkemedelsgenomgångar för patienter i särskilt boende. Del 1: Effekt på mortalitet och sjukhusinläggningar. Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum. Health Technology Assessment, HTA-rapport 2012:55
http://korta.nu/HTA_läkemedelsgenomgångar

Större material krävs

Sammanfattningsvis kunde inga signifikanta effekter av särskilt organiserade läkemedelsgenomgångar på mortalitet eller sjukhusinläggningar påvisas, men det vetenskapliga underlaget är begränsat, och effekter kan därför inte uteslutas. Äldre patienter i särskilt boende har hög mortalitet, och ett större material skulle ha behövts för att kunna påvisa eventuella effekter på dessa utfallsmått.

Författarna pekar också på att studier om läkemedelsrelaterad mortalitet saknas. En andra del av HTA-analysen kommer att behandla effekter av särskilt organiserade läkemedelsgenomgångar på kostnader och de läkemedelsbehandlades livskvalitet.



FOTO: ISTOCKPHOTO

Metoder för skattning av njurfunktion värderade i SBU-rapport

Skattning av njurfunktionen (eGFR) baserad på plasmakreatinin och/eller cystatin C kan göras med acceptabel noggrannhet med nyare formler enligt en SBU-rapport. Däremot ger den äldre Cockcroft-Gaults (CG) formel mindre tillförlitliga resultat.

Av Peter Bárányi, docent, överläkare, njurmedicinkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, ordförande expertrådet för medicinska njursjukdomar

Njurarnas funktion bedöms bäst genom skattning av filtrationen i glomeruli (GFR) och anges i ml/min eller relativt, normerat till en kroppsytta på 1,73 m². En SBU-utredning under ledning av professor Carl-Gustaf Elinder har värderat evidensen för olika metoder att mäta (mGFR) och skatta (eGFR) njurfunktion.

Noggranna men krävande metoder

Mätning av GFR (mGFR) görs i Sverige vanligen genom bestämning av plasmaclearance av jodhaltigt röntgenkontrastmedel eller ⁵¹Cr-EDTA (radioaktivt märkt etylendiamintetraacetat). Metoderna har enligt SBU-rapporten god noggrannhet men är både tids- och resurskrävande, varför de enbart används när särskilt noggrann mätning av njurfunktionen är nödvändig.

Cockcroft-Gault mindre tillförlitlig

I Fass används sedan flera år som regel eGFR beräknat enligt Cockcroft-Gaults (CG) formel utgående från plasmakreatinin, vilket ger ett absolut eGFR i ml/min (inte kroppsyttenormerat). De nyare formlerna MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) och Lund-Malmö (LM)-formeln ger ett kroppsyttenormerat (relativt) värde. Hos barn används oftast Schwartz formel för skattning av kroppsyttenormerat eGFR.

Slutsatser från SBU-rapporten är att Cockcroft-Gaults (CG) formel, ger mindre tillförlitliga resultat (P₃₀ < 75 procent) och därför inte bör användas för att skatta GFR. MDRD, CKD-EPI och LM-formlerna, ger alla tillförlitligare resultat med acceptabel noggrannhet (P₃₀ ≥ 75 procent).* Hos barn ger ingen formel tillräcklig noggrannhet.

Schwartz formel anpassad för IDMS används mest (P₃₀ i genomsnitt 73 procent med stor variation mellan olika studier).

Cystatin C likvärdig med kreatinin

eGFR kan även beräknas från cystatin C-koncentration i plasma, som varken påverkas av ålder, kön eller muskelmassa. Standardiserade och gemensamt kalibrerade metoder för cystatin C saknas dock ännu. Cystatin C-koncentrationen påverkas vid thyreoideadysfunktion, graviditet och vid behandling med kortikosteroider, vilket leder till fel vid skattning av eGFR.

SBU:s värdering är att cystatin C-formler ger likvärdig noggrannhet som kreatininformler. Kombinations- och medelvärdesformler som baseras på både kreatinin och cystatin C förbättrar noggrannheten i alla GFR-intervall jämfört med en av markörerna.

Konsekvenser för läkemedelsdosering

Ett dilemma som uppkommer som en konsekvens av rapportens slutsatser är att de äldre metoder för skattning av njurfunktion som läkemedelsdosering vanligtvis baseras på har otillräcklig noggrannhet enligt SBU. Framtida anvisningar för läkemedelsdosering och doseringsanvisning bör vara baserade på de noggrannaste metoderna för att skatta njurfunktion. Sammanfattningsvis talar all evidens för att Cockcroft-Gault ska utrangeras och ersättas av CKD-EPI eller Lund-Malmö-formeln. Övergången kommer att ske stegvis.

* P₃₀ anger hur stor andel av skattade GFR-värden som ligger inom ±30 procent av uppmätta GFR-värden och anses som en robust standard. Ett P₃₀ på t ex 75 procent betyder att 75 procent av skattade värden ligger inom ±30 procent av uppmätta GFR-värden.

” SBU:s värdering är att cystatin C-formler ger likvärdig noggrannhet som kreatininformler.

Källa:

SBU. Skattning av njurfunktion. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. Webbpublikation 121204. <http://korta.nu/njurfunktion>

Minskade kostnader för receptläkemedel 2012

Trenden med stigande landstingskostnader för receptläkemedel bröts under 2012. Kostnaderna minskade med några procent trots treprocentig volymökning.

Av Sten Ronge, Björn Wettermark

Basläkemedel mot hjärt-kärlsjukdomar ökade kraftigt i volym liksom basläkemedel som naproxen och paracetamol samt kalcium och D-vitamin i fast kombination. Flera av dessa läkemedel hör till de mest använda i befolkningen, se Figur. Topplistan omfattar mest läkemedel för korttidsanvändning som smärtstillande, antibiotika och hostmediciner, men också flera hjärt-kärläkemedel för kroniskt bruk.

Återhållsam introduktion av nya läkemedel

Warfarin, rekommenderad tromboemboliprofylax vid bland annat förmaksflimmer, användes av ungefär 1,6 procent av befolkningen, varav ungefär en femtedel fick warfarin för första gången. Det nya antikoagulationsmedlet

dabigatran (Pradaxa) nyinsattes på ungefär en femtedel så många patienter som warfarin. Under året introducerades en rad nya specialläkemedel. Teleprevir (Incivo) mot hepatitis-C var det nya medel som förskrevs till flest individer, drygt 160. Drygt 90 patienter fick fingolimod (Gilenya) mot MS. Tillsammans med metylfenidat (Concerta) mot ADHD, 5 500 patienter, var det dessa som steg mest i belopp under året. Nästan lika mycket steg även arbirateron (Zytiga), ett nytt peroralt medel mot hormonrefraktär prostatacancer.

Ökning av PPI-recept

Recepten på protonpumpshämmare (PPI) har under lång tid ökat år från år trots Kloka Råd om återhållsamhet. Un-

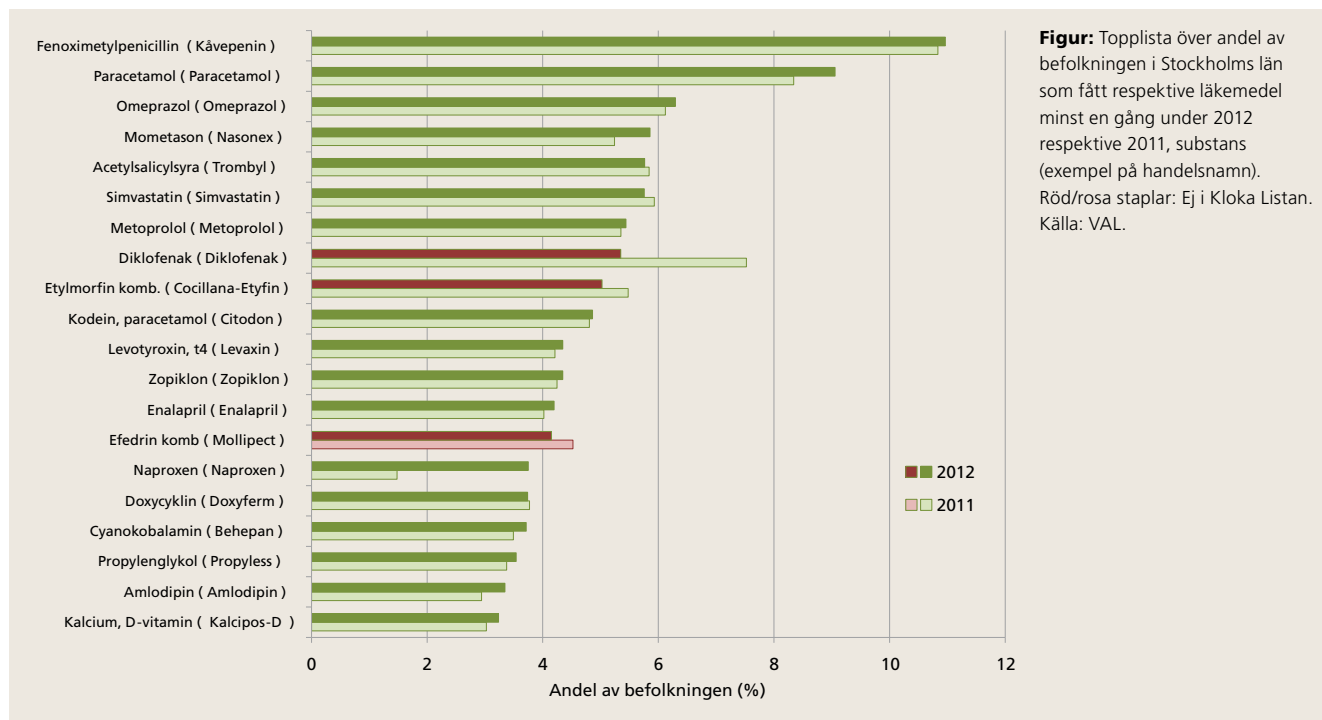




FOTO: ISTOCKPHOTO

der 2012 ökade andelen av befolkningen som fick omeprazol till 6,3 procent, Figur. Nästan var tredje individ 85 år eller äldre hämtade ut protonpumpshämmare och mer än var femte i åldrarna 75-84 år.

Priskonkurrens även bland specialläkemedel

Kostnadsökningarna för specialläkemedel balanserades av minskningar på grund av utgående patent och ökad generisk konkurrens. Följsamheten till Kloka Listan 2012 var oförändrat 79 procent. Förskrivningen av antibiotika minskade något för hela befolkningen. Till barn fortsatte andelen fenoximetylpenicillin av luftvägsantibiotika att öka. Äldre fick i linje med nationella rekommendationer fortsatt mindre av såväl långverkande bensodiazepiner, propiomazin som tramadol. Däremot fortsatte förskrivningen av antikolinerga läkemedel till äldre att öka. Framförallt ökade förskrivningen av läkemedel mot inkontinens hos kvinnor.

För subvention förskriv generiskt kandesartan

Patentet på kandesartan har gått ut. Originalpreparatet Atacand (Astra Zeneca) ingår inte i läkemedelsförmånen sedan den 1 december 2012.

Av Elin Jerremalm

När Atacand inte längre omfattas av högkostnadsskyddet kan inte utbyte till generika ske på apoteken. Det innebär att förskrivare måste skriva ut generiskt kandesartan (Candesartan, Candexetil, Candesartan ...) för att patienter fortsättningsvis ska få subventionerade kandesartanläkemedel.

Apoteken får dock byta ut läkemedlet till generika inom förmånen, om receptet skrivits ut när läkemedlet fortfarande var subventionerat.

Vissa styrkor av Atacand Plus ingår fortfarande i läkemedelsförmånen (32 mg/12,5 mg och 32 mg/25 mg). Det finns registrerat parallellimporterat Atacand inom förmånen, men produkten tillhandahålls inte längre.

Källor:

1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Läkemedel som förlorat subvention ska få bytas ut. <http://korta.nu/TLV110413>
2. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. <http://korta.nu/kandesartan>

Förtydligande om torra ögon

I förra numret av Evidens publicerade vi en artikel om torra ögon, där vi bland annat beskrev hur man diagnostiserar torra ögon eller keratokonjunktivitis sicca. Tyvärr uttryckte vi oss otydligt och man kunde få intryck av att man kan ställa diagnosen Sjögrens syndrom med en ögonundersökning.

Sjögrens syndrom är en systemisk sjukdom som har varierande sjukdomsmanifestationer. Diagnoskriterierna är flera. Man kan inte ställa diagnosen Sjögren enbart på ögonengagemang. Keratokonjunktivitis sicca kan ses vid andra tillstånd än Sjögrens syndrom.

LEIF TALLSTEDT

ORDFÖRANDE I EXPRTRÅDET FÖR ÖGONSJUKDOMAR

Karolic en resurs för hela länetets läkemedelsfrågor

– Vi svarar på sjukvårdens frågor om läkemedel, hur enkla eller krångliga de än är, säger Ylva Böttiger, docent, överläkare/specialist i klinisk farmakologi, enhetschef, Karolinska läkemedelsinformationscentralen (Karolic).

Av David Finer Foto Ulf Hinds



Ylva Böttiger

Vem får kontakta Karolic med en läkemedelsfråga?

Karolic är knuten till Karolinska Universitetssjukhuset men är en resurs för sjukvården i hela länet. Vi serverar sjukvården och frågorna kan vara hur enkla eller krångliga som helst, men frågan bör vara kopplad till en specifik patient ungefär som när man kontaktar andra konsultspecialiteter inom sjukvården. Oftast får vi hjälpa till med de krångliga läkemedelsfrågorna som man inte lätt hittar svaren på i Fass.

Hur många frågor får ni?

Vi utreder 4-5 frågor om dagen.

Hur arbetar ni?

Frågorna besvaras av läkare och farmaceuter i samverkan. Verksamheten är kopplad till klinisk farmakologi, och specialistläkare i klinisk farmakologi rondar frågorna. Vi har ett systematiskt arbetssätt, som stått sig sedan starten för snart 40 år sedan. Vi tar emot en frågeställning, gör en literatursökning, utvärderar, sammanställer och svarar, ofta i två steg, där vi ger ett preliminärsvaret snabbt och senare ett mer genomarbetat, skriftligt svar, som också sparas i en databas.

Hur många frågor har ni i databasen?

Vår databas Drugline innehåller över 14 000 dokument och är sedan den 1 januari i år tillgänglig för alla via drugline.se. Vi publicerar även utvalda svar i Läkartidningen, under rubriken Läkemedelsfrågan samt på Janusinfo.se.

Vad handlar frågorna om?

Den största gruppen – 36 procent – handlar om biverkningar. Därefter kommer interaktioner med 24 procent. Övriga frågor kan gälla till exempel terapi, kinetik, graviditet, amning eller dokumentation.

Vilka är det som frågar?

Omkring en tredjedel av frågorna kommer från primärvården, 60 procent från slutenvården. Fyrtio procent av frågorna kommer från Karolinska universitetssjukhuset och resten utifrån.

Och kan ni svara på frågorna?

Våra kundundersökningar visar att omkring 9 av 10 frågeställare tycker att de får ett relevant svar. Svaret kan ibland vara att det inte finns något stöd i litteraturen – det är också viktigt att veta.

I vilken mån påverkar era svar den kliniska handläggningen?

I ungefär två av tre fall påverkar svaret den kliniska handläggningen av en enskild patient, i omkring 20 procent av fallen handläggningen av flera patienter, och i omkring fem procent av fallen påverkar vi genom ändrade rutiner eller i fem procent påverkade genom ändrade riktlinjer.

Kan du ge ett exempel på en fråga från primärvården?

Kan man ge tramadol till patient som reagerat med angioödem och urtikaria på citodon? (för svaret, se Janusinfo.se)

Hur finansieras verksamheten?

Sedan början av 1980-talet har vi på olika vägar haft anslag från SLL centralt. Inför 2013 är finansieringen oklar – vi har hamnat mellan stolarna – men vi håller tummarna för ett fortsatt stöd. Jag är övertygad om att den kunskapsspridning vi bidrar med i vården är lönsam på både kort och lång sikt.

Kontaktuppgifter Karolic:

E-post: karolic@karolinska.se, Telefon: 08-585 810 60

Postadress: Läkemedelsinformationscentralen (Karolic), Klinisk farmakologi, C1:68, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, 141 86 Stockholm

Stockholms läns läkemedelskommitté



Eva Andersén Karlsson
Ordförande
Docent, överläkare, enhetschef
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Johan Bratt
Vice ordförande
Docent, chefläkare,
Kvalitet och Patientsäkerhet,
Karolinska Universitetssjukhuset



Marja-Liisa Dahl
Professor, verksamhetschef
Klinisk farmakologi,
Karolinska Universitetssjukhuset



Stina Fransson Sellgren
Med dr, sjuksköterska
Omvårdnadsenheten,
Karolinska Universitetssjukhuset



Jan Hasselström
Med dr, allmänläkare
Storvretens Vårdcentral, Tumba



Roger Henriksson
Professor, avdelningschef
Regionalt cancercentrum
Stockholm-Gotland,
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Paul Hjemdahl
Professor, överläkare
Klinisk farmakologi,
Karolinska Universitetssjukhuset



Kristina Johansson
Leg apotekare,
farmaceutisk sekreterare,
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Thomas Kahan
Professor, överläkare
Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus



Inga Klarin
Med dr, överläkare
Geriatriska kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Synnöve Lindemalm
Med dr, bitr överläkare
Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Karolinska Universitetssjukhuset



Rickard Malmström
Docent, överläkare
Klinisk farmakologi,
Karolinska Universitetssjukhuset



Mussie Mshghina
Docent, överläkare
Psykiatri Sydväst



Christer Norman
Allmänläkare
Salems Vårdcentral



Marie-Louise Ovesjö
Med dr, överläkare
Klinisk farmakologi, Södersjukhuset



Peter Persson
Farm dr, apotekare
Chefläkargruppen,
Capio S:t Görans sjukhus



Michael Runold
Med dr, överläkare
Lung- och allergikliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset



Marie Sundström
Medicinskt ansvarig
sjuksköterska, Hässelby-Vällingby
stadsdelsförvaltning



Björn Wettermark
Docent, apotekare, enhetschef,
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen



Rumiana Zlateva
Specialistläkare i kardiologi
och intermedicin, CityHeart
Hjärtspecialistmottagning

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.

MARS

12 tisdag, kl 12.00–13.00

Update om läkemedel på Karolinska Solna:

Nyheter i Kloka Listan 2013

Plats: Karolinska Solna,

K5 restaurangen, Matsal 1

Målgrupp: Läkare

13 onsdag, kl 08.00–16.00

En dag för Stockholms ST-forum 2013:

Vad gör patienten när doktorn inte ser?

Plats: Norra Latin, Drottninggatan 71B,

Stockholm, Pelarsalen

Målgrupp: ST-läkare allmänmedicin

13 onsdag, kl 18.00–19.30

Onsdagsseminarium med tema:

Alkoholkomplikationer

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

14 torsdag, kl 14.00–16.00

Diabetes – en folksjukdom

Plats: Geriatriken hus 42 Danderydssjukhus,
samlingsalen bv.

Målgrupp: Sjuksköterskor

14 torsdag, kl 12.00–16.30

Fortbildning för specialister i allmänmedicin, Norrtälje:

Fästingburna sjukdomar.

Plats: Havsörnen, Norrtälje sjukhus

Målgrupp: Specialistläkare

22 fredag, kl 11.45–13.00

Update om läkemedel på Södersjukhuset:

Gastrointestinal cancer – aktuell behandling.

Plats: Södersjukhuset, Restaurang Rackarbackens
konferensrum Stora Blå

Målgrupp: Läkare

APRIL

9 tisdag, kl 12.30–16.00

**Diabetesbehandling i tiden – val av lämplig insulinregim
och annan blodsockersänkande behandling.**

Plats: World Trade Center Stockholm, Klarabergsviadukten 70 eller

Kungsbron 1. Lokal: New York

Målgrupp: Distriktssköterskor, Diabetessjuksköterskor

11 torsdag, kl 14.00–16.00

Smärta – ur ett helhetsperspektiv!

Plats: CapioGeriatrisk , Åstorpsringen 6, Enskededalen,

Aulan /samlingsalen, plan -1,

Målgrupp: Sjuksköterskor

15–19 kl 09.00–16.30

Veckokurs på heltid

Kurs i Äldrepsykiatri – utom demenser.

Plats: Summit Hitech, Sveavägen 9-11, lokal: Steven, plan 2, Stockholm

Målgrupp: ST-läkare, Specialistläkare

17 onsdag, kl 18.00–19.30

Onsdagsseminarium med tema:

Demens ABC Plus Primärvård

Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17

Målgrupp: Läkare, Sjuksköterskor

19 fredag, kl 13.30–16.30

Efterutbildning för allmänläkarna i sydvästra Stockholm:

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Plats: Huddinge Konferenscenter, Patron Pehrs Väg 3,

Huddinge centrum

Målgrupp: Allmänläkare sydvästra Stockholm

25 torsdag kl 14.00 – 16.00

Hjärtsvikt – vår stora folksjukdom

Plats: Södertälje sjukhus hus 18, plan 6 sal 3.

Målgrupp: Sjuksköterskor