



# Evidens

## MEDICIN & LÄKEMEDEL

EN TIDNING FRÅN STOCKHOLMS LÄNS LÄKEMEDELSKOMMITTÉ  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN



TEMA:

## Opioider vid icke-cancerrelaterad smärta

Karl-Fredrik Sjölund,  
överläkare, Smärtcentrum,  
ANOPIVA-kliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Äldreknappen i Janusfönster  
och NjuRen på webben

■ UPPDATERAT SID 2-3

Opioider mot långvarig,  
icke-cancerrelaterad smärta

■ TEMA SID 4-8

Expertrådet för analgetika  
och reumatologiska  
sjukdomar presenteras

■ PRESENTATION SID 9

Goda livsstilsråd  
blir ofta dyra

■ NYA STUDIER SID 10

Lokalbehandling  
basen vid akne

■ AKTUELLA RIKTLINJER SID 12

Nationellt vårdprogram för  
prostatacancer

■ AKTUELLA RIKTLINJER SID 13

Hög andel lågkonsumenter av  
kodeinkombinationer

■ FÖRSKRIVNING I SIFFROR SID 14-15

Fortbildningskalendarium

■ SID 16



## Äldreknappen i Janusfönster och NjuRen på webben

■ ■ ■ Sedan början av juni har Äldreknappen (visas som ett Ä) funnits i journalsystem med beslutsstödet Janusfönster inom Stockholms läns landsting. Dessa journalsystem är Medidoc, Profdoc JIII, Kliniken, Galactic och TakeCare. Tjänsten fungerar bra och störningsfritt.

Äldreknappen blir röd när en patient 75 år och äldre har läkemedel som bör undvikas enligt Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

Vid klick på knappen visas patientens läkemedelslista, markering av de läkemedel som bör undvikas, konsekvens och rekommendation samt länk till Socialstyrelsens rapport.

Ingen utbildning behövs för att använda Äldreknappen. Bildspel och broschyr kan beställas via e-tjanster@sll.se

Nyligen lanserades också NjuRen på webben, som är tillgänglig för alla inom SLL.net via <http://njuren.sll.se>. Tidigare var NjuRen bara tillgänglig för användare med TakeCare i SLL via Janusfönster.

NjuRen på webben, <http://njuren.sll.se>

När användaren manuellt matat in patientens kreatininvärde, kön, födelseår och läkemedel, ger NjuRen evidensbaserade rekommendationer om läkemedelsdosering utifrån patientens njurfunktion.

DAVID FINER

■ **Läs mer:** <http://njuren.sll.se>

## Tre nyheter om paracetamol



BILD: ISTOCK

■ ■ ■ En australiensisk studie publicerad i The Lancet visar att paracetamol inte hjälper mot ryggskott, där det ofta används idag. I studien ingår 1 652 patienter, som behandlats vid 235 olika primärvårdsmottagningar. Alla hade sökt för akut insättande, lågt sittande ryggsmärta. De lottades till tre grupper, som behandlades i fyra veckor – en grupp fick paracetamol 4 g/dag, en annan grupp fick ta preparatet vid behov (dock maximalt 4 g/dag), och en placebogrupp fick ingen farmakologiskt aktiv behandling.

Skillnaden mellan den tid det tog för värken att försvinna i behandlingsgrupperna (17 dagar i genomsnitt) och placebogruppen (16 dagar) var försumbar. För sekundära effektmått – bland annat skattning av smärta respektive livskvalitet – sågs inte heller några större skillnader mellan grupperna.

■ ■ ■ Läkemedelsverket föreslår att receptfria paracetamoltablett (inga andra beredningsformer) efter den 1 mars 2015 bara ska få säljas på apotek. Förgiftningsfallen har ökat på grund av ökad tillgänglighet.

■ ■ ■ Den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA fastslår att samband saknas mellan användningen av paracetamol under graviditet och påverkan på barnets neuropsykiatriska utveckling.

DAVID FINER

■ **Läs mer:** Williams C, et al. Lancet. Epub 23 jul 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60805-9. <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Forsaljning-av-paracetamol-i-tablettform-tillats-endast-pa-apotek/> <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Europeisk-utredning-ger-stod-for-att-paracetamol-kan-anvandas-under-graviditet/>

## Tillfällig risk för förväxling med oxikodon vid namnbyte

■ ■ ■ Under en övergångsperiod ska alla långverkande oxikodonläkemedel byta namn så att ordet "Depot" läggs till i läkemedelsnamnet. Under tiden krävs skärpt vaksamhet för att minska förväxlingsrisken.

Oxikodon är godkänt för användning vid långvarig, svår opioidkänslig smärta, som cancersmärta. På grund av förväxlingsrisk med kortverkande vanliga tabletter beslutade Läkemedelsverket i mars att ordet

+ DEPOT

"Depot" ska läggas till i namnet för alla långverkande oxikodontabletter/-kapslar.

Det kan ta olika lång tid innan alla förekommande förpackningar bär det nya namnet med "Depot". Samtidigt får förpackningar med både det gamla och det nya namnet säljas parallellt i en månad. Under övergångsperioden på ett år eller mer finns en tillfälligt förhöjd risk för förväxlingar.

Därför krävs särskilt skärpt vaksamhet vid förskrivning, receptexpedition och användning. Det är av största vikt att läkemedlen även fortsättningsvis identifieras med namn, styrka och beredningsform för att särskilja produkterna. Indikation och behandlingstid ska alltid anges, liksom en tydlig doseringsanvisning som anger hur läkemedlet ska användas, exempelvis 1 x 2 eller vid behov (max x tabl/dag).

DAVID FINER

■ **Läs mer:** Nyheter. Läkemedelsverket. Skärpt vaksamhet krävs när långverkande oxikodonläkemedel byter namn, 140703.

## Fokus på NOAK och diabetesriktlinjer

I juni dryftades antikoagulantibehandlingen i Stockholm i Svenska Dagbladet. Läsaren kunde tro att för få patienter med förmaksflimmer i Stockholm antikoagulantibehandlas, i synnerhet med nya antikoagulantia (NOAK). En uppenbar partsinlaga i läkemedelsföretagens intressen. Warfarin rekommenderas fortsatt i första hand som strokeprofylax vid förmaksflimmer. NOAK är inte visat effektivare/säkrare för svenska förhållanden. Specifika motmedel saknas i rutinsjukvård. Doseringarna är inte individanpassade, trots kraftiga individvariationer i läkemedelshalter och effekter. NOAK kan passa i vissa situationer men kräver goda kunskaper, rutiner och god uppföljning i hela sjukvården. Andelen personer med förmaksflimmer som får antikoagulantia i Stockholms län är 58 procent. Hälften av flimmerpatienter som får sitt första recept på antikoagulantia får de nya medlen.

Socialstyrelsens preliminära uppdaterade nationella riktlinjer för diabetes mellitus siktar på hjärt-kärlrisken. Använd riskkalkylator (NDR), behandla blodtryck, identifiera patienter med mikroalbuminuri och statinbehandla flera. Bra blodsockerinställning är viktig vid nydiagnosticerad diabetes typ 2, men var försiktig vid ökad hjärt-kärlrisk. Nyare blodsockersänkande läkemedel har måttlig effekt – till skillnad mot insulinbehandling – och är lågt prioriterade av Socialstyrelsen.

Välkomna till våra fortbildningar!

EVA ANDERSÉN KARLSSON

*Docent, överläkare,  
Ordförande i Stockholms läns läkemedelskommitté*



**EVIDENS, MEDICIN & LÄKEMEDEL Nr 4, 2014** 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 · Christer Norman, allmänläkare · Eva Wikström Jonsson, docent, klinisk farmakolog · Sten Ronge, apotekare · Anna Riesenfeld, apotekare · Eva Karlsson Holm, allmänläkare · Karin Nordin, apotekare, medicinjournalist · Layout: Magnus Edlund · E-post lakemedelskommittén@sl.se · www.janusinfo.se · Tryck: Ineko, Stockholm 2014 · Omslagsbild: Överläkare Karl-Fredrik Sjölund, Smärtcentrum, ANOPIVA-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna. Fotograf, Ulf Hinds · För referenser till artiklarna, hör av dig till redaktionen: lakemedelskommittén@sl.se

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



# Övertro på smärtfrihet av opioider

**Förskrivningen av opioider vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta har ökat kraftigt. Problem som följer inkluderar beroendeproblematik och dödsfall. Överdriven fokus på läkemedel kan försvåra dialogen om andra, eventuellt mer framgångsrika, behandlingar. Möjligheten att med läkemedel uppnå smärtfrihet är tyvärr liten. Vid behandlingsstart bör läkaren tillsammans med patienten formulera ett rimligt, konkret och mätbart behandlingsmål i termer av funktions- eller aktivitetsvinster som är viktiga för patienten och som kan följas upp.**

Av Karl-Fredrik Sjölund, överläkare, Smärtcentrum, ANOPIVA-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Nyare studier ger skäl att omvärdera den smärtstillande effekten av opioider vid långtidsbehandling. De problem som kan bli följderna av en misslyckad opioidbehandling kopplas till en mindre patientgrupp. Noggrann patientselektion och uppföljning är viktigt. Aktuella behandlingsrekommendationer finns på [www.viss.nu](http://www.viss.nu). Här anges följande riskfaktorer:

1. Ålder under 50 år.
2. Psykisk ohälsa, exempelvis depressions- och/eller ångestproblematik.
3. Beroendeproblematik.
4. Hög dos, motsvarande över 90 mg morfin peroralt/dygn eller mer.
5. Avvikelse mot överenskommen behandlingsplan.

Opioidernas smärtlindrande effekt vid de flesta typer av akut vävnadsskadesmärta (nociceptiv smärta) har starkt vetenskapligt stöd. Ett tillräckligt starkt stöd finns även vid cancerrelaterad smärta. Bland annat studier av postoperativ smärta ifrågasätter ändå tanken att opioider är "det starkaste". Andra analgetika, inte minst NSAID-preparat/COX-hämmare – och även icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder – visar i ett flertal studier smärtlindrande effekt som matchar gängse opioiddoser.

## Stor andel av lidandet

Begreppet långvarig, icke-cancerrelaterad smärta omfattar smärta som inte beror på sjukdom med kort förväntad överlevnadstid och som kvarstår mer än tre alternativt sex månader, eller utöver den normala läkningstiden efter en kroppsskada. Det handlar om en stor andel av lidande och funktionsnedsättning som gör att individer söker vård. Ofta saknas tydlig

förklaring till smärtan.

Patofysiologin vid långvarig smärta är mindre känd än vid en tillfällig akut smärta. Smärttillstånd lokaliserade till rörelseapparaten dominerar, men smärta från inre organ och neuropatisk smärta med direkt koppling till skada eller sjukdom i nervsystemet är ganska vanligt. Samma principer gäller för behandling med opioider oavsett genes enligt ovan, även om rekommenderad behandling i övrigt skiljer sig åt. Opioidbehandling är undantaget, aldrig regeln vid behandling av långvarig, icke-cancerrelaterad smärta.



Karl-Fredrik Sjölund

FOTO: ULF HINDS

## Stark ökning sedan 2002

Sedan Läkemedelsverket 2002 publicerade rekommendationer för långtidsbehandling med opioider vid icke-cancerrelaterad smärta har förskrivningen ökat kraftigt. Vid tiden för publicering av riktlinjerna debatterades rätten till smärtlindring, ofta formulerat som "rätten till opioidbehandling". Representanter för den internationella smärtforskningsföreningen (IASP) talade om opioidbehandling av smärta och lidande, och läkemedelsindustrin agerade med marknadsföring utifrån en stor möjlig marknad. Smärtbehandling med opioider fick ett skimmer av mänsklig rättighet. Att smärtan skulle vara opioidkänslig, och att det saknades evidens för positiva effekter av opioider på lidande nämndes inte. I USA adderades medikolegala aspekter. Läkare riskerade bli stämda om de inte



tillmötesgick patientens önskemål om förskrivning. Allt gav bränsle till vad som mest utpräglat i USA beskrivits som en "opioidepidemi".

### Görs ingen skillnad

I rekommendationerna på [www.viss.nu](http://www.viss.nu) görs ingen skillnad mellan "svaga/starka" opioider respektive tramadol och tapentadol. Underlaget är otillräckligt för att säga att preparat eller administreringsformer skiljer sig åt vid långtidsbehandling. I rekommendationerna från 2002 anges att långtidsverkande perorala preparat ska användas. Vetenskapen bakom detta är svag. Tanken är att snabbverkande preparat har större risk för beroendeutveckling. Man har utgått ifrån vilken "drug-likning" olika preparat ger. Hög fettlöslighet och snabbt upptag ger mer "drug-likning". Att det motsvarar risk för beroendeutveckling vid smärtbehandling är inte visat. Andra faktorer kan vara viktiga. Opublicerade data från Stockholms läns landsting visar ingen skillnad mellan kodein och morfin avseende beroende-

som behandlas länge. Tolerans är en trolig förklaring. Vid cancerrelaterad smärta är det sällan ett problem om en patient med kort överlevnad behöver ökande dos så länge effekten är bra. Det är annorlunda om patienten förväntas leva länge. En metod som prövas är opioidrotation. Tanken är att "återställa" effekten genom byte till ett annat preparat för vilket tolerans inte uppkommit. Publicerade studier ger ingen entydig bild. Rotation till metadon har nått viss popularitet men kräver stor vana och strukturerad uppföljning. Studier med långtidsuppföljning krävs för att klarlägga om opioidrotation ska användas. Exempelvis genetisk variation kan förklara varför vissa individer inte förefaller utveckla tolerans.

Rekommendationen är att trappa ned och sätta ut behandlingen om behandlingsmålet inte längre nås. Vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta är det inte troligt att dosökning eller preparatbyte fungerar varaktigt när den smärtlindrande effekten avtar. Om smärtlindringen försvunnit innebär utsättningen långsiktigt inte att patientens

” *Vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta är det inte troligt att dosökning eller preparatbyte fungerar varaktigt när den smärtlindrande effekten avtar.*

utvecklingsrisk. Tramadol förekommer som problempreparat trots att det inte är självklart att det hos flertalet har betydande opioidreceptorstimulerande effekt. Enkelhet att förskriva ett preparat, marknadsföring, och bristande uppföljningsrutiner kan vara mer avgörande för vilka preparat som dyker upp inom beroendevården än skillnader mellan preparaten i sig.

Det har också tillkommit data om såväl fysiologiska effekter av långtidsbehandling, som kliniska studier med långtidsuppföljning avseende smärtlindrande effekt och epidemiologiska studier. Den försiktiga entusiasmen för opioider har blivit rejält naggad i kanten. Behandlingstidens längd i tidigare studier var ofta 8–12 veckor. Antagandet att behandlingseffekten skulle vara bestående har visat sig tveksamt. Flertalet kontrollerade studier med längre uppföljning visar hur effekten avtar och att det till slut inte är någon skillnad mellan opioidbehandling och placebo.

### Rotation mot tolerans

Ett intressant forskningsfält är toleransutveckling. Det ska förväntas av alla dagens opioider. Om man kan utveckla preparat som inte ger toleransutveckling skulle det kunna ha stort värde. Data från förskrivning i Sverige visar att allt högre tablett- och plåsterstyrkor förskrivs till dem

smärta ökar. Vissa patienter rapporterar övergående ökad smärta under nedtrappningen. Opioidinducerad hyperalgesi är ett annat fenomen som uppmärksammas. Om det förekommer vid långtidsbehandling vid icke-cancerrelaterad smärta är oklart, men i så fall kommer behandlingen inte att vara framgångsrik. Hormonrubbingar och immunologiska effekter är andra exempel på fysiologiska effekter av opioider som studeras.

### Stor förskrivning till få

I studierna med positiva resultat exkluderades patienter med psykisk ohälsa. Den komplexa smärtpatienten har ofta både smärtproblem och psykisk ohälsa. Även i den patientgruppen har förskrivningen ökat. En liten andel av behandlade patienter står för en stor andel av den totala förskrivningen, kopplat till behandlingsrelaterade problem, inklusive dödsfall (jämför s. 14–15). Samsjuklighet i form av psykisk ohälsa är överrepresenterad. Begreppet "adverse selection" har myntats i USA och beskriver att ju fler riskfaktorer för komplikationer en patient uppvisar, desto större är sannolikheten att opioider förskrivs och att dosökning sker. Opioider förskrivs systematiskt alltså till just de patienter där behandlingen är extra riskabel. Så snett har det nog inte gått i Sverige.

I Stockholms läns landsting förskrivs starka opioider mest till äldre patienter och i låga styrkor. Det är rimligt. Uppmärksammandet av kardiovaskulära risker förknippade med NSAID lyfter fram opioider som behandlingsalternativ för selekterade patienter med exempelvis smärtsam artros. Förskrivningsmönstret skiljer sig mellan olika opioidpreparat. Oxikodon har ökat kraftigt. Preparatet har i USA blivit en symbol för opioidförskrivningsproblemet med klar koppling till patientgrupper i utsatta miljöer där illegala

” *En effektiv behandling av långvarig smärta brukar istället beskrivas som en behandling som förbättrar patientens funktion och livskvalitet.*

droger har starkt fäste. I Sverige är gruppen smärtpatienter väl skild från gruppen opioidberoende narkomaner. Inom Stockholms läns landsting avviker oxikodon en aning från övriga ”starka opioider” med något större förskrivning till yngre patienter, företrädesvis kvinnor. Uppgift om bakomliggande diagnos saknas vilket manar till försiktighet med slutsatser, men de vanliga kvinnodominerade smärttillstånden i yngre åldrar lämpar sig inte för opioidbehandling.

### Få fortsätter behandling

I stort speglar förskrivningen av starka opioider förekomsten av artros och cancersjukdomar. Epidemiologiska studier belyser även andra sidor av förskrivningen. Det stora flertalet människor med långvarig svår smärta behandlas inte med opioider. Flertalet behandlingar avbryts relativt snabbt. Biverkningar och utebliven effekt är antagligen vanliga skäl. Bara i storleksordningen 20–25 procent av behandlingarna fortsätter som långtidsbehandling. Att behandlingen har fortsatt smärtlindrande effekt är inte självklart. I en nyligen publicerad studie redovisas att flertalet som behandlas kontinuerligt ändå har fortsatt hög smärtintensitet. Ett fynd i samma studie är att omfattande behandling med bensodiazepiner, låg fysisk aktivitetsnivå och behandling med många olika läkemedel är kopplad till ökad sannolikhet för att en kontinuerlig behandling med opioider påbörjas.

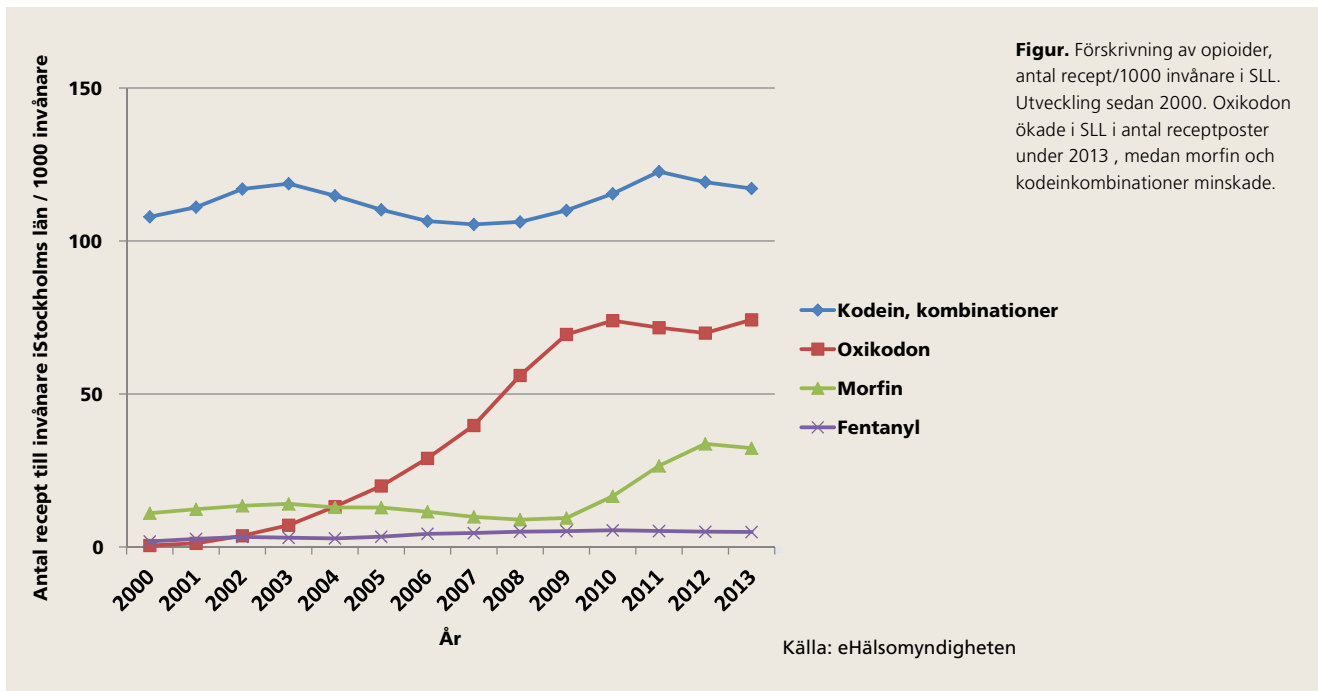
Att patienten önskar bli smärtfri är förstäligt. Vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta är möjligheten att uppnå detta tyvärr liten. En effektiv behandling av långvarig smärta brukar istället beskrivas som en behandling

som förbättrar patientens funktion och livskvalitet. Vid behandlingsstart ska man tillsammans med patienten formulera ett rimligt, konkret och mätbart behandlingsmål i termer av funktions- eller aktivitetsvinster som är viktiga för patienten och som kan följas upp. Behandlingen bedöms framgångsrik om målet nås utan begränsande biverkningar. Jag hör ofta patienter säga att förutsättningen för att avsluta opioidbehandlingen är att annan effektiv läkemedelsbehandling ges istället. Det sägs när vi enats om att behandlingen inte fungerar. Det är förbryllande. Är utsättandet av en ineffektiv behandling villkorad med att en annan behandling först påbörjas? Har sjukvården förmedlat tankegången till patienten, och förespeglat möjligheter till smärtlindrande läkemedelsbehandling långt utöver vad verkligheten kan erbjuda?

### Specialiserad smärtvård stöttar

Den specialiserade smärtvårdens uppgift är att stötta andra vårdgivare i det utmanande arbetet med patienter med komplex smärtproblematik. Rekommendationerna i [www.viss.nu](http://www.viss.nu) beskriver ”inklusions- och exklusionskriterier” för opioidbehandling som bedöms rimlig att genomföra och följa upp utan att smärtspecialist konsulteras. Gränserna för ökad risk är medvetet fyrkantigt satta för att underlätta för användare inom exempelvis primärvård. Den specialiserade smärtvården vid akutsjukhusen inom Stockholms läns landsting välkomnar att man genom remiss har en dialog kring patienter som ligger utanför den ”okomplicerade” patientgruppen. Det innebär inte att en opioidbehandling regelmässigt ska erbjudas patienter med ökad riskprofil, och att den då ska skötas av den specialiserade smärtvården. Den specialiserade smärtvården åtar sig inte förskrivnings- eller uppföljningsansvar för behandling man bedömer olämplig (detsamma gäller alla vårdgivare). Den som förskriver opioider har alltid, helt undantagslöst, ansvaret för uppföljning av behandlingen. Här finns klart förbättringsutrymme kring den inte speciellt stora, tydligt avgränsade patientgrupp kring vilken det mesta av problemen cirkulerar.

Som remissbedömare vid en smärtvårdsenhet ser jag ofta remisser gällande patienter som uppvisar samtliga riskfaktorer, har multipla förskrivare och ett fortsatt svårt smärthandikapp. Smärtproblematiken är ofta av en typ där opioidbehandling inte borde ha aktualiserats. Bilden präglas av upprepade utredningar och remisser till specialistenheter. Trots att smärtspecialist(er) rekommenderat utsättning återinsätts eller ökas opioidbehandlingen följt av ännu en remiss till smärtspecialist. Den positiva sidan av myntet är att riskbedömningen sällan handlar om



**Figur.** Förskrivning av opioider, antal recept/1000 invånare i SLL. Utveckling sedan 2000. Oxikodon ökade i SLL i antal receptposter under 2013, medan morfin och kodeinkombinationer minskade.

en svåridentifierad gräns på en normalfördelningskurva. Problemen hopar sig till en liten grupp. Bilden motsvarar det från USA beskrivna "adverse selection". I situationer där opioidbehandling har stor risk att leda till allvarliga problem och mycket liten sannolikhet att göra nytta bör behandlingen inte ges. Patienter har rätt att avstå från föreslagna behandling men kan inte kräva att få en behandling du bedömer olämplig.

### Problembehandling börjar akut?

Vi vet inte mycket om hur det går till när dessa uppenbart olämpliga behandlingar påbörjas. Jag tillåter mig att spekulera. Jag tror att det ofta finns en akut smärta vid skada eller akut sjukdom i bakgrunden. En behandling som inte avslutas när den akuta perioden är över. Ett exempel: Patienten har långvarig ryggsmärta. I ett försök att komma till rätta med detta görs en operation. Patienten får postoperativ smärtbehandling. Patienten har fortsatt ont, och den postoperativa behandlingen fortsätter utifrån tanken att avslutandet förutsätter att smärtan försvunnit.

Ett problem är att vi inte vet hur länge en smärta ska betraktas som akut. Ett annat är om den som utfärdar det första receptet tar för givet att behandlingen kommer att avslutas, men att nästa förskrivare istället antar att den första förskrivaren tagit ställning till behandlingen även på

längre sikt. De absolut flesta opioidbehandlingar vid akuta skador och efter operationer avslutas efter kort tid även utan särskilda direktiv. Det är för att skydda den lilla grupp där behandlingen blir vägen in i ett stort lidande som kravet på behandlingsplan och uppföljning är viktigt redan vid korttidsbehandling. Det ska bara finnas EN förskrivande enhet. Statistik över hur stor mängd kodein som förskrivits per patient i SLL, visar att det finns en liten grupp med höga doser och flera förskrivare. Detta är klart olämpligt. Läkemedelsförteckningen ger information om vilka receptbelagda läkemedel patienten hämtat ut. Att kontrollera detta inför förskrivning av opioider är en lämplig rutin. Att patienten samtycker till detta är en självklar förutsättning för att recept ska utfärdas.

### Behandlande läkare beslutar

I slutänden måste behandlande läkare besluta vad man bedömer vara bästa alternativ för just den aktuella patienten. Den individ man har framför sig motsvarar inte medelvärdet i publicerade studier. Att långtidsbehandling med opioider vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta antagligen inte ger varaktigt smärtlindrande effekt för den fiktiva medelpatienten utesluter inte att behandlingen kan vara bra för just patienten du har framför dig. Trots de ogynnsamma oddsen finns möjlighet att vända situationen



till patientens fördel. Strikt patientselektion, noggrann uppföljning och utvärdering är sannolikt nyckeln. Om man jämför med behandling av högt blodtryck: Syftet med blodtrycksbehandling är att minska risken för framtida kardiovaskulär sjukdom. Det är omöjligt att veta vilken patient som faktiskt kommer att ha nytta av behandlingen.

Flertalet patienter behandlas egentligen under lång tid ”i onödan” utan att gå fria från biverkningar.

En opioidbehandling vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta kommer oftast inte att vara framgångsrik. Behandlingen kan då avslutas utan att någon större skada skett. Ingen som inte själv har nytta av behandlingen behandlas vidare. Många kommer själva att efterfråga att preparatet sätts ut. Några kommer att fortsätta om läkaren inte säger annat även om de inte upplever att behandlingen hjälper. Några få behöver omfattande stöd för att avsluta behandlingen trots att behandlingsmålet inte uppnås. En liten grupp beskriver en framgångsrik behandling med funktionshöjande effekt och ringa biverkningar och efterfrågar inte dosökning. En strukturerad uppföljning av all smärtbehandling är till stor hjälp för att identifiera dessa grupper. Om uppföljningen brister kommer läkemedelsberoende att uppkomma och undvikbara dödsfall att inträffa.

” *En effektiv behandling av långvarig smärta brukar istället beskrivas som en behandling som förbättrar patientens funktion och livskvalitet.*

### Ett tillfälligt verktyg

Hur ska vi förhålla oss till de välgjorda behandlingsstudier som visade att opioider lindrar smärta i några månader för en selekterad patientgrupp vid utvalda smärttillstånd? Resultaten är lika giltiga som senare studier som visar att effekten sedan försvinner. Möjligen finns här en viktig ledtråd.

Ska opioidbehandling vid icke-cancerrelaterad smärta ses som en möjlighet att ibland kunna dämpa smärtintensiteten under en period under vilken man även fokuserar på behandlingar som i sig har möjlighet till mer långsiktigt positiva effekter? Jag tänker på livsstilsförändringar, fysisk träning och andra beteendeförändringsfokuserade insatser.

Opioidbehandlingen kanske just ska ses som ett tillfälligt verktyg, en tidsbegränsad behandling. Evidensbaserad läkemedelsbehandling vid långvarig, icke-cancerrelaterad smärta är idag inte alls samma sak som för tio år sedan. Att göra en klok avvägning mellan opioidliberala rekommendationer och nyare varningssignaler är inte lätt. Att kategoriskt avfärda opioidbehandling som alternativ vid långtidsbehandling av icke-cancerrelaterad smärta kan visa sig vara lika fel som en fortsatt okritisk förskrivning.



## Expertrådet Analgetika och reumatologiska sjukdomar



**Carl-Olav Stiller**

Docent, överläkare, ordförande  
Klinisk farmakologi,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Eva Karlsson Holm**

Allmänläkare  
Ektorps vårdcentral



**Susanne Elfving**

Informationsapotekare  
Hälsa- och  
sjukvårdsförvaltningen



**Sofia Ernestam**

Med dr, överläkare  
Reumatologkliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Per Fürst**

Överläkare  
Palliativ vård,  
Stockholms sjukhem



**Per-Johan Jakobsson**

Docent, ST-läkare  
Reumatologkliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Karl-Åke Jansson**

Med dr, överläkare  
Ortopedikliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Stefan Lundeberg**

Med dr, överläkare  
Barnanestesi-kliniken,  
Astrid Lindgrens barnsjukhus



**Jan Persson**

Med dr, överläkare  
Anestesi-kliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Bo Ringertz**

Docent, överläkare  
Reumatologkliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset



**Maria Sjö Dahl**

Specialist i allmänmedicin  
Vårdcentralen Visby Norr



**Karl-Fredrik Sjölund**

Med dr, överläkare, Anestesi-  
och intensivvårdskliniken,  
Karolinska universitetssjukhuset

# Goda livsstilsråd blir ofta dyra

**Livsstilsrådgivning har viss effekt hos patienter med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom visar en ny metaanalys. Men effekterna är små vilket gör insatserna dyra.**

Av Karin Nordin

I en ny systematisk översikt och metaanalys från USA gick forskare igenom över 7 000 studier om rådgivning kring kost och fysisk aktivitet. Undersökningar där försökspersonerna hade åtminstone en kardiovaskulär riskfaktor som exempelvis hypertoni eller metabola syndromet valdes ut. Däremot exkluderades studier som hade deltagare med bekräftad diabetes eller hjärtkärlsjukdom. Det resulterade i 74 studier där deltagarna fått rådgivning inriktad på att förändra beteenden kring kost och fysisk aktivitet. Undersökningar med kontrollerade dieter eller övervakad fysisk aktivitet med tränare ingick inte i översikten.

– Det är en välgjord metaanalys som visar att livsstilsinterventioner har effekter hos patienter med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, men att de är mycket små. Många små effekter tillsammans kan dock vara till nytta för patienten, säger Paul Hjemdahl, professor, överläkare i

Klinisk farmakologi vid Karolinska universitetssjukhuset och ordförande i expertrådet för hjärtkärlsjukdomar.

## Osäkert om påverkar hjärtat

Enligt de sammanslagna beräkningarna hade så kallad intensiv livsstilsrådgivning positiva effekter på försökspersonernas beteenden kring kost och motion. De ledde också till minskade kolesterolnivåer, blodtryck, blodglukosvärden och en lägre incidens av diabetes efter ett till två år. Men effekterna var mycket blygsamma.

– Forskarna skriver att det finns osäkerhet om effekterna kvarstår längre än 1–2 år och att det är osäkert om man påverkar morbiditet eller mortalitet i hjärt-kärlsjukdom. En del av de studier som ingår har baserats på ganska resurskrävande interventioner med upp till 30 timmars kontakt med personerna. Jag tycker inte att sådana primärpreventiva insatser kan motiveras i svensk sjukvård med de små effekter man får, säger Paul Hjemdahl.

## Inga större sjukvårdsresurser

Författarna till studien påpekar att effekten troligtvis också är större i den här typen av studier än om liknande livsstilsrådgivning gavs i den kliniska vardagen. Även om livsstilsråden är effektiva skulle de kräva resurser som idag inte ingår i eller ersätts för i den amerikanska vården, menar de.

– Alla är överens om att livsstilar ska påverkas i positiv riktning, men denna artikel talar för att man inte ska lägga några större sjukvårdsresurser på detta i primärprevention. Däremot är enklare livsstilsrådgivning och kanske fysisk aktivitet på recept, FaR, motiverad för att få patienten mer medveten. Blodtryckssänkande läkemedelsbehandling ger till exempel betydligt större och säkrare effekter om patienterna fullföljer den men tyvärr är bristande följsamhet ett stort problem. Råd om livsstil kan komplettera och förstärka behandlingseffekterna av läkemedel.

### Referens:

Jennifer S. Lin et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle in Persons With Cardiovascular Risk Factors. *Ann Intern Med.* doi:10.7326/M14-0130

BILD: ISTOCK



# Evidens motverkar överdriven diagnostik och behandling

**Utvärdera oftare potentiella skador av behandlingar. Undersök fler specifika tillstånd med risk för överdiagnostik och överbehandling som exempelvis lungemboli. Redovisa och uteslut expertjäv. Det är några förslag i en PLOS-essä i syfte att motverka "överbehandlingsepidemin".**

Av David Finer

FOTO: © DENNY LORENTZEN



Bakom förslagen i essän står Roy Moynihan, David Henry och Karel Moons. Författarna har bland annat gjort sig kända för att ha återupptäckt och dokumenterat fenomenet "disease-mongering", en form av medikalisering.

## Kännbara kostnader

Höginkomstländer konfronteras enligt författarna av en "epidemisk" överdiagnostik med kännbara mänskliga och samhälleliga kostnader som följd.

Överdiagnostik uppträder när allt känsligare testmetoder identifierar avvikelser som är utan betydelse, inte progredierar eller som går tillbaka och som – om de lämnas utan behandling – inte orsakar besvär eller är livsförkortande. Sådan överdiagnostik kan leda till överbehandling.

Många faktorer driver på överdiagnostiseringen. Hit hör teknologiska landvinningar som allt känsligare visualiseringstekniker och biomarkörer samt gränsvärdesförskjutningar för sjukdomar och behandling, vilka leder till att fler människor medikaliseras.

Några exempel:

- upptäckten av harmlösa bröstlesioner har identifierats som en etablerad risk med mammografi

- utvidgade definitioner av kronisk njursjukdom gör att många äldre etiketteras som sjuka
- lägre tröskelvärden för ADHD-diagnos ökar oron för överdiagnostisering
- känsligare visualiseringsmetoder driver på behandlingen av potentiellt godartade lungembolier.

## Lämnar sex förslag

Författarna lämnar följande sex förslag för att förbättra evidensbasen och motverka överdiagnostik och överbehandling:

- I vetenskapliga studier och översiktsartiklar bör författare i introduktions- och diskussionsavsnitten regelmässigt hantera frågor om överdiagnostik och därmed besläktad överbehandling.
- Det behövs fler tillståndsspecifika studier och översikter om risken för överdiagnostik och överbehandling, exempelvis vid lungembolidiagnostik.
- Gör fler rigorösa rutinmässiga utvärderingar av potentiella skador förknippade med behandlingar, tester, och förändrade sjukdomsdefinitioner.
- I behandlingsstudier och översikter bör en tydligare stratifiering göras i förhållande till riskerna vid baslinjen, detta för att bättre identifiera behandlingsgränser, där fördelarna kan förmodas överväga skadorna.
- I studier och översikter av testers träffsäkerhet bör det tydligare anges vilka sjukdomstillstånd/-stadier som är aktuella, och testernas träffsäkerhet bör länkas till konsekvenser för behandling och patientutfall.
- Se till att experter som bedömer och ändrar sjukdomsdefinitioner redovisar och utesluter jäv, och ge akt på den potentiella skadan likväl som den potentiella nyttan i föreslagna förändringar.

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

# Lokalbehandling basen vid akne

**Välj i första hand lokalbehandling vid akne. I vissa fall kan tidsbegränsad peroral antibiotikabehandling med tetracyklin eller lymecyklin, vid maximalt två tillfällen, vara motiverad. Vid svår nodulär/nodulocystisk akne remitteras till dermatolog för ställningstagande till behandling med isotretinoin. Det framgår av nya behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket och Folkhälsoinstitutet.**

Av Elin Jerremalm

Utvärtes behandling är grunden och ska ges kontinuerligt, utom vid isotretinoinbehandling.

- Vid komedoakne är adapalen (Differin) förstahandspreparat.
- Vid mild papulopustulös akne är bensoylperoxid (Basiron AC), adapalen och azelainsyra (Finacea, Skinoren) förstahandspreparat.
- Vid medelsvår papulopustulös akne är kombinationen bensoylperoxid–adapalen (Epiduo) förstahandspreparat. Kombinationen bensoylperoxid–klindamycin (Duac) är andrahandspreparat och används i högst tre månader på grund av resistensrisken.

## I svårare fall

Vid svår papulopustulös akne, eller vid otillräcklig effekt av lokalbehandling som prövats i 6–12 veckor, kan tre månaders peroral antibiotikabehandling med tetracyklin eller lymecyklin ges som tillägg till lokalbehandling. Enligt de nya rekommendationerna bör antibiotikabehandlingen upprepas högst en gång. Vid otillräcklig effekt remitteras till hudspecialist för ställningstagande till isotretinoin.

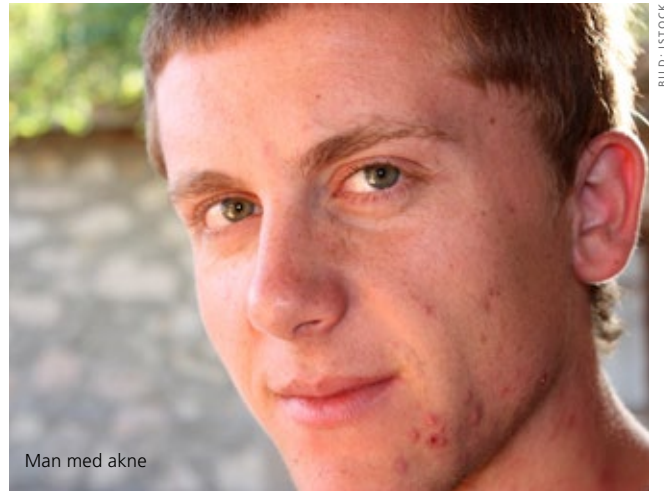
Lokalbehandling med adapalen eller bensoylperoxid–adapalen ska fortsätta under lång tid efter antibiotikakuren för att förebygga återfall.

För kvinnor med behov av antikonception kan lokalbehandlingen istället kombineras med kombinerade hormonella medel. Kombinationer som innehåller etinylestradiol och gestagenerna drospirenon eller desogestrel har effekt på akne.

## Minska resistensrisken

Den kliniska betydelsen av resistens vid akne är inte säkerställd, men enligt europeiska data är 50 procent av aknepatienterna koloniserade med erytromycin- och klindamycinresistenta *Propionibacterium acnes* och 20 procent med tetracyklinresistenta *P. acnes*. Vid antibiotikabehandling kan kombination med bensoylperoxid minska risken för resistens.

I Kloka Listan rekommenderas vid lindrig–medelsvår



Man med akne

BILD: ISTOCK

akne bensoylperoxid, adapalen eller adapalen–bensoylperoxid och vid medelsvår akne lymecyklin. Läs mer om akne i Stramas vårdprogram om hud- och mjukdelsinfektioner och på [viss.nu](http://viss.nu).

” Lokalbehandling med adapalen eller bensoylperoxid–adapalen ska fortsätta under lång tid efter antibiotikakuren för att förebygga återfall.

■ **Läs mer:** Läkemedelsverket. Nya rekommendationer för behandling av akne. Nyhet 2014-06-19 <http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2014/Nya-rekommendationer-for-behandling-av-akne/>

<http://www.janusinfo.se/Behandling/Strama-Stockholm/Vardprogram/Hud--och-mjukdelsinfektioner1/Akne/>



# Nationellt vårdprogram för prostatacancer

Nu finns 2014 års nationella vårdprogram för prostatacancer, inklusive en sammanfattning för allmänläkare på Regionalt Cancercentrums hemsida. På [viss.nu](http://viss.nu) finns också nyligen uppdaterade riktlinjer. Socialstyrelsen har också uppdaterat sin broschyr för män som funderar på att göra en hälsokontroll med PSA-prov.

Av David Finer

Nedan återges information om PSA-gränser för remiss till urolog och PSA-testning av symtomfria män.

## PSA-gränser för remiss till urolog

PSA ska inte tas hos män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år om man inte misstänker prostatacancer. Om PSA ändå har tagits, kan man i samråd med patienten avstå från remiss även vid högre PSA-värden än de som anges nedan om palpationsfyndet talar för godartad prostataförstoring.

- Män under 50 år: PSA 2–2,9 µg/l är en stark riskfaktor för senare allvarlig prostatacancer. Prostatapalpation bör utföras. Vid godartat palpationsfynd bör mannen rekommenderas PSA-prov vartannat år.
- Män under 70 år: PSA ≥ 3 µg/l
- Män 70–80 år: PSA ≥ 5 µg/l
- Män över 80 år: PSA ≥ 7 µg/l

5-alfareduktashämmare (finasterid och dutasterid) halverar PSA-värdet inom 1 år vid godartad prostataförstoring. Om PSA inte halveras eller ökar > 0,5 µg/l över det lägsta värdet under behandlingen är risken för cancer stor och patienten bör remitteras till urolog.

” PSA ska inte tas hos män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år om man inte misstänker prostatacancer.

## PSA-testning av symtomfria män

Män som inte har tagit del av innehållet i Socialstyrelsens PSA-broschyr ska inte PSA-testas, om de inte har symtom eller undersökningsfynd som talar för prostatacancer. Män som själva efterfrågar en prostatakontroll eller ett PSA-test ska få ta del av Socialstyrelsens PSA-broschyr och därefter handläggas enligt nedan:

- Män under 50 år ska upplysas om att prostatacancer är mycket sällsynt i deras ålder och att PSA-testning huvudsakligen är motiverad för män med ärftlighet för tidig prostatacancer.
- Män med förväntad kvarvarande livstid under 10 år ska avrådas från PSA-testning. Prostatapalpation kan vara av värde för äldre män som är oroliga för prostatacancer.
- Män över 50 år med mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid ska erbjudas PSA-testning, eventuellt kompletterad med prostatapalpation, om de önskar detta efter informationen om tänkbara fördelar och nackdelar med testningen.
- Följande intervall föreslås (undantag: ärftlig riskgrupp):
  - PSA < 1 µg/l hos män under 60 år: vart 6:e år.
  - PSA < 1 µg/l hos män över 60 år: ingen ytterligare PSA-testning.
  - PSA 1–3 µg/l: vartannat år. Vid ökning > 1 µg/l: nytt prov efter 1 år.
- Ärftlig riskgrupp: Män med två eller fler fall av prostatacancer i den nära släkten, varav någon diagnostiserats före 75 års ålder, har omkring 40 procents risk att drabbas. De bör få Socialstyrelsens PSA-broschyr och rekommenderas testning från 40–50 års ålder. Kontrollerna avslutas vid förväntad kvarvarande livstid under 10 år. Första kontrollen bör omfatta PSA och palpation. Därefter:
  - PSA < 1 µg/l: PSA vartannat år i primärvården.
  - PSA 1–1,9 µg/l: PSA årligen i primärvården.
  - PSA ≥ 2 µg/l: Remiss till en urolog.

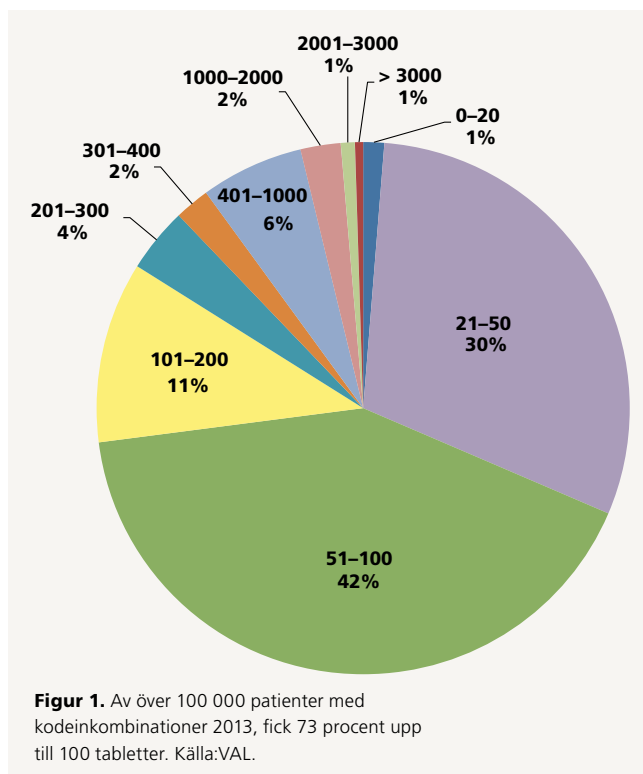
För information om felkällor vid bedömning av PSA-värden och uppföljning av patienter med förhöjt PSA hänvisas till vårdprogrammet på [www.cancercentrum.se/sv/vardprogram](http://www.cancercentrum.se/sv/vardprogram).

■ **Läs mer:** Socialstyrelsen. Om PSA-prov. Broschyr, 2014. <http://korta.nu/7Q>

# Kodeinkombinationer förskrivs mindre – särskilt till äldre

Den förskrivna volymen av kodeinkombinationer (Citodon med flera, Treo Comp) sjönk 2013, särskilt hos äldre i enlighet med Kloka Listans rekommendationer. Minskningen har fortsatt 2014. Förskrivningen skedde till stor del vid smärttillstånd av ny eller tillfällig karaktär. Primärvården var den största förskrivaren. Liksom för övriga analgetika var det större andel kvinnor än män som fick kodeinkombinationer och det gällde även äldre. Åtskillig förskrivning synes ske på oklart dokumenterad grund, men muskuloskeletala smärttillstånd och psykiska sjukdomar var ofta förekommande diagnoser hos patienterna.

Av Sten Ronge



Användningen av opioider har minskat i Stockholm under de senaste åren. Det gäller särskilt tramadol men även kodeinkombinationer och morfin. Samtidigt har paracetamol ökat kraftigt på recept, både räknat i antal patienter och volym. Även oxikodon har ökat, samtidigt som morfin minskade. Förändringarna torde i första hand kunna knytas till rekommendationerna om att undvika tramadol och kodein till äldre.

Vid sidan av rena analgetika har COX-hämmarna minskat kraftigt i antal utköpande individer. Den försiktigare

förskrivningen av COX-hämmare gäller äldre, vilket kan knytas till rekommendationer om försiktighet med tanke på risken för negativa cirkulatoriska effekter.

## Kodeinkombinationer dominerar

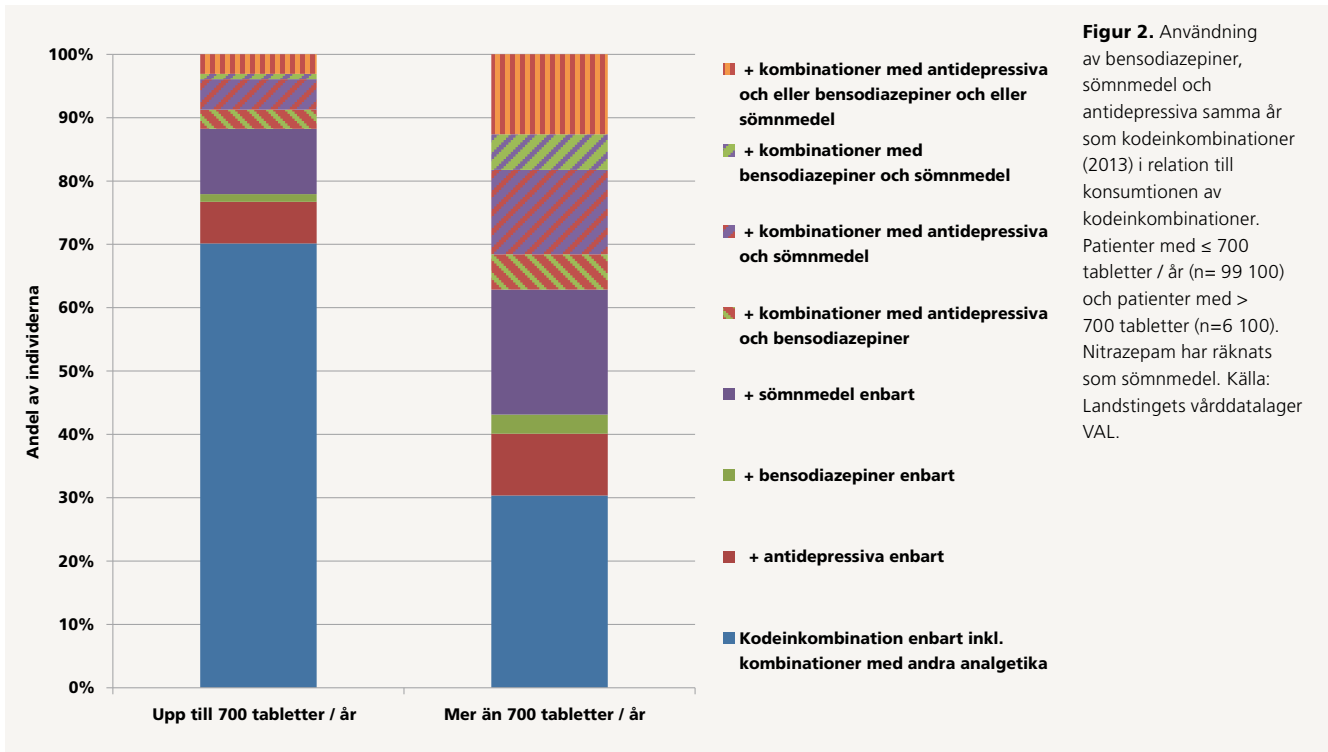
Försäljningen av opioider domineras helt av kodeinkombinationer, som 2013 köptes av 4,7 procent av Stockholmsarna, jämfört med 1,7 och 1,3 procent för oxikodon respektive tramadol. Övriga opioider förbrukades var och en av färre än en procent av befolkningen. Kodein/paracetamol (Citodon) finns i Kloka Listan, men detta har ifrågasatts med tanke på stora individuella variationer i effekt beroende på varierande omvandling av kodein till den aktiva metaboliten morfin.

Kodeinkombinationer förskrivs i volym till cirka 85 procent som kodein/paracetamol, mest som vanliga tabletter. Resten – kodein/acetylsalicylsyra/koffein (Treo Comp) – förskrevs 2013 till 0,3 procent av befolkningen. Andelen patienter med kodeinkombinationer var 2013 väsentligen högre i SLL än i övriga storstadsregioner och över riksnittet, som är 2,6 procent av befolkningen.

Den relativa användningen per åldersklass var störst i Stockholm i åldrarna 50–79 år. Det var relativt sett fler kvinnor än män i Stockholm som 2013 erhöll såväl kodeinkombinationer – 5,3 jämfört med 4,1 procent. Det fanns könsskillnader även för flertalet andra analgetika. Skillnaden störst för paracetamol. Könsskillnaderna för analgetika torde i första hand avspeglade att fler kvinnor än män söker vård för smärtproblematik. Könsskillnaden i konsumtion av paracetamol på recept gäller alla åldrar.

## Få högkonsumenter

Av över 100 000 stockholmare som 2013 fick kodeinkombinationer, fick 70 procent upp till 100 tabletter och 80 procent upp till 200 tabletter, Figur 1. En hög andel av



patienterna fick således begränsade mängder och de som fick upp till 50 tabletter torde mestadels ha fått ett engångsrecept. Cirka 70 procent av dem som fick kodeinkombination under 2013 hade inte fått läkemedlet under 2012. Antalet tabletter kodeinkombination per patient har vidare minskat både i Stockholm och i övriga landet.

Av närmare 99 100 patienter som vardera fick upp till 700 tabletter kodein/paracetamol per år fick cirka 40 procent – 42 200 – inga ytterligare analgetika på recept. Ungefär lika många – 41 200 – fick tillägg av paracetamol och eller COX-hämmare. Bland 6 100 patienter med högre konsumtion av kodein/paracetamol än 700 tabletter, var det en betydligt högre andel – en tredjedel – som fick andra analgetika. Således fick cirka 7 procent av dessa andra opioider jämfört med 2 procent hos dem med lägre konsumtion av kodein/paracetamol. Hos patienter med den högre förbrukningen fanns även en trend till högre andel konsumtion av bensodiazepiner, sömnmedel och antidepressiva jämfört med patienter med lägre analgetikakonsumtion, Figur 2.

### Mest i primärvården

Närmare 60 procent av volymen kodeinkombinationer i Stockholm 2013 förskrevs av primärvården. Ytterligare 15 procent förskrevs från ortopedi/internmedicin/kirurgi.

Hos patienter med en konsumtion av mer än 700 tabletter kodeinkombinationer svarade psykiatri, reumatologi och smärtmottagningar i högre grad för deras recept jämfört med patienterna med lägre konsumtion.

Det är svårt att närmare kartlägga insättningsorsakerna för kodeinkombinationer utifrån registerdata i VAL, då det saknas direkt koppling mellan förskrivna recept och journaluppgifter. De uppgifter som finns gäller endast vårdhändelser enligt vårdavtal med SLL. En väsentlig del av nyförskrivningen av kodeinkombinationer 2013 skedde postoperativt och efter undersökningar, tandbehandlingar och liknande, det vill säga efter vårdhändelser av engångskaraktär. Muskuloskeletala besvär var en ofta förekommande diagnos hos nyinsatta patienter med hög konsumtion. Hos högkonsumenter var ”Förnyelse av recept” en ofta förekommande ”diagnos”.

■ **Läs mer:** 1. NEPI Rapport Användningen av opioider, inklusive kodein och oxykodon i Sverige 2000-2013. <http://nepi.net/140721-kodein.htm> .

2. Wändell P et al. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. *Fam Pract.* 2013; 30:506-13.

# Kalendarium – ett axplock av fortbildningar



**Kom ihåg** att flera fortbildningar kräver föranmälan. Se [www.janusinfo.se/fortbildning](http://www.janusinfo.se/fortbildning) för fullständig information om kommande fortbildningsaktiviteter och föranmälan.

## Oktober

**6** måndag kl. 18.00–19.00 (buffé serveras från kl. 17.15)  
**”En patients resa genom vårdapparaten – vad kan vi lära?”**  
Bindande anmälan  
Plats: Stora Blå, entré via Hjalmar Cederströms gata 20, Södersjukhusets personalmatsal  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**15** onsdag, kl. 17.15–19.30  
(matig smörgås och dryck serveras från kl. 17.15)  
**Kolhydratskolan**  
Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17, Stockholm  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

## November

**6** torsdag kl. 08.00 – 16.30  
**Stockholms allmänläkardag**  
Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm  
Målgrupp: Allmänläkare

**6** torsdag kl. 17.30 – 20.00  
(samling med lättare förtäring från kl. 17.30)  
**Mer om handläggning av nyupptäckt njursvikt på Viss.nu**  
Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata, Stockholm  
Målgrupp: Läkare

**12** onsdag kl. 13.30–18.00  
**Infektioner på särskilda boenden – vilken roll har läkaren?**  
Målgrupp: Läkare på SÄBO.  
Plats: Stockholmssalen, Landstingshuset, Hantverkargatan 45, Stockholm  
Målgrupp: Läkare

**12** onsdag kl. 17.15–19.30 (matig smörgås och dryck serveras från kl. 17.15). Föreläsning startar kl. 18.00  
**Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa- HLM och BUM**  
Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17, Stockholm  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor

**13** torsdag kl. 17.00 – 20.00  
(samling med lättare förtäring kl. 17.00)  
**Praktisk spirometri**  
Plats: Lung-allergikliniken, Thorax plan 2, Karolinska Solna  
Målgrupp: Allmänläkare, distriktssköterskor  
Obs! Det finns även två tillfällen med samma program, även den 4 december

**17** måndag kl. 17.30–20.00  
(samling med lättare förtäring från kl. 17.30).  
**D-vitamin – vad gäller idag?**  
Plats: Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm  
Målgrupp: Läkare

**25** tisdag kl. 12.30–16.30  
**Update Geriatrik/Fokus äldre: Palliation**  
Plats: Magnus Ladulåsgatan 63 A, lokal ”Fataburen”, gå via receptionen  
Målgrupp: Geriatriker, ST-läkare i geriatrik

**27** torsdag kl. 9.00–16.00  
**Teknik kan ge en tryggare vardag för patienter med kognitiv svikt**  
Bindande anmälan  
Plats: Spårvagnshallarna, Birger Jarlsgatan 57 A, lokal ”Spårvagnen”, Stockholm  
Målgrupp: Läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster

## December

**3** onsdag kl. 17.00–21.00  
**Neuroradiologi vid demensutredning, vilken nytta har jag av det?**  
Plats: Westmanska Palatset, Holländargatan 17, Stockholm  
Målgrupp: Geriatriker

**4** torsdag kl. 17.00 – 20.00 (samling med lättare förtäring kl. 17.00)  
**Praktisk spirometri**  
Plats: Lung-allergikliniken, Thorax plan 2, Karolinska Solna  
Målgrupp: Allmänläkare, distriktssköterskor