

INVITASJON



PARADIGME

- en konferanse om hvordan du kan optimalisere behandlingen for dine hjertesviktpasienter

Tid: Fredag 13. mars – lørdag 14. mars 2020

Sted: Radisson Blu Scandinavia, Holbergsgate 30, Oslo

PARADIGME

- en konferanse om hvordan du kan optimalisere behandlingen for dine hjertesviktpasienter

Tid: Fredag 13. mars – lørdag 14. mars 2020

Sted: Radisson Blu Scandinavia, Holbergsgate 30, Oslo

Novartis Norge AS ønsker å invitere allmennleger til møte om hjertesvikt og ▼Entresto (sakubitril/valsartan). Gjennom interaktive workshops og diskusjon i grupper vil møtet gi en grundig innføring i diagnose, behandling og oppfølging av hjertesviktpasienten i allmennpraksis.

PROGRAM:

FREDAG 13. MARS:

- 17.00 – 17.30: Registrering og lett servering
- 17.30 – 17.45: Velkommen
v/Arvid Solli, Territory Manager, Novartis Norge AS
- 17.45 – 18.30: Introduksjon til kronisk hjertesvikt
v/kardiolog Kristina Larsby, UNN Tromsø
- 18.30 – 18.45: Pause
- 18.45 – 20.45: **Parallelle workshops** (se neste side for mer informasjon)
- Workshop 1:** Diagnose og behandling av kronisk hjertesvikt
v/kardiolog Kristina Larsby, UNN Tromsø & kardiolog Arnfinn Nanbjør, HjerteHjelp Hamar
- Workshop 2:** Det kardio-renale syndromet – et klinisk dilemma?
v/tbc
- 21.00: Middag på Radisson Blu Scandinavia, Oslo

LØRDAG 14. MARS:

- 08.30 – 09.30: Entrestos rolle i hjertesviktbehandlingen
v/PhD Peder Myhre, Akershus Universitetssykehus
& medisinsk rådgiver Helene Dugstad, Novartis Norge AS
- 09.30 – 09.45: Kaffepause
- 09.45 – 11.30: **Parallelle workshops** (se neste side for mer informasjon)
- Workshop 3:** Entresto – fra teori til praksis
v/kardiolog Gunnar Nyland, Haugesund Hjerterpraksis
- Workshop 4:** Hvordan strukturere oppfølgingen av hjertesvikt på allmennlegekontoret?
v/allmennlege Navnit Rattan, Brumunddal legesenter
- Workshop 5:** Den stabile hjertesviktpasienten – finnes den?
v/PhD Peder Myhre, Akershus Universitetssykehus
- 11.30 – 12.00: Oppsummerende sofabprat
- 12.00 – 12.30: Lunsj og hjemreise

Workshops

FREDAG 13. MARS:

Workshop 1: Diagnose og behandling av kronisk hjertesvikt

I denne workshopen vil du lære om diagnostisering av kronisk hjertesvikt i allmennpraksis og viktigheten av å bruke biomarkøren NT-proBNP. Det vil også bli fokus på initiering og optimalisering av hjertesviktbehandling i henhold til ESC-HF guidelines.

Workshop 2: Det kardio-renale syndromet – et klinisk dilemma?

Mange hjertesviktpasienter har nyresvikt og i denne workshopen vil det bli diskutert hvordan man kan håndtere nyresvikt hos hjertesviktpasienter. Hva gjør du når kreatinin og kalium stiger, og hvor kraftig stigning kan tolereres? Hva gjør du med hjertesviktbehandlingen hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon?

LØRDAG 14. MARS:

Workshop 3: Bruk av Entresto - fra teori til praksis

I denne workshopen vil du lære om praktiske aspekter ved behandling med Entresto. Det vil bli fokus på oppstart, dosering og titrering, og du vil få gode råd om hvordan Entresto-pasienten bør følges opp i allmennpraksis.

Workshop 4: Hvordan strukturere oppfølgingen av hjertesvikt på allmennlegekontoret?

Hjertesviktpasientene er en gruppe kronikere som trenger tett og regelmessig oppfølging av fastlegen, men hvordan kan du sikre at dette skjer i praksis? Hva kan vi lære av diabetesomsorgen når det kommer til strukturering av oppfølgingen? På denne workshopen vil du få tips om hvordan rutinekontroller og årskontroller kan systematiseres og gjennomføres, og det blir diskusjon om grenseoppgangen mellom spesialist og allmennlege.

Workshop 5: Den stabile hjertesviktpasienten – finnes den?

Pasienter med kronisk hjertesvikt med redusert ejeksjonsfraksjon har mange behandlingsalternativer, både medikamentelle og instrumentelle. I følge europeiske retningslinjer skal hjertesviktbehandlingen optimaliseres hvis pasienten er symptomatisk. Hvordan vurderer vi om en pasient er symptomatisk? Bør vi endre behandling når pasienten har milde symptomer og tilsynelatende er stabil? Hva er en stabil hjertesviktpasient?

Med vennlig hilsen
Novartis Norge AS

Barbra Terjesen
Sales and Brand Manager
Mob.: +4790671145
E-post: barbra.terjesen@novartis.com

C ▼Entresto «Novartis» Angiotensin II-reseptorantagonister og neprilysin-hemmer.

ATC-nr.: C09DX04

TABLETTER, filmdrasjerte 24 mg/26 mg, 49 mg/51 mg og 97 mg/103 mg: Hver tablett inneholdt: Sakubitril-valsartan-natriumsaltkompleks tilsv. sakubitril/valsartan 24,3 mg/25,7 mg, resp. 48,6 mg/51,4 mg og 97,2 mg/102,8 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Alle styrker: Titandioksid (E 171). 24 mg/26 mg og 97 mg/103 mg: Rødt og sort jernoksid (E 172). 49 mg/51 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejsjonsfraksjon hos voksne. **Dosering:** Kompleksformuleringen øker biotilgjengeligheten av valsartan. Anbefalt startdose 49 mg/51 mg 2 ganger daglig, med unntak av tilfellene beskrevet under. Dosen bør doubles i løpet av 2 uker. Ved toleranseproblemer (systolisk blodtrykk (SBP) ≤95 mm Hg, symptomatisk hypotensjon, hyperkalemi, nyresvikt), anbefales dosejustering av samtidig brukte legemidler, midlertidig nedtitrering eller seponering av kombinasjonen sakubitril/valsartan. Skal ikke gis i kombinasjon med ACE-hemmer eller angiotensinreseptorantagonist (ARB), se Kontraindikasjoner. Begrenset erfaring hos pasienter som ikke tidligere har brukt ACE-hemmer eller ARB, eller tatt lave doser av disse. Anbefalt startdose hos disse pasientene er derfor 24 mg/26 mg 2 ganger daglig, og langsom dosetitrering. Behandling skal ikke initieres ved serumkalium >5,4 mmol/liter eller SBP <100 mm Hg. Ved SBP ≥100 mm Hg bør startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig vurderes. Gjentatt dose: Neste dose tas til planlagt tid. Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon: Ingen dosejustering ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A). Bør brukes med forsiktighet ved moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B) eller ved ASAT/ALAT 2 × øvre normalområdet (ULN). Anbefalt startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon. Startdose 24 mg/26 mg 2 ganger daglig bør vurderes og er anbefalt ved hhv. moderat og alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. Barn og ungdom: Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Ingen data. Eldre: Dosen skal være i samsvar med nyrefunksjonen. Administrering: Kan tas med eller uten mat. Skal svelges med et glass vann. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Samtidig bruk av ACE-hemmer, pga. økt risiko for angioødem. Skal ikke tas <36 timer etter seponering av ACE-hemmer. Ved avbrutt behandling med kombinasjonen sakubitril/valsartan, skal ikke ACE-hemmerbehandling startes opp før etter minimum 36 timer. Kjent angioødem i anamnesen ved tidligere behandling med ACE-hemmer eller ARB. Arvelig eller idiopatisk angioødem. Samtidig bruk av aliskiren hos pasienter med diabetes mellitus eller nedsatt nyrefunksjon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, bilier cirrhose og kolestase (Child-Pugh C). 2. og 3. trimester av svangerskapet. **Forsiktighetsregler:** Hypotensjon: Symptomatisk hypotensjon er sett, spesielt hos eldre ≥65 år, ved nyresykdom og ved lav SBP (<112 mm Hg). Blodtrykk bør kontrolleres rutinemessig ved behandlingsstart og under dosetitrering. Ved hypotensjon anbefales midlertidig nedtitrering eller seponering. Dosejustering av diuretika, samtidig administrerte antihypertensiver og behandling av andre årsaker til hypotensjon (f.eks. hypovolemia) bør vurderes. Natrium og/eller nedsatt væskevolum bør korrigeres før behandlingsstart, men vurder nøye risikoen for overhydrering og volume overload. Nedsatt nyrefunksjon: Pasienter med lett/moderat nedsatt nyrefunksjon er mer utsatt for hypotensjon. Svært begrenset erfaring hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon, som kan ha størst risiko for hypotensjon. Forverret nyrefunksjon: Bruk kan være forbundet med redusert nyrefunksjon. Risikoen kan økes ytterligere ved dehydrering eller samtidig bruk av NSAID. Nedtitrering bør vurderes ved klinisk signifikant reduksjon i nyrefunksjonen. Hyperkalemi: Behandling skal ikke initieres ved serumkalium >5,4 mmol/liter. Økt risiko for hyperkalemi. Hypokalemi kan også forekomme. Tett oppfølging av serumkalium anbefales, spesielt ved risikofaktorer som nedsatt nyrefunksjon, diabetes mellitus, hypoadosteronisme, kaliumrikt diett eller bruk av mineralokortikoidantagonist. Seponering av kombinasjonen sakubitril/valsartan bør vurderes ved serumkalium >5,4 mmol/liter. Angioødem: Er sett. Seponer umiddelbart ved angioødem og igangsett nødvendig behandling og overvåkning, inntil fullstendig og vedvarende opphør av symptomer. Behandlingen skal ikke gjenopptas. Generelt opphører tilstanden uten behandling når hevelsene er begrenset til ansikt og lepper. Ingen erfaring ved angioødem i anamnesen, og forsiktighet anbefales. Mørkhudede har økt følsomhet for å utvikle angioødem. Nyrearteriestenose: Kan gi økt serumkreatinin og blodurininstoff hos pasienter med bilateral eller unilateral nyrearteriestenose. Forsiktighet er påkrevd, og tett oppfølging av nyrefunksjonen er anbefalt. NYHA-klasse IV: Forsiktighet bør utvises ved behandlingsstart pga. begrenset erfaring. B-type natriuretisk peptid (BNP): BNP er ikke egnet biomarkør for hjertesvikt hos pasienter behandlet med kombinasjonen sakubitril/valsartan, da BNP er et neprilysinsubstrat. NT proBNP er ikke et neprilysinsubstrat, og er derfor mer egnet. Bilkjøring/bruk av maskiner: Liten påvirkning. Forekomst av svimmelhet og fatigue bør tas i betraktning. **Interaksjoner:** Aliskiren: Kombinasjon med direkte reninhemmer er ikke anbefalt, se Kontraindikasjoner, da kombinasjonen gir dobbel blokade av renin-angiotensin-aldosteronsystemet. OATP1B1- og OATP1B3-substrater: Indikasjoner på at sakubitril hemmer OATP1B1 og OATP1B3. Økt systemisk eksponering for OATP1B1- og OATP1B3-substrater kan sees. Samtidig bruk øker Cmax og AUC av atorvastatin og dens metabolitter med opptil hhv. 2 og 1,3 ganger. Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med statiner. PDE5-hemmere: Forsiktighet bør utvises ved kombinasjon med PDE5-hemmere. Kalium: Samtidig bruk av kaliumsparende diuretika, mineralokortikoidantagonister, kaliumtilskudd, salterstatninger som inneholder kalium eller andre legemidler kan gi økt serumkalium og -kreatinin. Overvåkning av serumkalium anbefales. NSAID, inkl. selektive COX 2-hemmere: Samtidig bruk av NSAID kan gi økt risiko for forverring av nyrefunksjonen hos eldre, ved nedsatt væskevolum (inkl. ved diuretikabehandling) eller ved nedsatt nyrefunksjon. Ved samtidig bruk av NSAID anbefales tett oppfølging av nyrefunksjonen ved oppstart eller endring i behandlingen. Litium: Reversible økninger i serumlitiumkonsentrasjoner og toksisitet er rapportert ved samtidig bruk av litium og ACE-hemmere eller ARB. Kombinasjonen sakubitril/valsartan og litium er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke. Om nødvendig, anbefales nøye overvåkning av serumlitiumnivå. Risiko for litiumtoksisitet kan økes ytterligere ved samtidig bruk av diuretika. Furosemid: Ingen effekt på farmakokinetikken til kombinasjonen sakubitril/valsartan, men Cmax og AUC for furosemid reduseres med hhv. 50% og 28%. Nitrate: Samtidig bruk av i.v. nitroglyserin er assosiert med forskjell i hjertefrekvens på 5 slag/minutt sammenlignet med nitroglyserin gitt alene. Lignende effekt kan oppstå ved kombinasjon med sublinguale, orale eller transdermale nitrate. Dosejustering er vanligvis ikke nødvendig. OATP og MRP2: Den aktive metabolitten til sakubitril (LBQ657) og valsartan er substrater for OATP1B1, OATP1B3, OAT1 og OAT3. Valsartan er også substrat for MRP2. Samtidig bruk av hemmere av disse (f.eks. rifampicin og ciklosporin) kan derfor øke systemisk eksponering av LBQ657 eller valsartan. Forsiktighet skal utvises når samtidig behandling med slike legemidler startes/avsluttes. Metformin: Samtidig administrering kan redusere Cmax og AUC av metformin med 23%. Pasientens kliniske status bør evalueres ved behandlingsstart. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke anbefalt i 1. trimester. Kontraindisert i 2. og 3. trimester. Amming: Anbefales ikke. Utskillelse i human morsmelk er ukjent. Fertilitet: Ingen humane data. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Hjerte/kar: Hypotensjon. Nyre/urinveier: Nedsatt nyrefunksjon. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalemi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, kvalme, gastritt. Hjerte/kar: Ortostatisk hypotensjon. Lufteveier: Hoste. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine, synkope. Nyre/urinveier: Nyresvikt (akutt). Stoffskifte/ernæring: Hypokalemi, hypoglykemi. Øre: Vertigo. Øvrige: Fatigue, asteni. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Kløe, utslett, angioødem. Immunsystemet: Overfølsomhet. Nevrologiske: Postural svimmelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Hypotensjon. Behandling: Symptomatisk. Kan ikke fjernes ved hemodialyse pga. høy proteinbinding. Se Giftnformasjons anbefalinger for valsartan C09C A03. **Egenskaper:** Virkningsmekanisme: LBQ657 (sakubitrils aktive metabolitt) hemmer neprilysin, og nivået av peptider som nedbrytes av neprilysin, som natriuretiske peptider (NP), økes. NP aktiverer guanylatcyklase-reseptorer, noe som gir økt cGMP, som kan resultere i vasodilatasjon, natriurese og diurese, økt GFR og renal blodgjennomstrømming, hemming av renin- og aldosteronfrigjøring, reduksjon av sympatisk aktivitet, og anti-hypertrofisk og anti-fibrotiske effekter. Valsartan hemmer angiotensin II type 1 (AT1)-reseptoren, og også angiotensin II-avhengig aldosteronfrigjøring. Dette hindrer vedvarende aktivering av renin-angiotensin-aldosteronsystemet som ville føre til vasokonstriksjon, renal natrium- og væskeretensjon, aktivering av cellulær vekst og proliferasjon, og følgende maladaptiv kardiovaskulær remodellering. Absorpsjon: Tmax for sakubitril, LBQ657 og valsartan er hhv. 1 time, 2 timer og 2 timer. Absolutt biotilgjengelighet for sakubitril og valsartan er hhv. 23% og 60%. Steady state nås etter 3 dager. Proteinbinding: 94-97%. Fordeling: Gjennomsnittlig Vd av sakubitril og valsartan er hhv. 103 og 75 liter. Halveringstid: Gjennomsnittlig t½ av sakubitril, LBQ657 og valsartan er hhv. 1,43 timer, 11,48 timer og 9,9 timer. Metabolisme: Sakubitril omdannes raskt til LBQ657 av karboksylesteraser 1b og 1c, og metaboliseres ikke videre i signifikant grad. Ca. 20% av valsartandosen gjenfinnes som metabolitter. Utskillelse: 52 68% av sakubitril (primært som LBQ657) og 13% av valsartan og dens metabolitter utskilles i urin. 37 48% av sakubitril (primært som LBQ657) og 86% av valsartan og dens metabolitter utskilles i feces. **Pakninger og priser:** Tablett, filmdrasjerte 24 mg/26 mg, 28 stk, kr 714,50, Tablett, filmdrasjert 97 mg/103 mg, 56 stk, kr 1392,70, Tablett, filmdrasjert 49 mg/51 mg, 56 stk, kr 1392,70, Tablett, filmdrasjert 97 mg/103 mg, 168 stk, kr 4105,70, Tablett, filmdrasjert 49 mg/51 mg, 168 stk, kr 4105,70. **Refusjon:** C09D X04_1 Valsartan og sakubitril. Refusjonsberettiget bruk: Behandling av symptomatisk kronisk hjertesvikt med redusert ejsjonsfraksjon hos pasienter som tidligere er behandlet både med en betablokker og en ACE-hemmer eller angiotensin II-antagonist (ARB)

Refusjonskode:	ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
	K77	Hjertesvikt	236	150
			Hjertesvikt	236

Vilkår:

236 Refusjon ytes kun til pasienter med -NYHA klasse II-IV -Ejeksjonsfraksjon (EF) mindre eller lik 35 % bestemt ved ekkokardiografi, angiografi, myokardscintigrafi, computertomografi (CT) eller magnetomografi (MR) EF mindre eller lik 35 % skal være oppfylt under behandling med maksimalt tolererbare doser av betablokker, ACE-hemmer eller ARB og eventuelt mineralokortikoidantagonist

Sist endret: 06.01.2016 (iht. SPC 27.11.2019)

Ved å melde meg på dette arrangementet erklærer jeg at reglene som gjelder min arbeidsplass er fulgt og at tillatelse er innhentet fra arbeidsgiver. Hvis jeg er ansatt ved et helseforetak bekrefter jeg at arbeidsgiver/jeg skal dekke hele reise- og oppholdskostnaden knyttet til arrangementet og jeg bestiller reise og overnatting selv.

Novartis er medlem av Legemiddelindustriforeningen (LMI) og våre møter avholdes i samsvar med offentlige lover og forskrifter, Bransjereglene samt i samsvar med avtaler om samhandling som LMI har inngått med Den norske legeforening, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Sykepleierforbund og De regionale helseforetakene. Samhandling mellom helsepersonell og legemiddelindustri skal skje i former og på måter som verken skaper avhengighetsforhold eller er egnet til å så tvil om dette forhold. All samhandling skal være preget av ryddighet, åpenhet og skriftlighet. For bedre å kunne gi relevant medisinsk informasjon til helsepersonell har Novartis, eller andre firmaer som arbeider på vegne av oss, utarbeidet arbeidsregistre med kontaktinformasjon på helsepersonell. Behandling av personopplysninger skjer etter den til enhver tid gjeldende lovgivning. Vårt firma har tatt forholdsregler for å unngå ulovlig behandling av personopplysninger. Oppgir du din e-postadresse samtykker du til at firmaet kommuniserer med deg på e-post. Novartis videregir ikke dine personopplysninger. Du har når som helst rett til å få ulovte opplysninger som er registrert om deg, få dataene slettet, eller reservere deg mot å være registrert. Novartis Norge kan kontaktes på telefon 23 05 20 00. Arrangør dekker møtekostnader, tilretteleggingskostnader, foredragsholdere og andre honorar, undervisningsmateriell, samt måltider knyttet til det faglige arrangement etter gjeldende takster. Arbeidsgiver/helseforetak/helsepersonell må selv dekke reise- og oppholdskostnader knyttet til arrangement av typen som beskrevet i denne invitasjonen. Unntak fra dette er advisory boards og investigatormøter hvor arrangør også dekker reise- og oppholdskostnader. Vårt firma ønsker å bidra til at de regler og prosedyrer for egenbetaling som gjelder for helseforetaket blir fulgt.