

Prövningen

Informationsblad från Apotekarsocieteten sektion för klinisk prövning

Nov 2010

Ordförande har ordet



Source Data Verification (SDV) är ett ämne som av och till kommer upp för diskussion. Frågan är då ofta vad som gäller avseende behovet och vad gäller avseende externa krav

på denna aktivitet. Just nu är ämnet återigen aktuellt, inte minst med tanke på programmet på sektionens temadag (den 9/11 2010) i samband med Läkemedelskongressen.

Genom att utföra Source Data Verification önskar vi ofta uppnå ett tillstånd av perfektionism – all information ska vara korrekt. Därför kontrollerar vi varje siffra och varje bokstav och jämför med det vi definierar som ”original” siffran – eller Source Data. En fråga man kan tänka sig att ställa är om ”perfektionism” är ett självändamål eller om det finns någon speciell anledning till att vi vill ha helt perfekta data.

Varför vill vi ha perfekta data? Jo, troligen för att vi inte vill basera våra slutsatser på data som vi inte är helt säkra på är av god kvalitet. Slutsatser baserar vi ofta på statistiska analyser och frågan kokar då ihop till: Är det nödvändigt för statistisk trovärdighet att ha helt perfekta data?

Den typ av klinisk prövning vi ofta menar när vi säger ”klinisk prövning” är en prövning med en ”konfirmerande frågeställning”: Vi har en hypotes som vi vill bevisa – eller motbevisa. För att testa om en hypotes håller eller inte samlar vi in data på patienter.

För att veta hur många patienter som behövs gör man statistiska beräkningar och i dessa tar man hänsyn till variationen i data – MEN enbart för den primära effektvariabeln! Om vi inte bara har en variation mellan patienter utan dessutom ett mätfel (som vi kan kalla det om det skulle visa sig att en insamlad siffra inte är korrekt

i förhållande till originalet) så får vi addera detta mätfel för att få den totala variabiliteten – och då behöver vi fler patienter för att uppnå samma statistiska styrka som utan mätfel. Hur många fler beror på hur stort mätfelet är.

Men – detta är alltså bara för den primära effektvariabeln – alla andra variabler är av sekundärt intresse och ofta görs för dessa inte ens någon statistisk analys!

När det gäller analys av bieffekter är saken annorlunda. Då behöver vi skilja på enskilda patienters biverkningar och hela gruppens bieffekter. När det gäller enskilda patienters biverkningar (ofta serious adverse events) vill vi ofta inte analysera dessa utan att vara säkra på att data är korrekt. När det gäller bieffektanalys på gruppnivå är ofta läget samma som för sekundära effektvariabler, det vill säga fel i data förändrar variabiliteten men inte det förväntade medelvärdet.

Ovanstående resonemang gäller när felen i data är av slumpmässig karaktär och inte systematiska. Men det är de slumpmässiga felen vi avser minska när vi gör SDV. Slutsatsen av ovanstående är att vi inte gärna vill ha fel på data när det gäller primär effektvariabel och inte heller när det gäller data i samband med serious adverse events. I övrigt gör det faktiskt inte så mycket när det gäller slutsatsdragningen.

Ovanstående resonemang mynnar alltså ut i att SDV kan inskränkas till att endast ske för primär effektvariabel och data i samband med serious adverse events utan att det påverkar slutsatsdragning för studien eller enskilda patienter.

Nästa fråga att ställa sig blir ju sedan ganska naturligt... Om vi inte kräver helt korrekta data, eller har ambitionen att ha helt korrekta data, varför samlar vi då in dessa data...?

Mikael Åström



APOTEKARSOCIETETEN

SWEDISH ACADEMY OF
PHARMACEUTICAL SCIENCES

Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-723 50 00.
Fax 08-20 55 11. hemsida: www.apotekarsocieteten.se

Bidrag till nästa nummer senast den 3 december.

Ansvarig utgivare: Birgitta Karpesjö

Layout: Sanna Henriksson

Redaktionen



Peter Asplund
jp.asplund@hotmail.com
Terése Brunsell
terese.brunsell@bredband.net
Annica Jarl
annicajarl@hotmail.com
Lisbet Wahl
lisbet.wahl@pfizer.com
Helena Lomborg (Frågor och Svar)
helena.lomborg@bctconsulting.se

Innehåll

Ordförande har ordet	1	Bert Erstrands minne	5
Att delegera på ett effektivt sätt – ur en assistents perspektiv	3	Frågor och svar	6
2nd Clinical trial in the Nordic Countries – a conference in cooperation	4	Kalendarium	7
Notiser	5	Regional medlemsträff inom sektionen för klinisk prövning	7

Fakta om Sektionen för klinisk prövning

Vi bildades 1980 som en fristående förening men är sedan 1983 en sektion inom Apotekarsocieteten.

Sektionen har idag mer än 1 400 medlemmar och är den största av Apotekarsocietetens tretton sektioner.

Vår målsättning är att främja utvecklingen och höja kompetensen inom området klinisk prövning.

Vi anordnar årligen ett antal utbildningsaktiviteter och temadagar och deltar i Läkemedelskongressen.

Sektionen delar varje år ut ett stipendium till person som på olika sätt främjat utvecklingen inom klinisk prövning.

I samarbete med övriga intressenter i klinisk prövning i Sverige anordnar sektionen diplomering i klinisk prövning två gånger per år. En oberoende och kvalificerad kvalitetssäkring av personer som är verksamma inom klinisk prövning.

Prövningen kom ut med sitt första nummer 1983 och har sedan dess utkommit med fyra nummer per år.

Sektionens styrelse 2010

Mikael Åström, ordförande, AstraZeneca, Lund

Maria Carlestål, vice ordf, Sanofi-Aventis, Bromma

Camilla Palmqvist, sekreterare,

Onkologiskt centrum, SU/Sahlgrenska, Göteborg

Charlotte Asker Hagelberg, Klinisk Farmakologi,
Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Henny Gustafsson, Apoteket vid
Universitetssjukhus i Lund

Gunn Johansson, Neurokliniken,
Universitetssjukhuset, Linköping

Kaj Stenlöf, Centrum för klinisk prövning,
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Katarina Thor, Läkemedelsverket, Uppsala

Annica Jarl, Konsult inom Life Science, Stockholm

Ewa Berndtson, Abbott Scandinavia AB, Solna

Östen Karlsson, AstraZeneca, Mölndal

Helena Risinggård, GlaxoSmithKline AB, Solna

Christine Angelin, TFS Trial Form Support
International, Lund

Louise Lunt, adjungerad, Läkemedelskademin,
Stockholm

Att delegera på ett effektivt sätt

– ur en assistents perspektiv

När min far skulle lära mig att orientera för en massa år sedan var det en sak han tjatade om hela tiden: förenkla! Förenkla kartbilden så att du koncentrerar dig på de stora, viktiga sakerna. Då kommer du fram till målet så mycket snabbare, sa han. Tyvärr saknade jag både talang och tillräcklig ambition för att bli en riktigt duktig orienterare men min fars kloka ord har jag haft med mig både i skolan och i arbetslivet.

Att arbeta med kliniska provningar kan jämföras med att ha fått en extremt detaljerad karta. Vi vet var vi startar och vi vet var vi vill hamna i slutet av studien, men på vägen finns det så mycket att tänka på, så många saker som måste göras och vissa av dem är lite mindre viktiga och vissa är nästan livsviktiga (i alla fall i vissa typer av studier).

När man arbetar som assistent inom kliniska provningar är det ibland svårt att förenkla eftersom man inte ser hela kartan. Då är det lätt att bli frustrerad och att uppgifterna tar onödigt mycket tid att slutföra.

Jag har pratat en hel del med mina assistent kollegor om det här under de senaste åren, då jag jobbat som assistent både på läkemedelsföretag och på CRO. Vi har diskuterat vad som kan vara bra att tänka på för den som delegerar en uppgift för att undvika tidstjuvar och onödigt dubbelarbete. Jag har därefter satt ihop en lista med några enkla tips:

1. Ge en tydlig och realistisk deadline. På så sätt är det lättare att planera arbetet och hinna be någon annan om hjälp om det kör ihop sig. Beroende på hur insatt man är i projektet kan det vara svårt att avgöra om något måste vara klart imorgon eller om det kan vänta till nästa vecka eller kanske till och med nästa månad, då behöver man hjälp med att göra den bedömningen.
2. Försök ge en prioriteringsordning om det är många uppgifter som ska utföras, sådant kan också vara svårt att avgöra om man inte är så insatt i projektet.
3. Har assistenten tillräcklig information för att kunna utföra uppgiften? Även om man oftast kan ta reda på det mesta tar det tid och för att undvika det kan man bifoga nödvändig information i form av en länk till ett dokument eller en kort instruktion.
4. Tar det lika lång tid att delegera som att utföra uppgiften själv? Delegera inte då. Det skapar bara dubbelarbete som kostar tid och pengar.



5. Tänk på att ge assistenten tid till att utföra uppgifterna, att vara konstant på stand-by är ofta stressande och även assistenter behöver lugn och ro för att jobba bra. Försök att planera i förväg så mycket som möjligt och förvarna om det är en större uppgift som är på gång.

6. Att göra en överenskommelse i början av projektet om att assistenten ska vara ansvarig för vissa uppgifter gör att du slipper fråga varje gång uppgiften ska utföras. Eget ansvar gör också assistentjobbet roligare och mer utvecklande.

7. Använd de tekniska hjälpmedel som finns till hands. Genom att använda funktionen ”Tasks” (”Uppgifter” i den svenska versionen) i Microsoft Outlook och skicka uppgiftsfrågor (Task requests) den vägen blir det lättare både för den som delegerar och den som är delegerad att ha koll på vad som är på gång. När man skapar en uppgift i Outlook kan man fylla i deadline, prioritet, ge instruktioner, bifoga dokument och du får också automatiskt ett meddelande när assistenten markerar uppgiften som slutförd.

Det är en sliten gammal klyscha men tid ÄR pengar och varför krångla till det i vår redan krångliga värld. Att delegera på ett bra sätt kan vara svårt och jag hoppas att mina tips kan vara till nytta. Slutligen har jag kommit på ett ordspråk, fänigt men i alla fall;

”Att kunna delegera är bra men att kunna delegera bra är bättre”

*Sofie Berger Svernestam
Klinisk provningsledare/CRA, Herac AB*



2nd Clinical trial in the Nordic Countries – a conference in cooperation

Den 6-7 oktober var det dags för den andra konferensen om kliniska prövningar i Norden. Syftet med konferensen var att stärka de nordiska ländernas ställning när det gäller kliniska läkemedelsprövningar. Konferensen var välbesökt med cirka 130 deltagare från de nordiska länderna, framför allt från läkemedelsindustrin. Helena Lomberg agerade moderator under de två fullmatade dagarna.

Dag 1 fokuserade framförallt på inspektioner i Danmark, Norge och Sverige

Danmark representerades av *Philip Lange Möller*, Lægemiddelstyrelsen, Sverige av *Gunnar Danielsson*, Läkemedelsverket och Norge av *Elham Kossary*, Statens legemiddelverk. De berättade om hur GCP-inspektioner går till i respektive land, samt vilka fynd som var de vanligaste.

Gunnar Danielsson tog även upp ämnet elektroniska källdata och vad som förväntas av sådana.

Philip Lange Möller berättade att det finns en arbetsgrupp inom EMA för GCP inspektörer där man bland annat diskuterar hur man skulle kunna harmonisera inspektioner.

Hur en sponsor kan förbereda sig för en inspektion berättade *Guri Schüller* från MSD. Om man på företaget i alla led förstår vikten av GCP så har man inte mycket att oroa sig för vid besök av inspektörer.

LIF i Danmark (*Jacob Bjerg Larsen*) har gjort en undersökning bland medlemsföretagen för att ta reda på hur de som sponsor ser på GCP-inspektioner. Generellt sett är företagen nöjda med samarbetet med Lægemiddelstyrelsen, men det finns utrymme för förbättringar.

Karin Eriksson från LIF i Sverige tog upp ämnet icke-interventionsstudier och vad de innebär. En icke-interventionsstudie kan aldrig ersätta en klinisk prövning, den är ett komplement. Problemet med den här typen av studier är att de ses på olika sätt i olika länder, interventionell i ett land med inte i ett annat. I Sverige finns det en LIF policy (uppdateras i år) som vägledning.

Dag 2 handlade om att arbeta nordiskt

Karin Ore, från den norska etikkommittén, berättade om elektroniska ansökningar i Norge och *Östen Karlsson* från Astra Zeneca Sverige tog upp avtalet mellan landstingen och LIF vid kliniska prövningar, samt e-biobanker och tillgång till patientjournaler.

John Erik Pedersen från den danska regeringen berättade om arbetet med den kommande lagstiftningen

för etiska kommittéer. Den ska leda till en smidigare och effektivare handläggning genom att bland annat avskaffa kravet på att protokoll ska översättas till danska (istället på engelska med en dansk summering), elektroniska ansökningar harmoniserade med de till Lægemiddelstyrelsen och harmonisering mellan de etiska kommittéerna för en snabbare handläggning.

I Finland har det implementerats en ny lag om medicinsk forskning som bland annat innehåller en ny struktur för etiska kommittéer (TUKIJA) samt att inga SUSARs ska rapporteras till etiska kommittéer (från 1 oktober 2010) berättade *Mia Bengtström*, PIF, Finland.

Hur det är att arbeta nordiskt berättade *Ingela Larsson*, Janssen-Cilag och *Ann-Kristin Lundblad*, Pfizer om. På Janssen-Cilag har man nyligen gjort en omorganisation och ska börja arbeta nordiskt. De för- respektive nackdelar man kan ana med en nordisk organisation diskuterades. En av fördelarna kan vara möjligheten att leverera det patientantal man lovat i studier då man har en större population. Några nackdelar kan vara den geografiska placeringen, en icke homogen grupp (språk, myndigheter, kultur till exempel) och få behandlingsnaiva patienter.

På Pfizer (f d Wyeth) har man länge arbetat över de nordiska gränserna (även Ryssland och Baltikum) och det fungerar bra. I Sverige arbetar en ”regional study manager” och i de övriga länderna samarbetar man med ”site managers” som är från olika CRO. De fördelar man har är bland annat större patientunderlag och att ansökningar kan göras parallellt då många dokument är lika. Erfarenheten har visat att det är en fördel att ha ”study management” i Sverige och inte utlokera den delen.

Fröydis Langmark från Cancerregistret i Norge berättade om deras årliga publikationer och olika kvalitetsregister. I framtiden kan det finnas potential för att använda registren vid rekrytering av patienter till kliniska prövningar samt för att samla in uppföljningsdata i kliniska prövningar.

I Sverige finns det sedan 1995 ett nätverk av nationella register som samverkar för kvalitet, säkerhet och effektivitet, ”Det svenska reumatologi registret” (SRR), berättade *Sofia Ernestam* från Karolinska Universitetssjukhuset. CUR (Clinical development Utilizing Registers) projektet visar hur register kan användas för att främja samarbete mellan patienter, sjukvård, universitet och life-science industrin.

Båda dagarna avslutades med givande paneldiskussioner, där alltifrån klinikernas involvering vid förberedelser inför en inspektion till samarbete med CRO och de frågeställningar som då kan uppkomma diskuterades.

Det var två givande dagar som både gav kunskap och möjlighet till nätverkande.

Terése Brunsell

Kommer strax

Måndagen den 29 november är det dags för den delegation som lett utredningen av Biobankslagen att lämna över sitt betänkande till Socialdepartementet. Karin Eriksson, LIF, återkommer i nästa nummer av Prövningen med en redogörelse över betänkandet, nästa steg och hur klinisk prövningsverksamhet berörs.

Information till dig som får Prövningen i pappersform via Posten

Redaktionen har av besparingsskäl beslutat att inte längre trycka upp Prövningen och uppmanar därför dig som fått detta nummer av Prövningen per post att meddela din e-postadress till Apotekarsocietetens Kansli, Therese Norström telefon 08-723 50 00 therese.norstrom@swepharm.se.

Bert Erstrands minne

Bert Erstrand var en pionjär inom klinisk prövning i Sverige och arbetade för Sandoz (numera Novartis) sedan början av 1960-talet till sin död 1991. Självlärde jag känna Bert då han deltog vid de första kurserna i klinisk prövning i slutet av 1970-talet. Under några år var vi arbetskamrater på Sandoz och jag fick ta del av hans klokskap och breda kontaktnät. Berts intresse för klinisk prövningsverksamhet var en stor tillgång när Sektionen för klinisk prövning bildades 1980, och Bert valdes in som medlem av styrelsen. Under tio år arbetade Bert inom styrelsen och låg bakom många av de arrangemang som genomfördes i sektionens regi. Vid Berts för tidiga bortgång ville sektionens styrelse hedra honom för de insatser han gjort för klinisk prövning och instiftade då stipendiet ”Bert Erstrands minne”.

Sedan 1992 har detta stipendium delats ut till sjuksköterska eller annan offentligt anställd. Stipendiesumman täcker deltagaravgift och resekostnader för deltagande i temadag anordnad av Sektionen för klinisk prövning/Läkemedelsakademien.

Lisbet Wahl

Onsdagen den 8 december nytt datum för årsmöte !!!

Vårt årsmöte har blivit framflyttat och kommer att hållas i direkt anslutning till temadagen, Tillämpning av aktuella regler och riktlinjer inom klinisk prövning, den **8 december**. Platsen kommer att vara densamma som för temadagen, d v s Konferenscenter Lundqvist och Lindqvist, Klarabergsviadukten 90, Stockholm. VÄLKOMMEN!



Frågor och Svar

Välkommen till Frågor och Svar – spalten där vi tar upp aktuella frågor som rör arbetet med kliniska prövningar. Frågorna från läsekretsen diskuteras och svaren stäms av medtolkningsföreträdare/ämnesföreträdare samt styrelsen. I styrelsen sitter representanter för såväl Läkemedelsverket, som etikprövningsnämnderna, läkemedelsindustrin, sjukvården och apoteken.

Fråga:

I Stockholm har man gjort sammanslagning mellan Huddinge och Karolinska, i Skåne sammanslagning till Skånes Universitetssjukhus, i Oslo håller man på med sammanslagning från flera sjukhus till Oslo Universitetssjukhus. Hur skall man resonera när en klinik (exempelvis Onkologiska kliniken) befinner sig på flera platser (2-3 st) men under samma paraply? Vad gäller till exempel huvudprövare (PI), medprövare, ansökningar samt avtal och delegering?

Svar:

I exemplet ovan kan detta utgöra ett prövningscenter som har sina lokaler geografiskt utspridda. Förutsättningen är att prövningsplatserna tillhör samma klinik, har samma ansvarige prövare och samma verksamhetschef. I ansökan till LV och EPN anger man den prövningsplats där ansvarige prövare verkar. Fullständig information om prövningen skall finnas tillgänglig på de prövningsplatser inom verksamheten där prövningen bedrivs. Detta gäller förstås också tillkommande information under studiens gång. I resursintyget till EPN skall verksamhetschefen intyga att prövaren är lämplig samt att resurser finns för att genomföra studien på dessa prövningsplatser. Delegering görs av ansvarig prövare som vanligt och ett avtal, som täcker samtliga prövningsplatser, skrivs med kliniken.

Man får fundera en extra gång på hur randomisering och tilldelning av studieläkemedlet skall ske om man inte har en central randomisering/utskick av studieläkemedlet. Randomiseringen måste ske i följd. Dessutom stratifierar en del statistiska analysmodeller för center, detta måste i så fall också tas i beaktande. Använder man centralt laboratorium? Det kan uppstå logistiska svårigheter. Det är en hel del att tänka på.

Fråga:

Vi har en ständigt pågående diskussion med våra utländska auditörer som vägrar att skriva under sekretessavtal med kliniken i samband med en site audit. Deras argument är att patienten redan har gett sitt samtycke genom att skriva under patientinformationen och anser att det skall räcka. Vi menar att auditören i tillägg måste signera ett sekretessavtal för att få tillgång till källdata på kliniken. Tacksam för ett förtydligande.

Svar:

Ni har helt rätt. Det räcker inte att enbart patienten gett sitt medgivande utan det krävs också att ett skriftligt sekretessavtal upprättas med journalansvarig på kliniken, vilken ofta är klinikchefen. Detta gäller för såväl monitorer som för auditörer. Representanter från svensk läkemedelsmyndighet behöver dock inte signera något sekretessavtal.

På Läkemedelsverkets hemsida under ”vanliga frågor och svar om GCP” diskuteras sekretessavtalet. Två lagar är tillämpliga. För studier som genomförs i landstingets regi gäller Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400, 25 kap.1 §) och för studier i privat regi gäller lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531, 2 kap. 8§). Även om dessa lagar är svenska bör en utländsk auditör känna till dem. En auditör som inte signerar ett sekretessavtal får inte gå in i studiepatienternas källdata på centret och kan således inte utföra sin uppgift.

Fråga:

Vi har hört att delar av EudraCT Databasen skall bli tillgänglig för offentligheten. Var det bara rykten eller kommer så att ske?

Svar:

Det är riktigt. En ny version av EudraCT databasen, version 8, kommer att släppas som möjliggör att delar av informationen för fas II-IV prövningar blir tillgänglig för allmänheten (läkemedelstyp, prövningsställen, vilken sjukdom som behandlas med mera). Datum för lanseringen har flyttats fram några gånger. Senaste nytt från EMA säger att version 8 nu släpps under januari 2011. I framtiden kommer även en sammanfattning av resultaten från avslutade studier att publiceras i databasen.

Fråga:

Vi har en multcenterstudie som kommer att startas inom kort. I studien kommer vi att ha apotekspersonal på respektive centra involverade som "oblindad" studiepersonal. Kliniken randomiserar patienten i ett IVRS system (interaktivt röst baserat system för tilldelning av studieläkemedel) och ger apotekspersonalen information om randomiseringsnumret. Apotekets arbetsuppgifter blir att, i enlighet med randomiseringslistan, bereda studieläkemedlet (intravenös infusion) samt att blinda läkemedlet innan detta skickas upp till kliniken. Skall apotekspersonalen finnas med på provarens delegering och signaturlista? Skall CV finnas för apotekspersonalen?

Svar:

Även om personalen på apoteket deltar i studien är det inte provaren som delegerar uppgifterna till apoteket som de beskrivs ovan, utan det är sponsorn som har ansvar för att förse centret med studieläkemedel. Vårt svar blir därför nej, apotekspersonalen skall inte stå på provarens delegerings- och signaturlista i fallet som det beskrivs. De kontrakt som sponsorn skriver med apoteket skall tydligt ange arbetsuppgifterna som sponsorn delegerar till apoteket. Detta kontrakt, mellan kund (sponsorn) och apoteket, bör finnas i prärmappen för att den totala bilden av hur läkemedlet hanteras skall finnas dokumenterad på kliniken. Eftersom detta är ett studiespecifikt specialuppdrag för apoteket bör sponsorn ha CV på den apotekspersonal som skall bereda läkemedlet (i logik med att CV inhämtas av centrets studiepersonal). Berörd personal på apoteket skall utbildas i dessa studiespecifika uppgifter, också detta blir sponsorns uppgift. CV på apotekspersonalen bör finnas arkiverad i såväl prärmappen på centret som i sponsorns studiepärm.

Välkommen att skicka din fråga till Helena Lomberg, som är ansvarig för frågespalten, under adress helena.lomberg@bctconsulting.se

Vi är också tacksamma för dina synpunkter, i synnerhet om du har någon annan uppfattning än den som ges i svaren.



"Ju mer man tänker desto mer inser man att det inte finns något enkelt svar"

Nalle Puh

Kalendariet



NOVEMBER

16-17 november

Avtal och kontrakt i kliniska provningar

23-25 november

GCP i den kliniska provningsarbetet

30 november – 1 december

Kliniska provningar ur regulatoriskt perspektiv – praktiska tips och tillämpningar

DECEMBER

8 december

Tillämpningen av aktuella regler och riktlinjer inom klinisk provning

Regional medlemsträff inom sektionen för klinisk provning

I november kommer för andra året en medlemsaktivitet att anordnas. Den lokala arbetsgruppen inom området klinisk provning i södra regionen har tagit fram ett program för en aktivitet som har rubriken:

CRA – rollen – Praktisk vägledning kring några vanliga fallgropar.

- Har du någonsin råkat i diskussion om vad som behöver stå i patientjournalen?
- Har du någonsin varit osäker på hur du bäst inventerar 'Investigator Study File'?
- Har du någonsin varit med om att provaren inte kom till den avtalade genomgången?

Då är det här mötet för dig!

Vi fokuserar på några vanliga men ofta svårhanterade moment i monitorns vardag på site och diskuterar ingående olika lösningars för- och nackdelar.

Aktiviteten genomförs som en eftermiddagsaktivitet den 11 november 2010 med start kl 15 med mingel och fika. Plats Föreläsningssal 3 i centralblocket på Skånes Universitetssjukhus – Lund.

Gå in på www.swepharm.se och läs programmet utförligt och anmäl dig. Först till kvarn, max 80 personer! Endast ett fåtal platser kvar.

*Solveig Wennerholm
För arbetsgruppen lokal aktivitet*