KLINIK & VETENSKAP
Kardiotoxicitet relativt vanligt vid cancerbehandling

KULTUR
Primärvård vid bruket i Forsmark på 1870-talet

#26–27
2016

Läkartidningen

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 29 Juni 2016 • vol 113 • 1189–1248



LÄKAR-BESÖK VIA VIDEO-LÄNK

ABC – smärtlindring vid vaginal förlossning

FÖR PATIENTER MED PRIMÄR HYPERKOLESTEROLEMI, SOM INTE ÄR KONTROLLERADE PÅ EN STATIN ENBART

ATOZET® (ezetimib 10mg and atorvastatin 80 mg)

KAN HJÄLPA DIG SÄNKA LDL KOLESTEROL YTTERLIGARE[1]



ATOZET® tabl (ezetimib/atorvastatin), tabletter, 10mg/80mg. (Rx (F); SmPC februari 2016). Kolesterolabsorptionshämmare och HMG-CoA-reduktashämmare i kombination. Subventioneras endast för patienter som har provat generisk statin och inte uppnått behandlingsmålet.
Indikationer: Hyperkolesterolemi – Atozet är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär (heterozygot familjär och icke-familjär) hyperkolesterolemi eller kombinerad hyperlipidemi när användning av ett kombinationspreparat anses lämpligt:
- patienter som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart
- patienter som redan behandlas med en statin och ezetimib

Homozygot familjär hyperkolesterolemi (HoFH): Atozet är indicerat som tilläggsterapi till diet hos vuxna med HoFH. Patienter kan även få andra kompletterande behandlingar (t ex low-density lipoprotein (LDL) aferes).
Prevention av kardiovaskulära händelser: Atozet är indicerat för att minska risken för kardiovaskulära händelser (se Farmakodynamiska egenskaper) hos patienter med kranskärlssjukdom som har akut koronarsyndrom (AKS) i sjukdomshistorien. Atozet kan användas både till patienter som tidigare behandlats med en statin och till patienter som inte tidigare behandlats med statin.
Kontraindikationer:
Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne som anges i Innehåll. Behandling med Atozet är kontraindicerat under graviditet och amning och hos kvinnor i fertil ålder som inte använder preventivmedel. Atozet är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller kvarstående förhöjning av serumtransaminaser som överstiger 3 gånger den övre gränsen för normalvärdet utan känd orsak.

För mer information vid förskrivning samt priser och förpackningar, se www.fass.se

Referens: ATOZET SPC februari 2016

Copyright © 2014 MSD International GmbH, a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved. 05-17-CARD-1185352-0000 maj 2016

MSD
msd.se

Atozet®
(ezetimib och atorvastatin, MSD)

INNEHÅLL

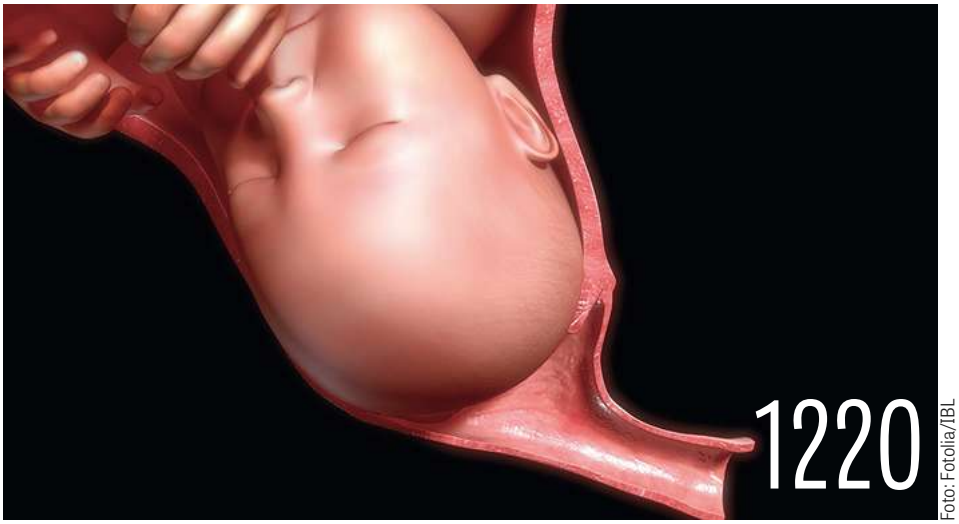


Foto: Fotolia/IBL

Medicinens ABC om smärtlindring vid vaginal förlossning.

#26–27 2016

29 juni till 12 juli



Videokonsultation via mobilen med distriktsläkare Ulf Österstad.

Foto:Maj-Lis Koivisto

Dags att möta patienten via en videolänk?

»PÅ AVTALAD TID klockan nio dyker en man upp i fönstret på min datorskärm och läkarbesöket börjar. Jag sitter hemma i soffan och träffar verksamhetschef Kjell Andersson på Råcksta Vällingby vårdcentral via videolänk.«

Så börjar vårt reportage på sidan 1198 om en aktuell företeelse inom den svenska primärvården. Det handlar om att vårdcentraler i offentlig regi börjar erbjuda patienter möjlighet att träffa läkare via just videolänk. Vår rapportering från Stockholms läns landsting och Region Jönköpings län visar att denna verksamhet befinner sig i en tidig fas men att de inblandade är optimistiska.

Kjell Andersson tror inte att det är orimligt att 30 procent av besöken på sikt kommer via video. I Region Jönköpings län konstaterar distriktsläkaren och verksamhetschefen Ulf Österstad:

– Att besöken sker via video är bara en liten del av förändringen. Den innebär också ett större mått av ansvar för patienterna, som själva fyller i sina symtom och skickar eventuella bilder till läkaren.

DET ÄR NATURLIGTVIS för tidigt att säga om denna modell leder till succé i form av nya arbetssätt som glädjer både vårdgivare och vårdtagare. Men det som händer nu är väldigt spännande.

Pär Gunnarsson,
chefredaktör



▼ NYHETER

1194 Vårdköerna växer igen

»Vi har inte nått upp till våra ambitioner«

1196 Paolo Macchiarini misstänkt för brott

Förslag: Obeprövade metoder bör granskas av nationell kommitté

Gemensamma mål kan ge bättre arbetsmiljö

1198 Virtuellt patientmöte ny möjlighet

▼ DEBATT

1202 Dags att se värdet av patientnära forskning

Evidensen har stärkts för interventionell smärtbehandling

1203 Säkerhet vid omskärelse

1204 IVO-kritik i borreliafall dåligt underbygd

▼ KULTUR

1240 Primärvård vid Forsmarks bruk på 1870-talet

▼ MÄNNISKOR & MÖTEN

1245 »Viktigast inom global hälsa är att göra något nu – även om det är lite«



Foto: Colourbox

▼ KLINIK & VETENSKAP

1210 Det rättsliga utrymmet för innovativ användning av oprövade behandlingar är synnerligen begränsat. Kommentaren

1212 Nya rön: Preeklampsi och förtidsbörd riskfaktorer för placentaretention

Allvarlig depression ökade risk för död efter kranskärlskirurgi

1213 För tidigt födda hade nedsatt lungfunktion under hela uppväxten

1214 Ofta vaskulära riskfaktorer vid idiopatisk normaltryckshydrocefalus

Laktat användbar sjukdomsmarkör för mobila intensivvårdsgruppen

1216 Kardiotoxicitet relativt vanligt vid cancerbehandling Översikt

1220 Smärtlindring vid vaginal förlossning Medicinens ABC



Foto: Daniel Stigfeldt

1207 »Jag älskar landstingskaffe i farten, sparkcykelfärder genom kulvertar, liv och död, födelse och förgänglighet, det utsökta alldagliga insprängt däremellan.«

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

1193 SIGNERAT Utbyggd primärvård en nationell angelägenhet
1216 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund
1228 LEDIGA TJÄNSTER Med platsannonser
1245 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer
av Läkartidningen utkommer den 13 juli.

Vetenskapliga artiklar har genomgått referentbedömning. Varje manuskript granskas av minst en (ofta fler) av Läkartidningens stab av vetenskapliga experter. Granskningen av manuskript sker enligt internationella rekommendationer (www.icmje.org).

Läkartidningen arrangerar

Plats H508

Besök Läkartidningens tält i Almedalen 2016

Ett 20-tal seminariepass kommer att arrangeras i Läkartidningens tält under årets Almedalsvecka. Här kan du lyssna och delta i intressanta och lärorika diskussioner i vårdrelaterade frågor. Markera i kalendern redan nu! Programmet uppdateras löpande.

Välkommen till oss på Strandvägen, H508!

Program Almedalen 2016

MÅNDAG 4 juli

09.40 – 10.35 Sv. Barnläkarföreningen

Åldersbedömning – nya möjligheter?

Ola Nilsson, docent, Sv. Barnläkarföreningen. Lars Sandman, prof. i hälso- och sjukvårdsetik, Linköpings univ. Anna Bärtås, ordf. Sv. Barnläkarföreningen

10.50 – 11.45 Sv. Barnläkarföreningen

Föräldrar med beroendeproblematik – vad gör samhället för det lilla barnet?

Elisabet Näsman, prof. i sociologi, Uppsala univ. Ann-Cristine Jonsson, utredare, Folkhälsomyndigheten. Cecilia Grefve, nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården, Socialdepartementet

11.45 - 13.00 SYLF

Sjukvården behöver ett nytt ledarskap, men hur ska det se ut? *Per Bleikelia, sjukhuschef, Ringerike sykehus, Norge, som föreläser om sin ledarstil med fokus på att skapa förutsättningar för det goda mötet mellan läkare och patient.*

14.10 – 15.05 AstraZeneca Nordic-Baltic

Vilka utmaningar och möjligheter finns för introduktion av nya cancerbehandlingar idag?

Jonas Andersson, (L) VGR, SKL. Maria Landgren, läkemedelschef, Region Skåne, SKL. Karolina Antonov, Lif. Katarina Johansson, ordf. Nätverk mot cancer. Per Karlsson, prof. Sahlgrenska univ. sjukh. Moderator: Pär Gunnarsson, chefredaktör Läkartidningen.

16.30 - 17.25 SFAM

Regeringen föreslår satsning på primärvård – men sen då?

Ulrika Elmroth, vice ordf. SFAM. Ove Andersson, ordf. Distriktsläkarför. Emma Spak, ordf. SYLF. Stefan Lindgren, ordf. SLS. Åsa Himmelsköld, sektionschef vård o omsorg, SKL. Moderator: Pär Gunnarsson, Läkartidningen

TISDAG 5 juli

Heldag med

Sveriges läkarförbund

Den medicinska professionens organisation

08.30 – 09.25 Sveriges läkarförbund

Bot och bättring – recept på framtidens sjukvård.

09.40 – 10.35 Sveriges läkarförbunds chefsförening

Läkarnas roll i kvalitetsarbetet.

10.50 – 11.45 Sjukhusläkarna

Den medicinska forskningen behöver forskande läkare! Hur skapar vi de rätta förutsättningarna och incitamenten för att fler läkare och medicine studerande ska välja en forskarbana?

Kenneth Lindahl moderator, överläkare, PhD. Anna Nilsson Vindefjärd PhD, generalsekreterare Forska Sverige. Christoph Varenhorst PhD, specialistläkare. Kevin Afshari, forskande ST-läkare.

12.00 – 13.00 Sjukhusläkarna

Human vård – back to basic.

13.15 - 14.10 Distriktsläkarföreningen

Regeringens utredare för en effektiv vård har fastslagit att en utbyggnad av primärvården är den viktigaste åtgärden för att effektivisera svensk sjukvård. Hur gör vi det?

Fredrik Lennartsson, gd. Mynd. för vård o omsorgsanalys. Maritha Sedvallson, ordf. Astma o allergiförb. Nicklas K Sandström, landstingsråd, Västerbottens läns landsting. Göran Modin, affärsomr. ***chef Praktikertjänst. Marina Tuutma, v. ordf.*** *Distriktsläkarför.*

Moderator: Ove Andersson, ordf. Distriktsläkarför.

14.30 – 15.45 Sveriges läkarförbund

Vad kan vi lära av Norges primärvård?

16.00 – 17.00 Sveriges läkarförbund Student

Ämne meddelas inom kort.

ONSDAG 6 juli

08.30 – 09.25 SBU

Hur kan vi förhindra förlossningsskador? Diskussion kring ny rapport från SBU.

Eva Uustal, överläkare gynekologi och obstetrik, Linköpings univ. Sigurd Vitols, prof. och med. sakkunnig, SBU. Mia Fernando, fysioterapeut och själv ***förlossningsskadad. Moderator: Gabriella Ahlström.***

09.40 – 10.35 Läkartidningen

Efter Macchiarini – hur går vi vidare?

Bosse Lindquist, journalist SVT. Karin Dahlman-Wright, rektor KI. Sven Stafström, generaldirektör, Vetenskapsrådet. Moderator: Pär Gunnarsson, ***chefredaktör Läkartidningen.***

10.50 – 11.45 Försvarsmedicincentrum

Ska försvarsmakten utbilda våra läkare?

Lennart Adamsson, Traumacentrum, Karolinska ***Univ. sjukh. Magnus Blimark, Arméöverläkare, Försvarsmedicincentrum. Hans Lönroth, kirurg,*** *Sahlgrenska univ. sjukh. Moderator: Pär Gunnarsson,* ***chefredaktör Läkartidningen.***

12.00 – 12.50 Sanofi Pasteur MSD

Hon, han eller hen – vem har rätt till skydd mot HPV? Idag blir bara flickor erbjudna HPV-vaccination, trots att vaccinet skyddar mot cancerformer som även män drabbas av. Är det rättvist att inte pojkar/män får samma möjlighet att skydda sig mot HPV-relaterad cancer och sjukdom?

Anders Tegnell, avdelningschef, Folkhälsomyndigheten Katarina Johansson, ordf. Nätverket mot cancer. Jenny Petersson, riksdagsled., M. Ella Bohlin, barn- och äldrelandstingsråd, KD, SLL. Håkan Jörnehed, opp. landstingsråd, V, SLL. Moderator: Pär Gunnarsson, chefredaktör Läkartidningen.

13.00 – 13.55 LÖF

Många vinnare på bättre patientsäkerhet - vad kan vår organisation göra?

Pelle Gustafson, chefläkare Löf. Heidi Stensmyren, ordförande Sveriges läkarförbund. Emma Ölmebäck, gruppchef för vård och omsorg Kommunal, Vårdförbundet och SKL samt politiker.

14.10 – 15.05 Svensk Socialmedicinsk förening

Önskas jämlik vård och hälsa? Då är det dags att öka den socialmedicinska kompetensen i landstingen.

Margareta Kristenson, prof. överläkare i socialmed. Linköping. Anna Sarkadi, docent och specialistläkare i socialmed. Uppsala.

15.20 – 16.15 Lipus

Hur får vi en bra kvalitet på läkarnas specialistutbildning?

Pia Lundbom, förvaltn. chef, Skånevård Kryh. Emma Spak, ordf. SYLF. Kristina Wikner, enhetschef, Socialstyrelsen. Gösta Eliasson,spur-samordnare SFAM, LIPUS. Calle Waller, v. ordf. Prostatacancerförb.

TORSDAG 7 juli

08.30 – 09.25 SYLF

Ta tillvara på kompetensen

Frukost och rundabordssamtal.

12.00 – 12.45 Sveriges läkarförbund och Natur & Kultur

Boksamtal: ”Alkohol, droger och hjärnan” av Markus Heilig.

14.10 – 15.05 Sveriges läkarförbunds arbetsgrupp för klimat och hälsa

Tema klimat och hälsa.

OBS! Mer info om seminarierna finns på www.almedalsveckan.info/event/list

Foto: Destination Gotland

AstraZeneca · sanofi pasteur MSD · DEDICARE · SBU · FÖRSVARSMAKTEN

Utbyggd primärvård en nationell angelägenhet

Läkarförbundets vision är ett Sverige med en primärvård av hög kvalitet och med god tillgänglighet i hela landet. En primärvård som klarar av att ta hand om och färdigbehandla de patienter som söker sig dit och som kan erbjuda kontinuitet i patient–läkarrelationen. En primärvård med en mångfald av utförare som präglas av stark utvecklingskraft och hög legitimitet hos befolkningen. I dag är vi långt därifrån. För att nå dit krävs en nationell reform med en uttalad målsättning att åstadkomma full utbyggnad.

Behovet av en stärkt primärvård har diskuterats i över 30 år. Trots att alla delar problemformuleringen om underdimensionering och vill bygga ut och stärka primärvården har mycket lite hänt när det gäller resurser och bemanning. Sanningen är att fina ord är just bara det – fina ord. För att åstadkomma förändring krävs strukturella reformer. Vårdvalet visade att möjligheten för enskilda att etablera sig främjar utbyggnaden av vården.

»För att åstadkomma förändring krävs strukturella reformer.«

Vi frågade nyligen samtliga specialister och läkare under specialisering vid landets vårdcentraler om deras syn på primärvårdens möjlighet att ge vård och service till patienter. Svaren stämmer väl överens med vad Nationella patientenkäten visar om patienternas syn på sina vårdcentraler. Vårdens kvalitet hänger nära samman med tillgången till läkare. Möjligheten till en fast läkarkontakt i primärvården är avgörande för vårdkvaliteten. Läkarbristen i stora delar av landet skapar därför stora regionala kvalitetsskillnader.

En fullt utbyggd, jämlik och välfungerande primärvård över hela landet för hela befolkningen är en nationell angelägenhet. För att åstadkomma detta krävs en rad åtgärder.

För det första behövs en tydlig definition av primärvårdens uppdrag där denna är den huvudsakliga vårdkontakten för invånarna dygnet om. Med hög kompetens, kontinuitet och tillgänglighet som grund ska uppdraget omfatta bedömning, utredning och behandling av en majoritet av dem som söker sig dit. Primärvården ska vara den naturliga första kontakten med vården. Den ska också ha samordningsansvar för vården av de patienter som behöver insatser från flera vårdgivare.

För det andra måste vi skapa nationellt enhetliga principer för ersättningar och regelverk för primärvården. Förutom att vara generella och förutsägbara behöver de avspegla vårdtyngd och vara svåra att manipulera. Systemen ska stimulera till hög kompetens samt ökad kontinuitet. Ersättningssystem och regelverk behöver kunna anpassas till lokala förutsättningar och utmaningar som exempelvis demografiska skillnader. Det ska dock inte kunna gå att utforma dessa så att det i praktiken inte blir möjligt att etablera en vårdcentral. Här behövs politisk pragmatism.

En tredje pelare i en nationell satsning är att listningen ska ske på enskild läkare. Det skapar trygghet för patienten och stärker förutsättningarna för läkarkontinuitet och samverkan i vården. Ingen patient är behjälpt av att listas på ett hus där det kanske inte finns någon fast läkare, eller där den enskilde patienten är en av tusentals som läkaren ska vara tillgänglig för. Vidare krävs en utveckling där fler läkare är ansvariga för verksamheten och fler läkare blir chefer. I den framtida yrkesrollen är läkaren i primärvården ansvarig för den medicinska verksamhetsutvecklingen. Då behövs läkare som chefer.

För att Sverige ska få tillräckligt många allmänläkare krävs ett nationellt ansvarstagande för kompetensförsörjningen så att antalet ST i allmänmedicin utökas. Detta får inte hindras av landstingens/regionernas geografiska eller strukturella begränsningar. En välfungerande primärvård som alla invånare, oberoende av bostadsort, har tillgång till är viktigare än kommunala gränser.

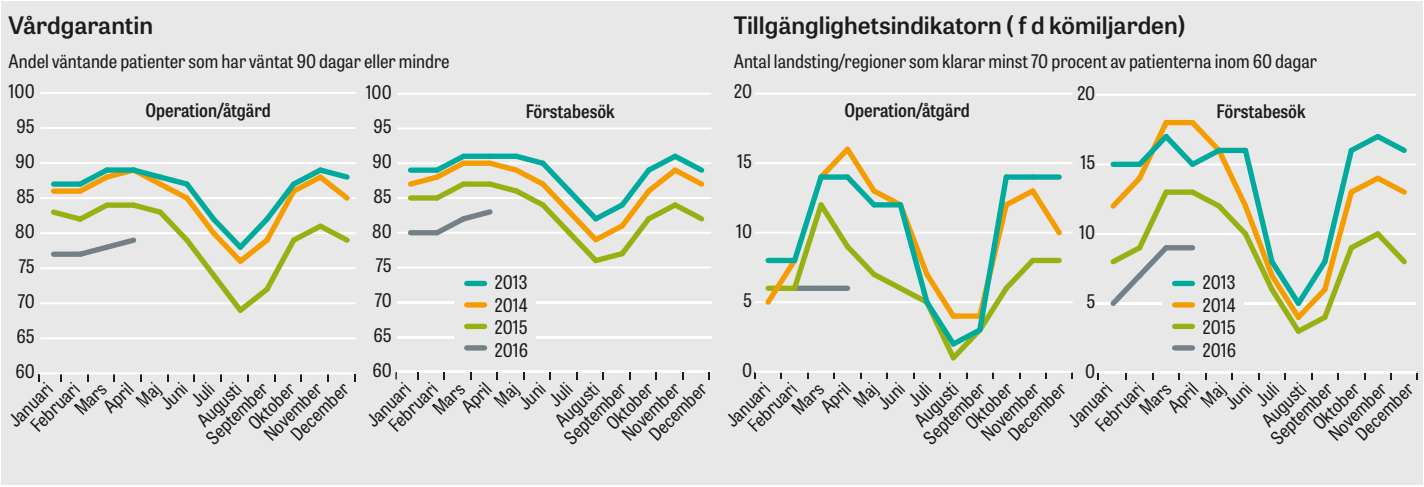
Lösningen på den svenska primärvårdens kraftgång är en nationell reform, en utveckling av vårdvalet, med tydlig målsättning att åstadkomma en väl utbyggd primärvård. Målet är en välfungerande första linjens sjukvård över hela landet, som ges på lika villkor med hög kvalitet och kontinuitet till hela befolkningen.

Heidi Stensmyren
ordförande,
Läkarförbundet
heidi.stensmyren@slf.se

Ove Andersson
andre vice ordförande,
Läkarförbundet
ove.andersson@slf.se

Sveriges läkarförbu
Den medicinska professionens orga





SKL:s statistik över vårdköerna i Sverige.

Vårdköerna växer igen

Efter att kömiljarden avskaffades 2015 har vårdköerna börjat växa igen, enligt den öppna statistik som Sveriges Kommuner och landsting (SKL) redovisar varje månad.

Genom den så kallade kömiljardsöverenskommelsen mellan staten och SKL fick landsting och regioner som klarade att ge minst 70 procent av patienterna nybesök respektive operation/åtgärd inom 60 dagar en extra belöning från staten. Ytterligare en bonus fick de landsting som klarade 80 procent av patienterna.

Ersättningen infördes 2009 av den förra regeringen som en del i dess satsning på prestationsbaserade ersättningar, men togs bort efter regeringsskiftet 2014. 2015 betalades kömiljarden ut för sista gången, baserat på 2014 års resultat.

SKL har dock fortsatt att redovisa hur pass väl landstingen lever upp till nivåerna i kömiljarden i form av en »tillgänglighetsindikator« på sajten vantetider.se. Nu visar en sammanställning som Läkartidningen gjort att antalet landsting som når upp till den lägre nivån – 70 procent av patienterna inom 60 dagar – sjunkit markant efter att kömiljarden avskaffades.

Under de normalt starka månaderna mars och april var det 2013 och 2014 mellan 14 och 16 landsting som klarade gränsen för operation, i år var det endast 6. För förstabesök har antalet landsting som klarade gränsen minskat från 15–18 i mars/april 2013–2014 till 9 samma tid i år.

De växande vårdköerna ses också i statistiken över hur stor andel av patienterna som får vård inom vårdgarantins gränser. Dessa gränser är något vidare än kömiljardens – 90 dagar i stället för 60 – men är å andra sidan reglerade i förordning. För såväl förstabesök som operation/åtgärd har andelen patienter som får vård inom 90 dagar minskat med runt 10 procent mellan åren 2013 och 2016.

Dag Larsson (S), ordförande för SKL:s sjukvårdsdelegation, säger till Läkartidningen att han »under vårkanten« fått signaler om att köerna växer igen.

– Jag tycker inte att det är acceptabelt och jag blir väldigt oroad när jag ser de här siffrorna.

Ökningen av väntetiderna sammanfaller till stor del med att kömiljarden avskaffades. Dag Larsson erkänner att landstingen kan ha släppt en del av fokusen på tillgängligheten när kömiljarden försvann.

»Vi har inte nått upp till våra ambitioner«

Västerbotten är ett av de landsting där köerna växt mest de senaste åren. Men orsaken är inte den slopade kömiljarden utan en kärv ekonomi, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören Ann-Christin Sundberg.

Under våren har Västerbottens läns landsting bara klarat att ge två av tre patienter operation/åtgärd inom 90 dagar. Samma tid 2013 klarade man mer än fyra av fem. För förstabesök är minskningen likartad, om än från en högre nivå.

– Det är bara att konstatera att vi inte nått upp till de ambitioner vi själva har, säger hälso- och sjukvårdsdirektören Ann-Christin Sundberg.



Ann-Christin Sundberg

Enligt henne är det framför allt för utprovning av hörapparater samt för vissa åtgärder inom ÖNH som köerna växer.

– I volym är det kanske 25 procent av totalen, så det får väldigt stort genomslag. Men det är inget generellt problem överallt, och vi jobbar selektivt med de här områdena nu, så vi förväntar oss att det under hösten och framåt nästa år ska ske en förbättring.

Ann-Christin Sundberg tillbakavisar att den försämrade tillgängligheten har att göra med att kömiljarden avskaffades.

– Vi har haft otroligt mycket fokus på ekonomin eftersom vi haft en kostnadsutveckling inom vårt landsting kopplad till de problem vi har med rekrytering och ökade kostnader för stafettläkare. Ekonomin har gått före tillgängligheten, men det har egentligen

– Jag vet att man har jobbat väldigt mycket med att få igång de standardiserade vårdförloppen inom cancervården, det är där man lagt ned energin, och det kan förklara en del av det, säger Dag Larsson, som ändå tycker att det var rätt att ta bort kömiljarden.

– Vi är överens i alla politiska partier om att det var bra att man gick från den ganska styrande kömiljarden och i stället gav oss pengar i form av en professionsmiljard.


Dag Larsson (S)


Heidi Stensmyren


Gabriel Wikström (S)


Emma Henriksson (KD)

Enligt Heidi Stensmyren, Läkarförbundets ordförande, visar de växande köerna att svensk hälso- och sjukvård har ett kapacitetsproblem som kräver strukturella förändringar.

– Dels behövs en reform inom primärvården som säkrar en fullt utbyggd primärvård i hela landet, det skulle ge befolkningen en helt annan tillgång till hälso- och sjukvård. Sedan måste vi ha tillräcklig kapacitet på sjukhusen, med tillräckligt med vårdplatser.

Kömiljarden, som förbundet var motståndare till ända från införandet, vill hon dock inte ha tillbaka.

– Vi står fast vid att det är ett problem när man genom ekonomiska incitament främjar vissa delar inom vården, för då påverkar man den medicinska prioriteringen, säger Heidi Stensmyren.

När regeringen avskaffade kömiljarden, bland annat med hänvisning till risken för undanträngning, var förhoppningen att det inte skulle drabba tillgängligheten, då vårdgarantin är reglerad i lag.

Ska man se den här utvecklingen som ett bakslag?

– Ja, förhoppningen var ju att nivåerna skulle kunna bibehållas och när de nu inte har gjort det behöver vi göra ett ordentligt analysarbete för att se exakt vad det beror på. Men jag tror att det är fel väg att gå att via en konstruktion som kömiljarden trolla bort köerna, utan risken finns att man får undanträngningseffekter och att det i slutändan inte ger så stor effekt på det problem man vill angripa, säger folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister Gabriel Wikström (S) till Läkartidningen.

Emma Henriksson (KD), ordförande för riksdagens socialutskott, menar däremot att det visat sig vara en effektiv metod att uppnå förbättringar att premiera de som gör bra ifrån sig.

– Det är oroande att regeringen inte tar vara på de erfarenheter som gjorts. Jag är rädd att de återigen kommer försöka sopa vårdens största brister under mattan, skriver hon i ett mejl till Läkartidningen.

Socialstyrelsen har fått ett uppdrag från regeringen att följa upp tillgängligheten inom hälso- och sjukvården och analysera orsakerna bakom eventuella förändringar. En första redovisning kommer i början av nästa år. Men Gabriel Wikström är övertygad om att kompetensförsörjningen är en nyckelfaktor för att minska vårdköerna.

– Vi har ju en situation nu där det dels blivit svårare att rekrytera personal för att konkurrensen om sjuksköterskor är större. Sedan är det fler som går i pension nu och under de kommande åren, vilket gör det svårare att bemanna vården på det sätt vi behöver. Många inom professionerna vittnar också om att man fått allt mer administrativa uppgifter, vilket stjäl fokus från patientmötet. Det är just de delar vi försöker angripa genom till exempel professionsmiljarden som regeringen infört från och med i år.

> **»Om vi inte lyckas upprätthålla en bra tillgänglighet trots att kömiljarden är borta, då måste vi skämmas.«**
>
> Dag Larsson (S)

Efter att SKL:s sjukvårdsdelegation blivit uppmärksammad på de växande köerna talar man nu om att lyfta upp tillgänglighetsfrågorna under hösten, enligt Dag Larsson, som tror att det kan leda till »en uppskärpning«.

– Om vi inte lyckas upprätthålla en bra tillgänglighet trots att kömiljarden är borta, då måste vi skämmas, för vi har ju slagits för det regionala självstyret.

Michael Lövtrup

inte haft något med kömiljarden att göra.

Varför tror du att just ni drabbas så hårt?

– Vi har ju en stor press på oss som ett litet universitetssjukhus att klara den nivåstrukturering som genomförts inom cancervården, där vi tar på oss ett större ansvar och därmed får fler prioriterade patienter. När vi inte kan öka resurserna eller jobba mycket smartare måste vi prioritera och låta det som är minst medicinskt prioriterat vänta, det är en del av förklaringen.

Michael Lövtrup

I KORTHET

TRE ÅRS ARBETE I NORGE KRÄVS FÖR ATT FÅ DEL AV NORSKA TJÄNSTEPENSIONEN

▶ Svenska läkare som arbetar i Norge berörs av förändrade pensionsregler. Att det krävs tre års tjänstgöring för att omfattas av tjänstepensionssystemet är okänt för många.

LÄKARFÖRBUNDET SKÅNE NÖJT MED SVENSK-DANSKT SAMARBETE

▶ Ett unikt avtal ska säkra utbildningen av akutläkare i Öresundsregionen. Och enligt Läkarförbundets representant har samarbetet två vinnande parter.

LÄKARE SOM LA UT PATIENTUPPGIFTER PÅ FACEBOOK ÅTALSANMÄLS

▶ Inspektionen för vård och omsorg, IVO, åtalsanmäler den privatläkare som lade ut sekretessbelagda uppgifter om en patient på Facebook.

Läkaren har sagt till IVO att han trodde att kommentaren inte skulle bli offentlig och att han ångrar sitt handlande. Det ändrar dock inte IVO:s bedömning.

LÄKARE UTAN GRÄNSER SLUTAR TA EMOT PENGAR FRÅN EU

▶ Läkare utan gränser meddelar att man slutat ta emot pengar från EU och dess medlemsländer. Anledningen är EU:s flyktingpolitik, vilken organisationen kallar omänsklig.

KRITISKT LÄGE FÖR KIRURGKLINIKEN VID MÄLARSJUKHUSET

▶ Sjuksköterskeflykten fortsätter från Mälarsjukhusets kirurgklinik. Om inget händer finns risken att verksamheten inte finns kvar efter sommaren.

Läs mer!
Texterna i sin helhet på Läkartidningen.se

Paolo Macchiarini misstänkt för brott

Kirurgen Paolo Macchiarini har formellt delgivits misstanke om brott i samband med de tre operationerna med syntetiska luftstrupar på Karolinska universitetssjukhuset. Paolo Macchiarini nekar till brott på alla punkter.

Åklagarnyndigheten berättar i ett pressmeddelande att Paolo Macchiarini nyligen förhörts och då delgivits misstanke om brott. Förutom de tre operationerna med syntetiska luftstrupar 2011–2012, där misstankarna gäller grovt vållande till annans död och grovt vållande till kroppsskada, misstänks Paolo Macchiarini även för grovt vållande till kroppsskada i samband med en annan operation, som ska ha utförts på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge våren 2011.

När det gäller utredningen om de syntetiska luftstruparna inväntar åklagarna ett yttrande från Socialstyrelsens rättsliga



Foto: Sven Lindwall/Expressen/TT

Kirurgen Paolo Macchiarini.

råd liksom svar på begärda åtgärder från andra länder.

– Det går i nuläget inte att säga när ett beslut i åtalsfrågan kan fattas, säger kammaråklagare Jennie Nordin i pressmeddelandet.

För ett år sedan inledde åklagare en förundersökning om grovt vållande till annans död och grovt vållande till kroppsskada i samband med Paolo Macchiarinis operationer med syntetiska luftstrupar. Förundersökningen inleddes efter att IVO och Läkemedelsverket anmält operationerna för brott mot etikprövningslagen respektive läkemedelslagen.

Till Dagens Nyheter säger kammaråklagare Anders Tordai att han inte kan svara på om ytterligare personer kommer att delges misstanke om brott.

Enligt tidningen Dagens Juridik nekar Paolo Macchiarini till brott på alla punkter. Hans advokat, Björn Hurtig, säger till Dagens Juridik:

– Min klient nekar i sten på alla punkter. Enligt åklagarna har han tagit medvetna risker. Vi menar att det i stället handlar om att han har agerat medvetet riskreducerande.

Michael Lövtrup

Läs mer! på Läkartidningen.se:
Kammaråklagare: »Vi tycker att vi har skäl att delge misstanke«
Åklagarna väljer att delge Paolo Macchiarini misstanke om allvarliga brott trots att Socialstyrelsens yttrande om hans metod inte är klart.

Förslag: **Obeprövade metoder bör granskas av nationell kommitté**

Innan obeprövade behandlingsmetoder används på allvarligt sjuka patienter ska de bedömas av en nationell kommitté. Det föreslår Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) och Läkaresällskapet i en gemensam utredning.

Utredningen tillsattes i februari, och bakgrunden är de omtalade transplantationerna av syntetiska luftstrupar på Karolinska universitetssjukhuset.

Tanken med en nationell kommitté är att det ska bli en enhetlig bedömning över landet av när obeprövade metoder får användas. Vidare blir det lättare att undvika jävssituationer jämfört med om bedömningen sker lokalt. En tredje vinst är att såväl experter inom det specifika området som jurister och etiker kommer att medverka i bedömningen. Läkaresällskapet och KVA föreslår att de själva får i uppdrag av regeringen att inrätta den nationella kommittén.

Om det handlar om akuta situationer där det inte finns tid för en extern granskning bör läkaren samråda med minst en kollega med adekvat kompetens. I dessa fall bör kommittén informeras i efterhand.

Läkaresällskapet och KVA föreslår även ett antal riktlinjer för användning av obeprövade behandlingsmetoder på allvarligt sjuka patienter, exempelvis att det ska finnas en rimlig teoretisk grund för att anta att metoden kommer att lyckas, att det om möjligt även ska finnas ett empiriskt stöd, att det bara får handla om enstaka patienter samt att patienten ska ha informerats grundligt i förväg och självfallet lämnat sitt samtycke.

Michael Lövtrup

Läs mer!
Texterna i sin helhet på Läkartidningen.se

Teamarbete kan ge bättre arbetsmiljö

▶ **Flerprofessionella team kan definitivt vara en del av det som gör att det blir en bättre arbetsmiljö, men då behövs det bra ledarskap och en organisation som klarar av att bära upp teamet.**

– Det krävs också att man har ett långsiktigt mål och att man arbetar medvetet med gemensamma mål och värderingar, säger Gudbjörg Erlingsdóttir, universitetslektor och docent i arbetsmiljöteknik vid Lunds universitet, som sedan hösten 2015 lett ett AFA-finansierat projekt om teamarbete och arbetsmiljö.

Genom intervjuer och observationer av arbetet vid en intensivvårdsavdelning, där flerprofessionella team finns, och en akutmottagning, där organiserat teamarbete inte förekommer, fann man att det egentligen inte handlar om »team eller inte team«, snarare om kvaliteten på teamarbetet.



Gudbjörg Erlingsdóttir

Studien visar också att läkarna på IVA generellt är mycket positiva till att arbeta i team och att de dessutom är betydligt nöjdare med sin arbetsmiljö, än läkarna på akuten.

Trots att akutmottagningen inte hade någon uttalad organisation för teamarbete menade en del av läkarna att man arbetar i team. Främst handlade det då om det akuta skedet när varje person tilldelas en tydlig roll. Beskrivningarna av hur det teamarbetet såg ut skiljde sig dock mer åt än bland läkarna på IVA.

Gudbjörg Erlingsdóttir har i en tidigare studie utvärderat en omorganisation på en vårdcentral, där arbetet blev mer inriktat på flerprofessionella team. Ett resultat var att läkarna upplevde att de var mindre ensamma. Hon tror att bilden av läkaren som den starka solitären kan vara en belastning och stressfaktor.

Anna Sofia Dahl

LYRICA® PREGABALIN

NYHET

Nu finns Lyrica också som oral lösning (mixtur)

Det kan vara ett alternativ för patienter som har svårt att svälja eller om man på ett enkelt sätt vill kunna titrera dosen innan man går över till kapslar.

Den kliniska effekten av lösningen motsvarar samma dos Lyrica i milligram som när den tas med kapslar.

Vill du veta mer om Lyrica och Lyrica som mixtur gå in på **www.pfizermedica.se/lyrica**



Lyrica – det enda pregabalinet godkänt för neuropatisk smärta!

- Generaliserat ångestsyndrom
- Neuropatisk smärta – central och perifer
- Tilläggs-behandling vid partiella epilepsianfall

PP-LYR-SWE-0034, Maj 2016

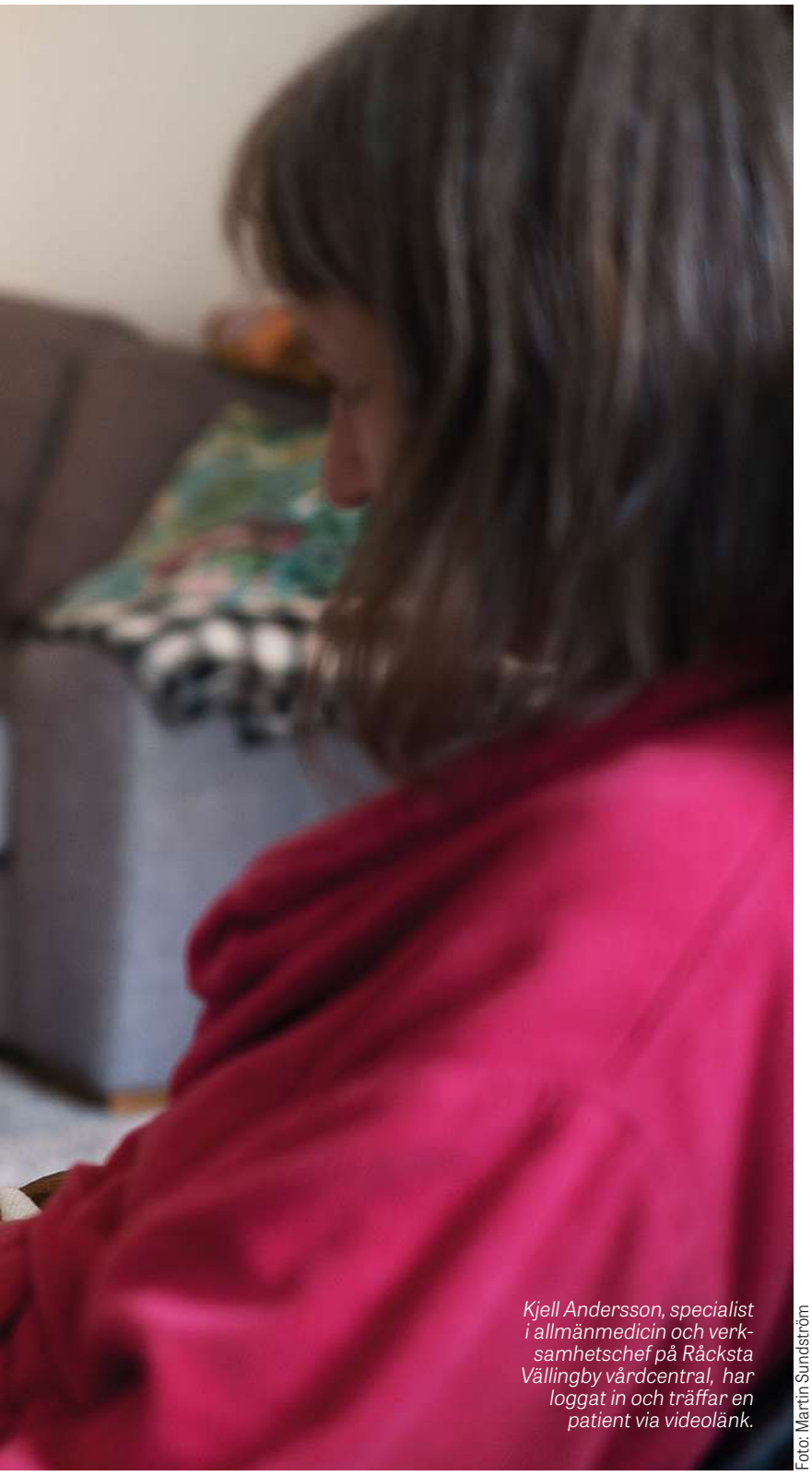
Lyrica® (pregabalin), Rx. ATC N03A **Indikationer:** Epilepsi: Tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. Neuropatisk smärta: Behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. Generaliserat ångestsyndrom: Behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrådas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. Försiktighet bör iakttas hos patienter med tidigare missbruksproblem och patienten bör följas upp för symtom av felaktig användning, missbruk eller beroende av pregabalin. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 56 eller 84 st, samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Lyrica finns även som oral lösning 20 mg/ml i plastflaska om 473 ml. **Förmån med begränsningar:** Vid epilepsi ingen begränsning. Vid neuropatisk smärta endast till de patienter som inte nått behandlingsmålet med vare sig ett tricykliskt antidepressivt läkemedel eller gabapentin, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. Vid generaliserat ångestsyndrom endast till de patienter som inte nått behandlingsmålet med antingen SSRI eller SNRI, eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl. **För mer information och prisuppgifter se www.fass.se.** Senast uppdaterade produktresumé 11/2015

Pfizer 191 90 Sollentuna
Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se

LYRICA® PREGABALIN Pfizer



Virtuellt patientmöte



Kjell Andersson, specialist i allmänmedicin och verksamhetschef på Råcksta Vällingby vårdcentral, har loggat in och träffar en patient via videolänk.

Foto: Martin Sundström

ny möjlighet

På avtalad tid klockan nio dyker en man upp i fönstret på min datorskärm och läkarbesöket börjar. Jag sitter hemma i soffan och träffar verksamhetschef Kjell Andersson på Råcksta Vällingby vårdcentral via videolänk. Allt fler vårdcentraler erbjuder virtuella besök. Men det är bara en av flera möjligheter som »andra generationens telemedicin« öppnar, menar primärvårdsläkare som Läkartidningen har talat med.

Tekniken är lätthanterlig från patientens sida sett. Man får förslag på tid, loggar in sig på en hemsida eller via en app och identifierar sig med bank-id. Bild och ljud är bra och någon teknikstress uppstår inte, Kjell Andersson är en avslappnad videoläkare. Sedan några månader finns tre läkare på Råcksta Vällingby vårdcentral som erbjuder videobesök när de finner det lämpligt, som vid olika typer av uppföljningar.

– Vi har alltid träffat patienterna vid fysiska möten först. Jämfört med telefonsamtal ger video en något djupare kontakt och bättre underlag för att exempelvis bedöma stämningsläge. Man kan mycket väl använda det vid rådgivning till vilsna föräldrar, exempelvis. Vi har också diskuterat andra användningsområden, vårdgivare emellan. Bildkvaliteten är så pass bra att hemsjukvården kan skicka bilder om de är bekymrade över ett sår eller vill ha sambedömning om patienten kan behöva skickas till sjukhus, säger Kjell Andersson.

I vilken utsträckning videobesök kan ersätta fysiska besök är en mindre del i pilotprojektet Kroninnovation, där Råcksta Vällingby och ytterligare tre vårdcentraler

»Jämfört med telefonsamtal ger video en något djupare kontakt och bättre underlag för att exempelvis bedöma stämningsläge. Man kan mycket väl använda det vid rådgivning till vilsna föräldrar, exempelvis.«



Kjell Andersson

i västra Stockholm prövar nya arbetssätt, vårdformer och e-hälsotjänster. Projektet stöds av Vinnova och syftet är att hitta en ersättnings- och uppföljningsmodell som kan införas redan 2017/2018.

Projektet har en ersättningsmodell där 60–70 procent är fast ersättning och resten rörlig. Det har medfört att vårdcentralen har utvecklat teamarbetet och söker hitta bästa nivå för omhändertagande. Ersättningen för videobesök är densamma som för fysiska besök, och fokus i projektet ligger på kroniskt sjuka och vårdtunga patienter. Skulle videoläkarbesök vara särskilt lämpligt för dem?

– Vilka grupper som möter läkaren i videobesök har ingen betydelse, ersättningssystemet ska stimulera till att vi får mer tid för de kroniskt sjuka och vårdtunga. Men det är inte otänkbart att de använder sig av videobesök. Det finns fördomar kring hur äldre använder IT, och många kan nog uppskatta att man på det här sättet slipper vänta på färdtjänst, säger Kjell Andersson.

Under året ska pilotprojektet utvidgas med fler vårdcentraler. Blir utfallet bra är ambitionen att videobesök ska vara möjligt för alla vårdcentraler i Stockholms läns landsting från nästa år. I budgetförslaget finns tydliga uppdrag att ta bort hindren för vårdgivare att erbjuda videobesök eller nya e-tjänster som komplement till vanliga besök.

– Patienterna ska inte bara kunna välja vårdcentral utan även kontaktväg utifrån egna önskemål. Det ger en mer tillgänglig vård. För vårdgivaren blir det mindre belastning med kassahantering och administration om alla besök inte behöver vara fysiska, säger Daniel Forslund (L), landstingsråd i Stockholm med ansvar för bland annat e-hälsofrågor och IT-infrastruktur inom vården.



Daniel Forslund (L)

Han är också styrelseledamot i Inera, ett bolag som ägs av landstingen och samordnar gemensamt e-hälsoarbete. Videobesök är en tjänst som alla landsting tittar på, enligt Daniel Forslund. Kostnaderna i sammanhanget är små i relation till de 4,4 miljarder kronor som Stockholm och Västra Götaland satsar för att införa moderna journalsystem och uppgradera säkerheten.

Många landstingsanställda har dåliga erfarenheter av krånglande och sega IT-system.

– Det är resultatet när IT-projekt drivs av teknikentusiaster i stället för att verksamheten och patientens behov får styra. Därför involverar vi personal från start denna gång, de får ställa kraven, säger Daniel Forslund.

Kjell Andersson på Råcksta Vällingby vårdcentral bedömer att projektmålet, 30 procent av besöken via video, inte är orimligt på sikt och att det finns en effektivitetsvinst när det gäller uppföljningar.

– Men merparten av besöken kommer fortfarande att vara fysiska möten. Vi behöver känna och klämma, använda alla våra sinnen i arbetet, säger Kjell Andersson.

Företaget Kry är teknologileverantör och driver också en digital vårdcentral i egen regi (se LT nr 15/2015). Josefin Landgård, medgrundare av Kry, säger att det finns ett stort intresse hos patienterna. Däremot är det fortsatt trögt att få till en förändring inom den reguljära primärvården, enligt hennes uppfattning.

– Att möta patienter via videosamtal innebär en förändring i verksamheten på vårdcentralen, och det är det som är tröskeln, snarare än tekniken i sig. Hade patienternas önskemål fått styra i högre



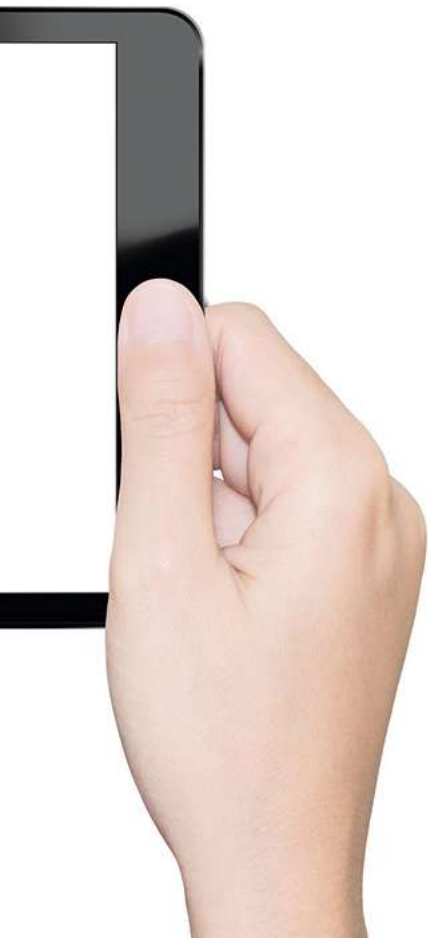
utsträckning, så tror jag att utvecklingen skulle gå snabbare, säger Josefin Landgård.

Genombrottet för videoläkarbesök kommer att ta några år, tror Johan Gustafsson, vd på Visibacare, ett företag som levererar tekniska lösningar till vårdgivare.

– Och den stora vinsten sker inte av att byta ut ett fysiskt vårdbesök mot ett videobesök, utan i att skapa digitala processer där patienten är med och automatiserar delar av flödet – bokning och triagering, säger han.

I december förra året utökades de 31 vårdcentralerna i Jönköpings län med en »digital vårdcentral« som hittills tagit emot runt 275 patienter (maj 2016). Ulf Österstad är distriktsläkare och verksamhetschef för »Bra liv nära«, ett samarbete mellan vårdcentralerna, Region Jönköpings län och Kry. Han påpekar att landstinget i Jönköping var bland de första i världen inom offentligfinansierad sjukvård att satsa på läkarbesök via videolänk.

I nio fall av tio har de patienter som gör videobesök hänvisats till detta efter att ha ringt en sköterska på någon av vårdcentralerna i länet. De sköterskor som själva har laddat ner den digitala vårdcentralens app tycker att det fungerar bra, menar Ulf Österstad. Han anser att det är för tidigt att dra slutsatser om sökmönster och patientgrupper, men åtton-



»Om några år är videosamtal och asynkron kommunikation en del av det vanliga vårdutbudet. Skulle någon ta den möjligheten från mig nu skulle det vara ungefär som att vara utan min smartphone i vardagen.«



Ulf Österstad

dedagssjukskrivningar och hudåkommor är två exempel på det som är enkelt att hänvisa till videobesök och därför vanligt. Till skillnad från i Råcksta–Vällingby behöver läkare och patient inte ha haft något fysiskt möte först. Däremot har nästan alla patienter talat med en sköterska, och det gör att det är ovanligt att patienter behöver hänvisas vidare efter besöket.

– Att besöken sker via video är bara en liten del av förändringen, säger Ulf Österstad. Den innebär också ett större mått av ansvar för patienterna, som själva fyller i sina symtom och skickar eventuella bilder till läkaren.

Vad som behövs för att motivera och underlätta för patienten att själv kunna göra en del av diagnosarbetet är en av tre viktiga frågeställningar som videoläkarbesök väcker, enligt Ulf Österstad. En annan är rent medicinsk: vilka tillstånd som lämpar sig för den här typen av konsultation och hur man instruerar patienten att undersöka sig själv. Och den tredje: hur ska vården organisera detta på bästa sätt? I Jönköpings fall delar man resurser mellan de vanliga vårdcentralerna och den virtuella. Att ha en samlad virtuell vårdcentral gör att det går snabbare att komma upp i volym när det gäller besök och få mer erfarenhet av hur tekniken kan användas.

– I sommar kommer en trippelspecialiserad läkare (allmänmedicin, ortopedi och akutmedicin) att jobba hos oss, och det ska bli intressant att se vad hans kompetens kan tillföra för att utveckla den digitala vårdcentralen, säger Ulf Österstad.

I Norrbotten och Västerbotten har man under ett antal år arbetat med telemedicin genom virtuella vårdrum på apotek som har uppkoppling till vårdcentralen. Men vid videoläkarbesöken i Region Jönköping och västra Stockholm kopplar patienten själv upp sig hemifrån eller var hen befinner sig. Intresset för »andra generationens telemedicin« har varit stort, och till Jönköping kommer studiebesök från vårdcentraler runt om i landet.

– Läkarbesök via video är den synliga delen, men kanske inte den mest intressanta på sikt. Möjligheten att skicka bilder och mejla uppgifter till läkaren på ett säkert sätt kan öppna möjligheter för patienterna att sköta mer monitorering i hemmet. Den delen går utan tvekan att utveckla, säger Ulf Österstad.

IT-kostnaderna för första årets drift av den digitala vårdcentralen understiger gränsen för direktupphandling, 75 000 kronor. Ulf Österstad menar ändå att lönsamhet på kort sikt inte kan utgöra drivkraften bakom satsning på videobesök.

– Nya verksamheter med låga volymer innebär alltid en kostnad, och i början behöver vi balansera mellan utbud (läkare som kan ta emot) och patienter som efterfrågar den här typen av vård. Tekniken i sig är ingen utmaning, det finns många billiga molntjänster. Det är det som är bakom molntjänsten som vi behöver bygga upp. Det handlar om arbetssätt som behöver byggas från golvet för att få med sig medarbetarna så det blir någorlunda rätt från början. Det ställer helt andra krav på organisationen än vi är vana vid då allt som involverar teknik ofta byggs som strategiska projekt uppifrån och ner. Om några år är videosamtal och asynkron [tidsmässigt oberoende, reds anm] kommunikation en del av det vanliga vårdutbudet. Skulle någon ta den möjligheten från mig nu skulle det vara ungefär som att vara utan min smartphone i vardagen, säger Ulf Österstad.



Text: **Kajsa Olsson**



Mer debatt på nätet

▶ På Läkartidningen.se hittar du fler intressanta debattartiklar och replikskiften. Där finns även instruktioner, tips och råd för debatt. Med en läsarkommentar kan du direkt göra din röst hörd. Välkommen med ditt inlägg!

EN SJUKVÅRDSPOLITIKERS ANSVAR FÖR FÖRLOSSNINGAR

▶ **Sjukvården måste få en annan styrning än i dag. Politikerna bör ta ett tydligare övergripande ansvar, skriver läkaren Jan Halldin apropå nedläggningen av BB Sophia.**

Läkartidningen. 016;113:D4UU

REPLIK FRÅN MINISTERN

▶ **Jag ser inte att det behövs en statlig kriskommission för sjukvården, men ett omställningsarbete som leds av staten, skriver sjukvårdsminister Gabriel Wikström i en replik.**

Läkartidningen. 016;113:D6H4

REPLIK FRÅN ELLA BOHLIN

▶ **Att Praktikertjänst inte gjorde rimliga ekonomiska kalkyler är beklagligt, men inget som vi politiker kan råda över, skriver Ella Bohlin (KD), landstingsråd i Stockholm.**

Läkartidningen. 016;113:D49Y

LÄKEMEDELSVERKET SVARAR OM PRIMULOT-NOR

▶ **Två professorer krävde på debattplats att Läkemedelsverket slopar nya varningar om Primolut-Nor (Läkartidningen. 016;113:D4TH). Myndigheten svarar i en replik att införandet » ... föregåtts av sedvanlig utredning, diskussion och kvalitetsgranskning«.**

Läkartidningen. 016;113:D6FR

Läs mer!
Du hittar fler debattinlägg på Läkartidningen.se

Dags att se värdet av patient

Värdet av patientnära forskning är stort inom områden där sjukdomar utvecklas under lång tid. Det är dags att se potentialen.



Anders Wallin, forskargruppsledare, professor, överläkare, Sahlgrenska akademin/Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg; ordförande, Svensk förening för kognitiv medicin
anders.wallin@neuro.gu.se

En av de stora medicinska utmaningarna är att förhindra eller fördröja utvecklingen av alzheimer och liknande sjukdomar, men trots stora ansträngningar saknas effektiva behandlingsmetoder. Djur-, laboratorie-, register- och befolkningsstudier har resulterat i värdefulla pusselbitar om riskfaktorer och bakomliggande sjukdomsprocesser. Kunskaperna har legat till grund för läkemedelsstudier, men inga praktiskt övertygande effekter har påvisats. Alltjämt finns endast symtomlindrande läkemedel.

Intressant nog har studierna endast i begränsad omfattning skett på patienter som sökt vård, trots att sådan forskning är avgörande för behandlingsgenombrott. Det är i sjukvården noggranna undersökningar kan genomföras. Vi kan följa patienten genom hela sjukdomsförloppet och få kunskap om vad som kännetecknar och skiljer alzheimer från andra liknande sjukdomar. Detta har särskild betydelse tidigt i förloppet då symtomen ofta är otydliga samtidigt som möjligheterna att bromsa sjukdomen är störst. Tillvägagångssättet är också kostnadseffektivt eftersom man kombinerar forskningsverksamhet med utredning och behandling.

Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, har vi i flera år bedrivit forskning på patienter som söker hjälp för minnesrelaterade besvär [1]. En målsättning är att klargöra vad som kännetecknar Alzheimers sjukdom och andra vanliga minnesstörande sjukdomar hos vuxna. Eftersom sjukdomarna liknar varandra och kan förekomma var och en för sig eller tillsammans kan det vara lätt att blanda ihop dem, vilket är en möjlig förklaring till att försöken att behandla alzheimer ännu inte lyckats.

Värdet av patientnära forskning gäller självfallet också andra medicinska forskningsfält där sjukdomar utvecklas under lång tid och där behandling och rehabilitering pågår under månader/år. Vad behövs då för att möjliggöra sjukhusforskning?

Ledning. Att den patientnära kliniska forskningen har två huvudmän, universitet och sjukhusvård, innebär olika målsättningar och olika prioriteringar i stället för gemensamma. Många sjukhusforskare arbetar i båda organisationerna, vilket innebär dubbel administration och slitningar mellan lojaliteter och prioriteringar. Så länge sjukhusforskningen har två huvudmän behöver sjukhus- och akademiföreträdarnas befogenheter tydliggöras, vilket har belysts i flera utredningar [2, 3].

Trots att frågan är välutredd saknas beslut om organisatoriska förändringar som möjliggör effektiv sjukhusforskning. Intresset för forskning av den här typen är paradoxalt lågt. Det räcker inte att

Evidensen har stärkts för interventionell

Smärta är en av våra största folksjukdomar. Svenska patienter behöver börja utredas och behandlas interventionellt, som i resten av den utvecklade världen.



Johan Hambraeus, överläkare, Smärtkliniken Eques Indolor, Vallentuna
johan@smartkliniken.eu

Lingvistikerna frågar sig ständigt: »Vad finns i ett ord?« Frågan blir även aktuell när man diskuterar evidens vid interventionell smärtbehandling, och tas upp i inledningen av en översiktsartikel som publicerats i tidskriften Pain Medicine [1]. Författarna börjar med att definiera vad som krävs för att en studie ska inkluderas i analysen:

- Patienterna ska först vara diagnostiserade, det vill säga minst 2 test med signifikant smärtlindring när den mediala grenen bedövas med lokalbedövning.
- Placeringen av behandlingsnålen ska ske i enlighet med anatomin, så att nålen placeras parallellt med nerven.
- Behandlingen sker genom att nålen hettas upp och därmed skapar en temporär denervation.

Detta finns definierat i de riktlinjer som organisationen International Spine Intervention Society (ISIS) tagit fram och utgör därför en bas för hur en evidensbaserad interventionell smärtbehandling ska utföras. Det artikeln tillför är evidensvärdering av effektiviteten i att ge långvarig smärtlindring vid facettledsrelaterad smärta från halsrygg samt ett tydliggörande av risker med en behandling utförd i enlighet med dessa riktlinjer.

Effektiviteten har värderats i form av komplett smärtfri-

nära forskning

inrätta särskilda forskningsvägar för kliniskt verksamma läkare. En mer genomgripande organisatorisk förändring krävs.

Ekonomi. Ekonomistyrning har hög prioritet – vilket i och för sig inte behöver vara fel – men om den utgör ett hinder för patientfokus och forskning är inriktningen fel. Det gäller att inte agera kortsiktigt ekonomiskt.



Foto: Colourbox

Alla medarbetare måste se forskning som en självklar del av arbetet, skriver debattören.

Kompetens. Personal med kompetens om forskningsprocessen – designa studier, analysera data och sammanställa resultat – bör finnas som en basresurs på varje vårdenhet.

Attityder. Många som arbetar med forskning uppfattar att de är en belastning för sjukhusverksamheten. Forskningen måste ses som en integrerad del av den vanliga verksamheten. Det räcker inte att sjukhusledningen tycker att den är viktig. Varje medarbetare måste se forskning som en självklar del av sina arbetsuppgifter.

Vi framhåller ofta vikten av att snabbt kunna implementera ny kunskap och mönstra ut omoderna metoder, men implementering är bara ena sidan av myntet. Den andra handlar om kunskap. Det behöver tydliggöras att sjukvårdens uppdrag även är att skapa ny kunskap.

Hans Bergström (tidigare chefredaktör på Dagens Nyheter) skrev för flera år sedan att sjukvården är en guldgruva för medicinsk forskning. Jag delar hans uppfattning, men många ser inte vårdens potential som kunskapskälla. Vi har påbörjat brytningsarbetet men kan komma längre om hindren undanröjs och fler deltar.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

smärtbehandling

het 6 respektive 12 månader efter behandling samt komplett återgång i alla aktiviteter (inklusive arbete) som hindrats av smärtan. Bedömningen är att det finns stark evidens för att behandling i enlighet med riktlinjerna är effektiv. De risker och komplikationer som noterats är mestadels temporära, och inga allvarliga komplikationer finns beskrivna.

Interventionell utredning och behandling av långvarig smärta har utvecklats kraftigt den senaste 25-årsperioden. Det har redan tidigare konstaterats att ländryggsvärk inte längre kan betraktas som ett flummigt odiagnostiserbart tillstånd utan för det mesta låter sig diagnostiseras och behandlas [2].

På samma sätt konstaterar författarna till översikten i Pain Medicine att den vanligaste orsaken till smärta efter ett pisksnärtstrauma är facettledsrelaterad smärta och visar att det finns stark evidens för behandling av sådan smärta i halsryggen när diagnosen säkerställts [1].

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

APROPÅ!

Säkerhet vid omskärelse

Gertrud Edler, AT-läkare, Östersunds sjukhus och institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet

Inge Axelsson, professor, Mittuniversitetet; barnkliniken, Östersunds sjukhus

Gillian M Barker, överläkare, barnkirurg, institutionen för kvinnors och barns hälsa, barnkirurgi, Uppsala universitet

Susanne Lie, seniorrådgivare, Statens helsetilsyn, Oslo, Norge

Estelle Naumburg, barnläkare, lektor, barnkliniken, Östersunds sjukhus; institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet
● estelle.naumburg@umu.se

▶ Icke medicinskt indicerad omskärelse av små pojkar är vanlig och har debatterats länge utifrån två motsatta ståndpunkter, nämligen barnets rätt att bestämma över sin egen kropp respektive barnets rätt att tillhöra ett religiöst och kulturellt sammanhang.

Allvarliga komplikationer till omskärelse av små pojkar anses vara få. Vi har genomfört en studie där vi sammanställt alla rapporterade komplikationer i Skandinavien [1]. Syftet var att diskutera om de hade kunnat undvikas och om möjligt bredda debatten.

Alla fall av komplikationer i samband med omskärelse som rapporterats till medicinska myndigheter i Norge, Danmark och Sverige under en 20-årsperiod inkluderades i studien. Under de 20 åren hade totalt 74 komplikationer hos 32 pojkar rapporterats. Knappt hälften ansågs vara svåra. Det handlade om blödning och cirkulatorisk chock (varav ett dödsfall), intoxikation, kramper, reoperation och sepsis.

Vi föreslår följande åtgärder för att förbättra säkerheten för barnen:

- Endast en blandning av ketobemidon bör finnas (vilket gäller i Sverige sedan 1999).
- Nationella riktlinjer för analgesi bör finnas (tabeller med vikt i kg samt dos i mg och ml).
- Om K-vitamin inte getts i samband med födseln bör den kirurg som planerat att utföra omskärelsen avstå från operationen.



Foto: Colourbox

Svensk lag är tydlig om barns rätt att bestämma över sin kropp.

- Längre tids övervakning – gärna dygnslång – bör erbjudas om det uppstår blödning eller smärta och familjen behöver medicinsk hjälp.
- Föräldrarna måste informeras om vart de ska vända sig om komplikationer uppstår. Lämpligast är att ingreppen utförs på sjukhus som är öppna dygnet runt även på helger.

Vår studie visar att i de fall där omskärelsen skett i ett grannland försvårades den juridiska påföljden då familjen anmäler felbehandlingen i sitt hemland. Ett skandinaviskt samarbete och tydliga nationella och/eller skandinaviska riktlinjer måste till.

Noggrann information måste ges till föräldrarna om såväl risken för komplikationer som den tydliga svenska lagstiftningen gällande barnets rätt att bestämma över sin kropp. Större öppenhet kring problematiken, tydligare samarbete i Norden och bättre tillgänglighet till akutvård där ingreppet skett, är ytterligare några viktiga steg mot en säkrare situation om föräldrarna trots allt beslutat att deras pojke ska omskäras.

Läs mer! Se referens på Läkartidningen.se

IVO-kritik i borreliafall dåligt underbyggd

IVO:s beslut i ett ärende nyligen bygger på ett bristande vetenskapligt underlag. Utlåtandet riskerar att spä på missuppfattningar kring diagnostik vid och behandling av borrelia.

Anna J Henningsson, överläkare, med dr, laboratoriemedicin, klinisk mikrobiologi, Region Jönköpings län

Ivar Tjernberg, överläkare, med dr, klinisk kemi och transfusionsmedicin, Landstinget i Kalmar län

Oskar Ekelund, överläkare, klinisk mikrobiologi, Region Kronoberg/Landstinget Blekinge

Paula Gyllemark, specialistläkare, infektionskliniken, Region Jönköpings län

Barbro Hedin Skogman, överläkare, med dr, Centrum för klinisk forskning, Landstinget Dalarna

Marcus Johansson, specialistläkare, klinisk mikrobiologi, Landstinget i Kalmar län

Charlotta Karlsson, överläkare, klinisk mikrobiologi, Region Kronoberg/Landstinget Blekinge

Johanna Sjöwall, specialistläkare, med dr, infektionskliniken, Region Östergötland

Martin Sundqvist, överläkare, med dr, laboratoriemedicin, mikrobiologi, Universitetssjukhuset i Örebro

Pia Forsberg, professor emeritus, infektionsmedicin, Linköpings universitet; infektionskliniken, Region Östergötland

På Läkartidningen.se refereras ett IVO-ärende som har resulterat i att en läkare kritiserats för inadekvat behandling av borrelios [1]. En patient som sökt vård för stelhet och smärta i armar och ben fick behandling med doxycyklin 200 mg dagligen i 10 dagar. Då patientens symtom inte hade försvunnit helt efter fem månader togs en ny serologi och ytterligare doxycyklin förskrevs.

Kritiken från IVO riktas mot den initiala handläggningen då man menar att patienten fick för kort behandling, vilket ledde till att den fick upprepas senare. Enligt IVO medförde detta att patienten fick gå med kvarvarande borreliasymtom flera månader i onödan.

Referatet i Läkartidningen och IVO:s beslutsdokument, som författarna har tagit del av, är alltför summariska och väcker en rad frågor. Det framgår inte om IVO konsulterat någon expertis inom området.

Det finns i dag tämligen utbredda missuppfattningar om borreliadiagnostik och behandling. Utlåtanden som det från IVO, refererat i Läkartidningen, riskerar att ytterligare förstärka dessa missuppfattningar, vilket är allvarligt. Vi vill därför spegla följande punkter av IVO:s utlåtande mot aktuell vetenskaplig dokumentation:

1. Utifrån de vaga beskrivningarna av patientens symtom (»stelhet och smärta i armar och ben«) och den kliniska utredningen (»positiva borreliaprover«) är det oklart huruvida patientens symtom verkligen härrörde från en aktuell borreliainfektion. Symtombilden som den beskrivs är inte typisk för borrelios. Borrelios kan manifesteras på flera olika distinkta sätt, varav erythema migrans är vanligast i Sverige, en klinisk diagnos där borreliaserologi inte har någon plats [2]. Näst vanligast är neuroborrelios [3], en diagnos som baseras på passande symtombild i kombination med påvisande av borreliaantikroppar och pleocytos i cerebrospinalvätska [4].

Beträffande borreliaserologi gäller några viktiga fakta:

- Positiv borreliaserologi är vanligt förekommande i frisk befolkning i endemiskt område, till exempel hos upp till 20 procent i södra Sverige [5].
- Borreliaserologi kan inte användas för behandlingsutvärdering [6].
- Borreliaserologi bör endast användas med riktad klinisk frågeställning, och ej vid erythema migrans [6].
- Vid symtom sedan minst 30–42 dagar talar negativ blodserologi emot neuroborrelios hos vuxna och barn >12 år. För diagnosen neuroborrelios krävs lumbalpunktion [4, 7, 8].

2. Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation [9] är akrodermatit och artrit de enda borreliamanifestationerna som ska behandlas med doxycyklin i tre veckor, men symtombeskrivningen i det aktuella fallet stämmer inte med dessa diagnoser. Det är oklart vilken form av borrelios man avsåg att behandla, men troligtvis var det misstänkt neuroborrelios. Behandlingsrekommendationen för neuroborrelios är doxycyklin i 10–14 dagar beroende på om man väljer 200 eller 400 mg dagligen. Det saknas vetenskapligt underlag för att hävda att effekten av behandlingstid längre än 14 dagar är bättre [10].



Foto: Fotolia/IBL

3. Enligt IVO:s beslut upplevde patienten tillfällig förbättring av symtomen efter den första antibiotikabehandlingen men var inte helt besvärsfri vid uppföljningen fem månader senare, vilket föranledde ytterligare en antibiotikakur. Indikationen för den andra antibiotikabehandlingen är dock i högsta grad diskutabel. Vid neuroborrelios är det inte ovanligt att patienter upplever en partiell förbättring under pågående behandling men att det kan dröja en längre tid innan alla besvär har klingat av. Det saknas vetenskapligt underlag för upprepad antibiotikabehandling vid kvardröjande symtom efter påvisad och behandlad borreliainfektion [10, 11].

> **»Det framgår inte om IVO har konsulterat någon expertis inom området.«**

Sammanfattningsvis anser vi att underlaget för att kritisera den initiala antibiotikakurens längd är bristfälligt utifrån vad som framkommer i IVO:s beslut – ställt mot aktuella behandlingsrekommendationer och vetenskapligt underlag. Kritiken borde snarare riktas mot användandet av serologisk testning i syfte att utvärdera behandlingseffekt samt mot upprepad antibiotikabehandling av kvardröjande symtom.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Läs mer!
Fler debattinlägg finns att läsa på Läkartidningen.se

SVERIGE BEHÖVER DIG. ÄVEN I MALI.

Hoppas vi ses i Almedalen eller någonstans i Sverige ...
Kirurgveckan?
SOF?
FSL?
SFAI?
Karriärkvällarna?

VI SÖKER ANESTESIOLOGER, KIRURGER OCH ORTOPEDER

Den svenska FN-insatsen i Mali är viktig för människorna i ett land som under lång tid levt med mycket stor osäkerhet. De drygt 230 svenska soldaterna skyddar bland annat civila och FN-personal, de verkar för stabilisering av större tätbefolkade områden och de skapar förutsättningar för humanitärt bistånd.

För att de skall kunna lösa sina uppgifter måste våra soldater kunna få god vård – om det behövs. Det gäller också om de är i Mali på ett FN-uppdrag. Därför behövs du och dina erfarenheter här. Detta är ett arbete som i många avseenden skiljer sig från det du är van vid. Det utvecklar och utmanar samtidigt som du gör en viktig insats. Du kommer också att få nya insikter, inte minst om dig själv. Tillsammans med kompetenta kollegor kommer du att ha arbetsuppgifter som spänner över ett brett fält – från riktigt kvalificerat medicinskt arbete till att exempelvis resa tält.

Vi söker dig som är eller snart blir specialist inom anestesiologi eller i någon av de kirurgiska specialiteterna. Du måste vara svensk medborgare, du är frisk och har god fysik. Du är beredd att jobba i Mali under en eller flera 8-veckorsperioder där du själv har stora möjligheter att påverka när du skall åka.
Du behöver inte ha någon tidigare militär utbildning – den ser vi till att du får .

Visst låter det intressant? Läs mer och sök tjänsterna på http://jobb.forsvarsmakten.se/sv/lediga-tjanster/
Du kan också maila oss på medicinalrekrytering@mil.se eller ringa oss på 072-181 15 28.

Välkommen med din ansökan – och kanske till Mali!

FÖRSVARSMAKTEN

Forskningens möjligheter

AstraZeneca

På AstraZeneca tror vi på forskningens möjligheter att förändra behandlingen av allvarliga sjukdomar som cancer, hjärtsjukdomar, diabetes, KOL och astma. Forskningen driver oss att tänja gränserna för vad som är möjligt.

AstraZeneca är ett av mycket få renodlade bioläkemedelsföretag som omfattar hela värdekedjan för ett läkemedel, från upptäckt och utveckling till tillverkning, marknadsföring och distribution. Vi bedriver verksamhet i mer än 100 länder och våra innovativa läkemedel används av miljontals patienter över hela världen.

AstraZeneca är ett av Sveriges viktigaste exportföretag. På våra anläggningar i Göteborg och Södertälje bedriver vi forskning och utveckling, produktion och marknadsföring.

Läs mer på www.astrazeneca.se

Kombinationsbehandlingar mot cancer – ett exempel på AstraZenecas forskning
För att hitta nya sätt att behandla patienter med cancer undersöker vi effekten av kombinationer av biologiska och småmolekylära läkemedel.



AstraZeneca
151 85 Södertälje
www.astrazeneca.se

795.703.011 06.2015 SE

»Jag älskar landstingskaffe i farten, sparkcykelfärder genom kulvertar, liv och död, födelse och förgänglighet, det utsökta alldagliga insprängt däremellan.«

JAG ÄLSKAR SJUKHUS. Jag älskar kompetensen som rör sig genom korridorerna, diskussionerna med kollegorna på morgonronden. Älskar rutinerna, systemen, flödesschemana och pm:en. Älskar patienterna ännu mer. Hur olika de är. Hur de överraskar och utmanar genom att inte vara några skolboksexempel, inte gå att pressa in i ett fyrkantigt flödesschema.

Jag älskar landstingskaffe i farten, sparkcykelfärder genom kulvertar mellan avdelningen och akuten. Liv och död, födelse och förgänglighet, det utsökta alldagliga insprängt däremellan.

Och jag älskar sjukhus för att det alltid finns mer att göra där.

För att det aldrig är någon som stänger och säger att nu måste alla gå hem.

Och samtidigt är det just den aspekten av mitt framtida yrkesliv som skrämmer mig allra mest.

JAG LIDER AV EN DEFEKT som jag vet att jag delar med många i min yrkeskår. Jag saknar en spärr som säger åt mig när det är dags att sluta arbeta. Kanske är det ett slags last. Om jag tar en kaka till kaffet slutar jag inte äta förrän kakfatet är tomt och om jag börjar arbeta slutar jag inte förrän någon tvingar mig att lägga av. För den utomstående betraktaren är det kanske lättare att se problemet med kakorna än med arbetet. **Tänk vad mycket man skulle kunna åstadkomma om man aldrig tog paus. Vad mycket man skulle lära sig, vilken skicklig läkare man skulle bli, om man aldrig gick hem från det där älskade sjukhuset som aldrig stänger.**

Feltänket ligger i detta: vi är inte gjorda för att ständigt arbeta. Vi som saknar en spärr som säger åt oss att det är dags att vila behöver pauser precis som alla andra. Vi är bara sämre på att känna av det – på samma sätt som vissa personer med insulinbehandling får svagare känningar vid hotande hypoglykemi. Och precis som diabetikern med svaga känningar måste vi vara försiktiga med oss själva, agera i förväg och inte när det är för sent.

JAG ÄLSKAR SJUKHUS. Det är ett privilegium att få arbeta på en sådan plats. Med det privilegiet följer ett ansvar att ta hand om sig själv. Annars är man inte kapabel att hjälpa andra. **Man blir skicklig av att jobba mycket, men inte om man arbetar så hårt att man knappt vet vad man heter.**

Det finns några gånger i mitt liv när jag snuddat vid den berömda väggen. När jag jobbat så hårt och vilat så lite att hjärnan till slut känts som en gröt och de enklaste uppgifter tyckts omöjliga att utföra. Det är inte ett läge där man är kompetent. Det är inte ett tillstånd då man ska ansvara för andra människors liv och hälsa.

Ibland är den viktigaste kompetensutveckling man kan ägna sig åt att lära sig konsten att ta ledigt.

Glad semester.



Foto: Daniel Stigfeldt

Ulrika Nettelblad,
underläkare, Mariehamns hälsocentral
fingeradfiness@gmail.com

sanofi pasteur MSD
vacciner för livet

Hon, Han eller Hen?

Vem har rätt till skydd mot HPV?
Idag blir bara flickor erbjudna HPV-vaccination, trots att vaccinet skyddar mot cancerformer som även män drabbas av.

Rättvist?

Debatt i Almedalen
Onsdag 6 juli kl. 12:00–12:45

Läkartidningens tält H508
Lättare förtäring serveras, så var gärna på plats i god tid

Moderator: Pär Gunnarsson – Läkartidningen
Medverkande: Anders Tegnell – Folkhälsomyndigheten
Katarina Johansson – Nätverket mot cancer
Ella Bohlin (KD) – SLL
Håkan Jörnehed (V) – SLL
Jenny Petersson (M) – Riksdagsledamot

Sanofi Pasteur MSD, Box 6345, 102 35 Stockholm. Tel 08-564 888 60. www.spmsd.se

SE00552

KLINIK &VETENSKAP

I detta nummer bland annat om juridiken kring klinisk användning av oprövad behandling utan forskningstillstånd.

1220
ABC om smärtlindring vid vaginal förlossning

1210
Kliniskt bruk av oprövade metoder är juridiskt reglerat

1212
Nya rön

1216
Kardiotoxicitet relativt vanligt vid cancerbehandling

5 frågor till
Maria Lengquist, ***ST-läkare vid Skånes universitetssjukhus i Lund,*** **som tillsammans med kollegor har skrivit en ABC-artikel om smärtlindring vid vaginal förlossing.**



Vilka är fördelarna med smärtlindring under förlossning (förutom att minska kvinnans lidande)?
I artikeln beskriver vi hur de fysiologiska effekterna av smärta kan påverka förlossningen och barnet negativt, vilket kan undvikas med adekvat smärtlindring.

Vilka är nackdelarna?
Olika metoder har olika nackdelar. I artikeln har vi en tabell där man kan läsa om bl a nackdelar, biverkningar och komplikationer av olika smärtlindringsmetoder.

Vad styr val av smärtlindringsmetod?
Kvinnans önskemål är viktigast. Olika smärtlindringsmetoder är dock effektiva under olika faser av förlossningen. Om kvinnan har preeklampsi är epiduralanalgesi dessutom en metod som har en medicinsk fördel genom att minska risken för kraftig blodtrycksstegring.

Finns några svagheter i dagens svenska förlossningsvård vad gäller smärtlindring?
Det finns stora skillnader mellan sjukhus i Sverige hur mycket olika smärtlindringsmetoder används. Det kan avspegla skillnader i attityder till olika metoder men också tillgänglighet. Epiduralanalgesi kräver ju t ex att en narkosläkare har tid. Svensk förening för anestesi och intensivvård (SFAI) rekommenderar att epiduralanalgesi läggs inom 30 minuter dagtid och 60 minuter jourtid. Det är oklart i vilken utsträckning detta efterlevs.

Hur står sig svensk smärtlindring under förlossning internationellt?
Det beror på vad som anses vara god smärtlindring – är det så få interventioner eller så liten smärtupplevelse som möjligt? Åsikterna om detta går isär. Sverige ligger i en mellanfåra där. Vi får nog anses vara ganska duktiga på att balansera avvägningen mellan att undvika interventioner och att minska smärtupplevelsen. Sammantaget ligger vi i Sverige på en hög nivå vad gäller smärtlindring under förlossning.

Inte lätt att tolka rätt

KOMMUNIKATION ÄR svårt. Det som sägs och skrivs kan många gånger uppfattas annorlunda än vad som avsetts. När dessutom en bild, kroppsspråk och klinisk undersökning ska fångas i ord, som vid ett patientmöte, blir det ännu svårare. Vad kan det få för konsekvenser?

Två holländska studier (Schmidt et al och Mamede et al, BMJ Qual Saf, 7 mars 2016) randomiserade ST-läkare till att diagnostisera typiska tillstånd utifrån skrivna patientfall. Fallbeskrivningarna inleddes med vinjetter som var neutrala eller beskrev patienten som »svår«, t ex arg, ifrågasättande, icke-följsam. Den diagnostiska träffsäkerheten visade sig vara lägre för de »svåra« patienterna. ST-läkarna kom också ihåg fler beteenden men färre kliniska fynd för de »svåra«.

STUDIERNAS FYND kan inte direkt generaliseras till faktiska patientmöten. Dock talar de för att läkares bedömningar påverkas av icke-medicinsk information och av färgade beskrivningar.

»... i ljuset av ovan nämnda studier bör patienter porträtteras med eftertänksamhet.«

SYFTET MED PATIENTJOURNALEN är att förmedla information över tid och mellan vårdgivare. I idealfallet borde innehållet vara neutralt och förståelsen av samtliga begrepp hundraprocentig, men så är det naturligtvis inte. Tolkningar och risk för feltolkningar introduceras i flera steg. Patientens oftast muntliga redogörelse av sina besvär och den kliniska bilden tolkas och fångas med journalförarens egna ord, delvis översatta till medicinsk terminologi.

Tolkningarnas faktiska konsekvenser kan vi bara spekulera i, men i en tid av hotad läkarkontinuitet och allt fler inblandade vårdgivare förtjänar gemensam förståelse mer uppmärksamhet, och i ljuset av ovan nämnda studier bör patienter porträtteras med eftertänksamhet.



Michael Wilczek, medicinsk andreredaktör
michael.wilczek@lakartidningen.se

Kliniskt bruk av oprövade metoder är juridiskt reglerat

SYNNERLIGEN BEGRÄNSAT RÄTTSLIGT UTRYMME FÖR INNOVATIV ANVÄNDNING AV OPRÖVAD BEHANDLING UTAN FORSKNINGSTILLSTÅND



Nils-Eric Sahlin, professor, medicinska fakulteten
● nils-eric.sahlin@med.lu.se



Lena Wahlberg, jur dr, biträdande lektor, juridiska fakulteten; båda Lunds universitet

En omdiskuterad fråga är i vad mån den rättsliga regleringen av vård och forskning tillåter behandlingar som inte behöver uppfylla vare sig kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet eller de krav som gäller för regelrätt forskning. Det tycks t ex vara en relativt utbredd uppfattning att oprövade behandlingar är tillåtna när beprövade behandlingar saknas.

Det har också hävdats att forskningsbegreppet är vagt och att det finns en juridisk gråzon mellan forskning och vård, som inte träffas av det befintliga regelverket.

Enligt vår uppfattning är det juridiska utrymmet för oprövade behandlingar mycket begränsat. Föreställningen att forskningsbegreppets förmenta vaghet skapar ett oreglerat utrymme för innovativ användning av oprövade behandlingar, s k klinisk innovation, tycks i stället vila på en missuppfattning av det juridiska regelverkets struktur.

Inte heller kan enligt vår mening ett sådant utrymme härledas från regelverket i övrigt eller från de hänsynstaganden som ligger till grund för detta regelverk.

Regelverket i korthet

Enligt 6 kap 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och enligt 1 kap 7 § patientlagen (2014:821) ska patienten »få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Innebörden av begreppet »vetenskap och beprövad erfarenhet« är inte helt klar [1, 2]. En rimlig utgångspunkt är dock att kravet innebär att en behandling får ges endast om det finns belägg för att den är säker och effektiv [3]. Det kan förstås diskuteras vad som utgör tillräckliga belägg i olika situationer. Oprövade behandlingar kan dock knappast anses uppfylla detta krav (jämför [4]).

Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet gäller inte behandlingar som testas inom ramen för ett forskningsprojekt. För forskning krävs i stället godkännande från etikprövningsnämnd enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Etiskt godkännande krävs inte bara för studier som innebär fysiska ingrepp, syftar till fysisk eller psykisk påverkan eller medför risk för skada, utan också för observationsstudier där känsliga personuppgifter om exempelvis hälsa behandlas [5].

För studier av det senare slaget aktualiseras dessutom regler om sekretess och personuppgiftsbehandling [6, 7].

Särskilda regler för läkemedel

Parallellt finns särskilda regler för läkemedel. Enkelt uttryckt krävs tillstånd för att ställa icke godkända läkemedel till förfogande. Dessutom krävs tillstånd från Läkemedelsverket för interventionsstudier avseende läkemedels ändamålsenlighet, s k klinisk läkemedelsprövning [8].

För avancerad terapi krävs tillstånd i förväg från Läkemedelsverket, oavsett om det rör sig om behandling enligt sjukhusundantaget (alltså en enstaka patient) [9] eller klinisk läkemedelsprövning. Detta gäller såväl minimalt som extensivt förändrade celler, liksom avancerade nya typer av artificiella material.

Läkemedelslagen ger alltså inget utrymme för klinisk innovation utan erforderliga tillstånd, riskbedömning och säkerhetsuppföljning.

Det bör noteras att en klinisk läkemedelsprövning i regel kräver tillstånd från både Läkemedelsverket och etikprövningsnämnd.

Forskningsbegreppets innebörd

Som ovan nämnts framhålls ofta att gränsen mellan forskning och vård inte är skarp, vilket antas medföra ett oreglerat utrymme där det inte står klart i vad mån de nu nämnda kraven egentligen gäller. En viktig fråga är därför om forskningsbegreppet verkligen är så vagt som ofta förutsätts. En minst lika viktig fråga är om och i vad mån forskningsbegreppets förmenta vaghet spelar någon roll i sammanhanget.

I lagen definieras forskning som »vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund« [10]. Centrala etikprövningsnämnden har uttalat att det i princip är både tillräckligt och nödvändigt att det finns en vetenskaplig frågeställning och ett vetenskapligt eller systematiskt angreppssätt för att ett projekt ska rubriceras som forskning [11].

Att det finns god och dålig forskning gör inte forskningsbegreppet vagt, inte heller

»Det tycks t ex vara en relativt utbredd uppfattning att oprövade behandlingar är tillåtna när beprövade behandlingar saknas.«

HUVUDBUDSKAP

- Utrymmet för användning av oprövad behandling är rättsligt reglerat.
- Föreställningen att forskningsbegreppets påstådda vaghet skapar ett oreglerat utrymme för innovativ användning av oprövad behandling tycks bygga på en missuppfattning av det juridiska regelverkets struktur.
- Det rättsliga utrymmet för innovativ användning av oprövade behandlingar utan forskningstillstånd är synnerligen begränsat.



Foto: Colourbox

Regelverket ska skydda patienten, tillförsäkra henne god och säker vård och minimera risken att hon reduceras till ett forskningsobjekt.

oredlighet eller att forskning kan bedrivas med många olika metoder och strategier.

Forskningsbegreppet är inte heller vagt för att lagstiftaren tvingats till pragmatiska överväganden (vad gäller t ex studentarbeten).

I nämndens praxis har avsikt att publicera i vetenskaplig tidskrift fungerat som presumtion för forskning i gränsdragningen mot myndighetsinternt utvärderingsarbete. När en oprövad behandling ges vid upprepade tillfällen och dokumenteras i syfte att utröna och sprida kunskap om dess effektivitet, föreligger just sådana omständigheter som kännetecknar forskning.

Rättsliga konsekvenser av eventuell vaghet

Om forskningsbegreppet är vagt, kan detta påverka bedömningen av när tillstånd för att bedriva forskning bör sökas. Det är emellertid viktigt att notera att forskningsbegreppets eventuella vaghet inte skapar ett motsvarande utrymme för användningen av oprövade metoder. Skälet till detta är att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet gäller när tillstånd för att bedriva forskning saknas.

Utan tillstånd för forskning får en behandling ges bara om det redan finns belägg för att den är säker och effektiv. Detta gäller även utvecklingsarbete. Frågan om huruvida tillstånd finns blir förstås inte vag bara för att forskningsbegreppet eventuellt är vagt.

Ett vagt forskningsbegrepp skapar alltså inte ett oreglerat utrymme för innovativ användning av oprövade metoder.

Nödens lag

En ytterligare fråga är om innovativ användning av oprövade metoder kan rättfärdigas på annat sätt. Här kan nödbestämmelsen i brottsbalken (1962:700) 24 kap 4 § möjligen aktualiseras. Bestämmelsen stadgar att en gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om gärningen med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat intresse som skyddas av rättsordningen. Principen om nöd tillämpas analogt också inom andra områden än straffrätten. Försvarlighetsbedömningen är i grunden en etisk avvägning mellan de intressen som står på spel [12].

För att en gärning inte ska vara oförsvarlig ska den i princip motiveras av ett intresse som väger betydligt tyngre än det som offras. Det bör understrykas att nödbestämmelsen är en undantagsregel som inte är avsedd att tillämpas slentrianmässigt och att misstag avseende dess rättsliga innebörd inte medför ansvarsfrihet [13, 14].

Nödbestämmelsen har ansetts kunna rättfärdiga nödvändig vård i akuta situationer, där patienten på grund av tillfällig medvetslöshet inte kan ge sitt samtycke (denna situation regleras sedan 2015 uttryckligen i patientlagen 4 kap 4 §) eller där avsaknad av adekvat utrustning eller personal gör att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet inte kan uppfyllas.

Det är dock tveksamt om nödbestämmelsen alls är tillämplig i icke-akuta situationer och i vad mån den i så fall kan rättfärdiga användningen av oprövade metoder (jämför [15]).

Olika vågskålar

Enligt vår mening torde en etisk avvägning dessutom ofta utfalla till den oprövade behandlingens nackdel också när beprövad kurativ behandling saknas. Frågan om vad som ska läggas i de olika vågskålarna är förstås komplex och varierar från fall till fall. När ett tillstånd är livshotande och beprövad behandling saknas kan det ligga nära till hands att reducera frågan till att handla om överlevnad. Detta är enligt vår uppfattning en farlig förenkling.

I den oprövade behandlingens vågskål finns ofta också en avsevärd risk för kortvarigt såväl som långvarigt lidande och falska förhoppningar. Alternativet kan utgöras av god palliativ vård och livskvalitet under den tid som återstår. Det är långt ifrån självklart att en avvägning utfaller till förmån för en oprövad behandling när beprövad kurativ terapi saknas.

Det står dessutom klart att det finns särskild anledning till försiktighet när det finns ett innovativt element och den behandlande läkaren har ett intresse av att få kunskap om behandlingens utfall, vilket riskerar att komma i konflikt med intresset för patientens bästa.

Regelverket ska skydda den enskilde

Mot bakgrund av vad som nu sagts är vår uppfattning att det rättsliga utrymmet för innovativ användning av oprövade behandlingar utan forskningstillstånd är synnerligen begränsat. Det bör i detta sammanhang noteras att »vitalindikation« och liknande begrepp som utvecklats i en medicinsk kontext inte ger uttryck för vad som är juridiskt tillåtet.

Däremot är det viktigt att från såväl juridiskt som medicinskt perspektiv diskutera vilka belägg för säkerhet och effektivitet som behöver föreligga för att en behandling ska anses överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som framgår av föregående avsnitt rättfärdigar en etisk avvägning inte att kraven på beläggens styrka utan vidare sätts lägre när beprövad kurativ behandling saknas.

Här krävs i stället en nyanserad diskussion som tar hänsyn till alla de värden och risker som står på spel. Vi får i detta sammanhang inte glömma att regelverkets krav syftar till att skydda patienten, tillförsäkra henne en god och säker vård, motverka onödigt lidande och samtidigt minimera risken att hon reduceras till ett forskningsobjekt. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4WS

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

REFERENSER

6. SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag.
7. SFS 1998:204. Personuppgiftslag.
8. SFS 2015:315. Läkemedelslag. 7 kap 9 §.
9. LVFS 2011:3. Läkemedelsverkets föreskrifter om läkemedel som omfattas av sjukhusundantaget.
10. SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. 2 §.

Preeklampsi och förtidsbörd riskfaktorer för placentaretention

Avhandling. Placentaretention är en av de främsta orsakerna till allvarlig postpartumblödning och uppstår vid 2–3 procent av alla förlossningar. I områden utan tillgång till obstetrisk akutvård är tillståndet ofta dödligt. Det finns ingen fungerande farmakologisk behandling, utan behandlingen är manuell placentalösning vid operation.

I en aktuell avhandling undersöktes riskfaktorer, sambandet med andra graviditetssjukdomar samt molekylära eller vävnadsstrukturella utmärkande drag för placentaretention.

I en fall–kontrollstudie med 408 fall av placentaretention och 408 kontroller vid enkelbördsförlossningar 2007–2010 på Södersjukhuset i Stockholm bekräftades att placentaretention innebär kraftigt ökad risk för allvarlig postpartumblödning. En blödning större än 2 000 ml skedde hos 38 procent av dem med placentaretention och hos 1 procent av dem utan placentaretention. Ett dos–responssamband mellan placentaretention och användande av oxytocin för värkstimulering förelåg.

Preeklampsi, förtidsbörd och tidigare missfall identifierades som riskfaktorer.

Nämnda sjukdomstillstånd är, liksom dödföddhet och tillväxthämning, associerade med så kallad defekt placentation, vilken kännetecknas av försämrad blodförsörjning i placentavävnaden. I en populationsbaserad kohortstudie med data från Medicinska födelseregistret, baserad på 386 607 enkelbördsförlossningar 1997–2009, såg vi att tidigare missfall, preeklampsi, tillväxthämning, förtidsbörd och intrauterin fosterdöd var associerade med placentaretention.



»En blödning större än 2 000 ml skedde hos 38 procent av dem med placentaretention och hos 1 procent av dem utan …«

I två ytterligare studier samlades retinerade och icke-retinerade placentor in prospektivt för vävnadsanalys. Vi fann tendens till lägre antioxidativ kapacitet i retinerade placentor i form av lägre uttryck av ett antioxidativt enzym jämfört med icke-retinerade placentor (n = 60). Därtill fann vi att retinerade placentor var mindre till ytan, mer avlånga i formen och visade fler strukturella tecken på dålig blodförsörjning i vävnaden jämfört med icke-retinerade placentor (n = 96). Både biokemiskt och strukturellt fanns alltså likheter mellan retinerade placentor och placentor med defekt placentation, som vid preeklampsi.

Sammanfattningsvis är placentaretention epidemiologiskt associerad med andra placentära sjukdomar med ursprunglig defekt placentation. Utmärkande molekylära och vävnadsstrukturella drag kan i viss mån också ses vid placentaretention, vilket stärker sambandet.

Kunskap om riskfaktorer för placentaretention bör vägas in i handläggningen av kvinnor vid förlossning, då komplikationen är potentiellt livshotande.

Margit Endler,
med dr, PhD, specialistläkare, kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Endler M. Characterizing retained placenta: epidemiology and pathophysiology of a critical obstetric disorder. Stockholm: Karolinska institutet; 2016

Allvarlig depression ökade risk för död efter kranskärlskirurgi

Avhandling. Depression är vanligt förekommande hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom och är förenad med en ökad risk för sjuklighet och död. Sambandet mellan preoperativ depression och prognos undersöktes i en ny avhandling med hjälp av nationella kvalitets- och hälsodataregister.

Sambandet mellan depression och överlevnad efter kranskärlskirurgi undersöktes med utgångspunkt i data från SWEDEHEART och Patientregistret. I en studie på 10 884 patienter som genomgick kranskärlskirurgi 2006–2008 hade 11 procent antidepressiv läkemedelsbehandling före operationen. I en justerad analys fann vi ökad risk för död hos patienter med antidepressiv läkemedelsbehandling (hazardkvot [HR] 1,45; 95 procents konfidensintervall [95KI] 1,18–1,77).

Det undersöktes även om patienter med antidepressiv behandling hade sämre sekundär läkemedelsprevention efter kranskärlskirurgi än övriga patienter, men ingen skillnad mellan studie- och kontrollgrupp sågs.

I ett delarbete undersöktes hur allvarlig depression påverkade överlevnad efter kranskärlskirurgi. Vi identifierade patienter med depressionsdiagnos i det nationella patientregistret och inkluderade totalt 56 064 patienter som genomgick kranskärlskirurgi under perioden 1997–2008. Allvarlig depression innebar en signifikant ökad risk för död (HR 1,65; 95KI 1,37–1,99).

Socioekonomiska faktorer påverkade inte sambandet mellan depression och sämre överlevnad efter kranskärlskirurgi. Även efter att hänsyn tagits till potentiella förväxlingsfaktorer, inklusive socioekonomiska faktorer, var depression en riskmarkör för sämre överlevnad efter kranskärlskirurgi.

I en systematisk översikt av observationella kohortstudier om preoperativ depression och långtidsöverlevnad hos patienter som genomgått kranskärlskirurgi sågs en entydig bild av att depression är en viktig och oberoende riskmarkör hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom.



Sammanfattningsvis drar vi slutsatsen att depression hos patienter som ska genomgå kranskärlskirurgi bör få samma uppmärksamhet som andra välkända riskfaktorer, exempelvis förhöjda blodfetter och diabetes. Det kan dock vara svårt att identifiera depression hos patienter med hjärtsjukdom eftersom många symtom är överlappande. Ett sätt att upptäcka patienter med depression kan vara genom systematisk screening.

Malin Stenman,
operationssjuksköterska, thoraxkliniken, Karolinska universitetssjukhuset; institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet, Stockholm

Stenman M. Depression and cardiac surgery. Stockholm: Karolinska institutet; 2016.



Vid 6 års ålder rapporterades astmalik sjukdom hos 40 procent av de prematurfödda barnen, och 44 procent av barnen födda vecka 22–24 hade FEV_1 under 5:e percentilen.

Foto: Colourbox

För tidigt födda hade nedsatt lungfunktion under hela uppväxten

Avhandling. Att födas för tidigt innebär ökad risk för nedsatt lungfunktion och luftvägssjuklighet, ett tillstånd som har likheter med astma. Astma och astmalik sjukdom är vanligt efter normal graviditetslängd, men diagnosen speglar inte en enhetlig sjukdom utan flera astmafenotyper.

I en aktuell avhandling undersöktes lungfunktion under spädbarnstiden till ungdomsåren i relation till för tidig födsel och astma i barndomen. Vidare ville vi undersöka om likheter och skillnader i lungfunktion hos för tidigt födda barn och personer med olika astmafenotyper kan ge information om mekanismer bakom den luftvägsobstruktion som karaktäriserar dessa tillstånd.

Lungfunktionsundersökningar genomfördes under spädbarnstid, tidig skolålder samt vid 16 års ålder i tre kohorter med prematurt födda barn. Vidare undersöktes barn med olika astmafenotyper, kategoriserade efter ålder vid astmadebut och kvarstående symtom under uppföljningen.

Resultaten visade att majoriteten prematurt födda barn hade lägre lungfunktion än 2,5:e percentilen under andra levnadsåret samt att tidig klassificering av kronisk lungsjukdom efter prematur födsel (bronkopulmonell dysplasi) endast svagt var associerad med lungfunktion under uppföljningarna upp till skolåldern. I stället fann vi en klar association mellan rapporterade luftvägssymtom och sänkt lungfunktion.

Vid 6 års ålder rapporterades astmalik sjukdom hos 40 procent av de prematurfödda barnen, och 44 procent av barnen födda vecka 22–24 hade FEV_1 under 5:e percentilen. Även barn födda nära fullgången tid (vecka 32–36) hade 3–4 procent lägre FEV_1 vid 16 års ålder än barn födda i fullgången tid. Alla undersökta astmafenotyper, inklusive dem med tidig övergående astma, hade lägre lungfunktion mätt med spirometri vid 16 års ålder än dem som aldrig haft astma.

Vid 6 och 16 års ålder utfördes också impulsoscillometri för att undersöka påverkan på perifera luftvägar efter för tidig födsel och samband med astmafenotyper. Vi fann att individer med tidig övergående astma inte visade tecken på perifer luftrörspåverkan och på så sätt skilde sig från barn med pågående astma och barn som fötts för tidigt.

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se.

Våra kliniska slutsatser är att barn födda för tidigt har nedsatt lungfunktion under hela sin uppväxt. Lungfunktionsundersökning tidigt i livet och regelbundet under uppväxten föreslås som verktyg i uppföljningen av barn som fötts för tidigt. Slutligen kan kombinationen av impulsoscillometri och spirometri ge tilläggsinformation om lungfunktionen för barn med astma.

Per Thunqvist,
med dr, överläkare, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska institutet; Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm

Thunqvist P. Lung function in relation to preterm birth and asthma in early childhood. Stockholm: Karolinska institutet; 2016.

ADHD behöver inte ha funnits i barndomen

▶ För en ADHD-diagnos krävs att patienten ska ha haft sina problem redan som barn, men nu visar en studie publicerad i tidskriften JAMA Psychiatry att många vuxna som uppfyller diagnoskriterierna inte har haft problemen i barndomen. Detta skulle kunna indikera att dagens diagnoskriterier, med krav på barndomsanamnes, är för snäva.

Studien har gjorts i Brasilien och bygger på en kohort med 5 249 individer födda 1993. Dessa undersöktes när de var 11 år gamla med skattningsskalor samt intervjuer avseende ADHD (enligt DSM-IV). Då uppfyllde 8,9 procent diagnoskriterierna. Individerna, både de som vid 11 års ålder uppfyllde kriterierna och de som inte gjorde det, genomgick därefter en ny undersökning i 18-årsåldern, varvid det visade sig att 12,2 procent uppfyllde kriterierna för ADHD (vid denna undersökning har man undantagit kravet på barndomsanamnes). Efter det att författarna justerat för annan psykisk problematik (såsom bipolaritet, missbruk, social fobi och depression) uppfyllde 6,3 procent ADHD-kriterier utan annan psykiatrisk komorbiditet i 18-årsåldern. Intressant nog var det många av dem som hade ADHD som barn som inte uppfyllde kriterierna vid 18 års ålder, bara 17 procent. Likaså var det endast 13 procent av dem som uppfyllde kriterierna när de var 18 år som hade gjort det även som barn. Författarna menar att det kan finnas två distinkt olika förlopp vid ADHD, ett som drabbar i barndomen och ett som gör det i vuxen ålder.

ADHD är vår tids mest omdebatterade diagnos, och antalet människor, både vuxna och barn, som diagnostiseras och medicineras har ökat explosionsartat, inte bara i USA utan även i Europa och Sverige. Den aktuella studien – som skulle kunna få följden att ännu fler diagnostiseras om kravet på barndomsanamnes slopas – lär bli omdebatterad.

Anders Hansen,
specialistläkare, psykiatri, Stockholm

Caye A, et al. JAMA Psychiatry. Epub 18 maj 2016. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0383

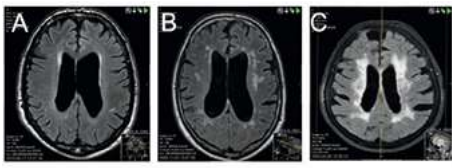
Läs mer! Hela artikeln på Läkartidningen.se

Ofta vaskulära riskfaktorer vid idiopatisk normaltryckshydrocefalus

Avhandling. Idiopatisk normaltryckshydrocefalus (INPH) är en neurokirurgiskt behandlingsbar och underdiagnostiserad demenssjukdom. Samsjuklighet i cerebrovaskulär sjukdom (både stor- och småkärlssjukdom) vid INPH är mycket vanligt. Det har föreslagits att INPH skulle kunna orsakas av liknande patofysiologiska mekanismer som vaskulär demens, men INPH-patienters riskprofil har inte undersökts i modern epidemiologisk forskning. Kliniskt är det viktigt att upptäcka och om möjligt behandla samsjuklighet och riskfaktorer för att optimera prognosen efter shuntning.

I en aktuell avhandling studerades de INPH-patienter som under tre år (2008–2010) erhöll shunt på fem av dåvarande sex neurokirurgiska kliniker i Sverige (n = 176, 60–85 år, MMT [Mini-mental test] ≥ 23). Patienterna jämfördes med 368 köns- och åldersmatchade kontroller från normalpopulationen avseende kardiovaskulär, cerebrovaskulär och perifert vaskulär sjukdom samt etablerade riskfaktorer för vaskulär sjukdom. Det undersöktes även hur shuntning och samsjuklighet påverkade livskvaliteten vid INPH. Datainsamling skedde genom standardiserade kliniska undersökningar, blodprov, EKG och frågeformulär.

Resultaten visade att vaskulära riskfaktorer var överrepresenterade hos INPH-patienterna jämfört med kontrollerna, liksom cerebrovaskulär och perifer vaskulär sjukdom. Hyperlipidemi (37 mot 19 procent; P = 0,001), diabetes (27 mot 13 procent; P = 0,01), bukfetma (91 mot 73 procent; P < 0,001) och psykosociala faktorer (48 mot 16 procent; P = 0,01) var associerade med INPH oberoende av kön, ålder och övriga riskfaktorer. Högt blodtryck och fysisk inaktivitet var också associerade med INPH, men inte oberoende av övriga riskfaktorer. INPH-patienterna hade dessutom depression i högre utsträckning än kontrollerna (46 mot 13 procent; P < 0,001). Shuntning förbättrade livskvaliteten hos INPH-patienterna, men för de INPH-patienter som hade låg livskvalitet var en samexisterande depression den viktigaste orsaken (P < 0,001).



Tre INPH-patienter före shuntning (i bild A–C gradvis mer och mer tecken på cerebrovaskulär sjukdom).

Resultaten tyder på att vaskulär sjukdom och vaskulära riskfaktorer är involverade i den patofysiologiska mekanismen vid INPH. INPH kan vara en subgrupp till vaskulär demens. Nästan en fjärdedel (24 procent) av INPH i befolkningen kan förklaras av vaskulära riskfaktorer (population attributable risk percent = 24). En fullständig riskfaktoranalys samt screening för depression bör ingå i den preoperativa kliniska utvärderingen såväl som i forskning på INPH-patienter. Riktade insatser mot såväl vaskulära riskfaktorer som depression vid INPH bör utvärderas i framtida forskning.

Hanna Israelsson Larsen,
med dr, AT-läkare, institutionen för farmakologi och klinisk neurovetenskap, Umeå Hydrocephalus research group, Umeå universitet; Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Israelsson H. Comorbidity and vascular risk factors associated with idiopathic normal pressure hydrocephalus: the INPH-CRasH study. Umeå: Umeå universitet; 2016.

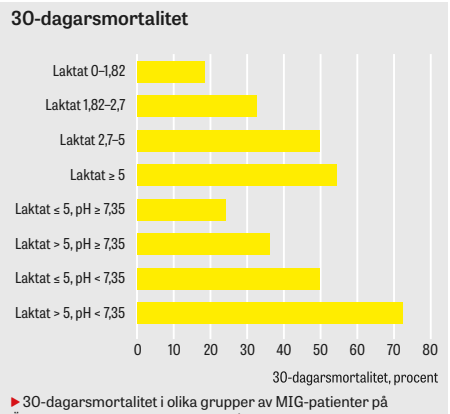
Laktat användbar sjukdomsmarkör för mobila intensivvårdsgruppen

Egenreferat. Laktat är väl studerat vid sepsis och trauma, såväl hos intensivvårdspatienter som i blandade kohorter på exempelvis akutmottagningar.

I en nyligen publicerad prospektiv observationsstudie mättes blodlaktat vid alla larm till den mobila intensivvårdsgruppen (MIG) på Östersunds sjukhus under två års tid. Därefter studerades kohorten med huvudsakligt fokus på 30-dagarsmortalitet. Överlevande jämfördes med dem som dött avseende ålder, laktat, saturation, blodtryck, puls och andningsfrekvens.

Från 227 MIG-larm inkluderades 211 patienter med befintligt laktatvärde. Medianåldern var 78 år, medianvärdet för laktat 1,82 mmol/l och 30-dagarsmortalitet 30,3 procent. I kohorten fanns också patienter med behandlingsbegränsningar.

Vid univariata jämförelser fann vi att enbart parametrarna laktat och saturation skiljde sig statistiskt mellan de patienter som överlevt och de som inte gjort det. Med multipel regression sågs att de enda oberoende parametrarna var just laktat och saturation.



▶ 30-dagarsmortalitet i olika grupper av MIG-patienter på Östersunds sjukhus. Laktat i mmol/l.

Ytterligare försämrad prognos noterades i de fall där laktatstegringen var associerad med acidos, alltså när patienten inte lyckats kompensera för laktatstegringen och upprätthålla normalt pH.

Sammanfattningsvis sågs att patienter som varit föremål för MIG-insatser är äldre, har hög dödlighet och att laktatvärdet i samband med MIG-larmet bättre förutsåg dödlighet än traditionella parametrar. Rutinmässig mätning av laktat som tillägg till vitalfunktioner vid MIG-larm kan eventuellt bättre förutsäga vilka patienter som är i behov av förflyttning till högre vårdnivå, exempelvis intensivvårds- eller intermediärvårdsavdelning.

Kliniskt anser vi att förhöjt laktat (> 2,44 mmol/l) vid MIG-larm starkt talar för att patienten bör flyttas till högre vårdnivå, om inte vårdbegränsningar föreligger. Om man väljer att lämna en patient med måttlig laktatstegring (2,44–5 mmol/l) på vanlig vårdavdelning efter MIG-insats bör det finnas en väl utarbetad plan för vidare behandling och uppföljning.

Oss veterligen är detta den första studien på laktat och patienter som blivit föremål för MIG-larm.

Maria Schollin-Borg,
specialistläkare

Joakim Johansson,
överläkare; båda anestesi- och intensivvårdskliniken, Östersunds sjukhus

Schollin-Borg M, Nordin P, Zetterström H, Johansson J. Crit Care Res Pract. 2016;2016:5765202.



Vi förser sjukvården med resursläkare

Det råder stor brist på läkare i sjukvården. Särskilt inom vissa specialistområden och på glesbygden. Därför behövs bemanningsföretag som täcker upp när och där behoven är störst, så att sjukvården kan fortsätta att fungera.

Dedicare är ett etablerat och pålitligt vårdbemanningsföretag. Vi hyr ut och rekryterar resursläkare till hela Sveriges sjukhus, både inom offentlig och privat sektor. Om du väljer att arbeta som resursläkare hos oss, väljer du en flexibel arbetssituation med bra villkor. Du bidrar till att patienter får träffa läkare inom rimlig tid. Du avlastar överarbetad personal, och du delar med dig av din unika kompetens till kollegor runtom i landet. **Välkommen till Dedicare. Vi bryr oss mer!**

Kom och prata med oss i Almedalen!

Vi finns i Läkartidningens tält på Strandvägen (H508), måndag 4 – torsdag 7 juli. Välkomna!

20 ÅR
1996–2016

dedicare.se/doctor

DEDICARE
Doctor

Kardiotoxicitet relativt vanligt vid cancerbehandling

SAMARBETE MELLAN KARDIOLOGI OCH ONKOLOGI KAN GE BÄTTRE VÅRD

Eva Bühlmann Lerjen, specialistläkare, hjärtkliniken, Triemli sjukhus, Zürich, Schweiz; hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Laila Hübbert, med dr, överläkare, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

Antroula Papakonstantinou, specialistläkare

Elham Hedayati, med dr, överläkare; de båda sistnämnda onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Cecilia Linde, professor, överläkare

Agneta Månsson Broberg, med dr, bitr överläkare; de båda sistnämnda hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

● agneta.mansson-broberg@karolinska.se

Modern onkologisk behandling har förbättrat prognosen vid många cancerdiagnoser, men kardiovaskulära biverkningar (kardiotoxicitet) bidrar till en del av den kvarvarande mortaliteten och morbiditeten [1-4]. Barn med cancer har i dag bättre överlevnad än för 20 år sedan, men de kan på sikt utveckla hjärtsjukdom som unga vuxna. Hos vuxna patienter med diagnosen dilaterad kardiomyopati finns en överrepresentation av patienter som har genomgått onkologisk behandling i barndomen [3, 5, 6] eller senare i livet.

I Sverige är de vanligaste cancerformerna bröstcancer (190/100 000 kvinnor), prostatacancer (202/100 000 män) och koloncancer (45/100 000 individer) [7]. Medelåldern hos patienter som drabbas av bröstcancer är 60 år, prostatacancer 73 år och koloncancer 65 år [8]. Tioårsöverlevnaden vid dessa cancerformer är ca 83 procent för bröstcancer och prostatacancer, medan motsvarande siffra för koloncancer är 58 procent för män och 62 procent för kvinnor [8].

Eftersom kardiotoxicitet kan innebära risk för dödlighet och sjuklighet som ibland överstiger dödligheten och sjukligheten av cancersjukdomen, måste behandlingsvinsten vägas mot riskerna med behandlingen [9]. Adekvat behandling av kardiovaskulära riskfaktorer samt tidig detektion och behandling av kardiotoxicitet ökar chanserna för att kunna genomföra potentiellt livräddande onkologisk behandling.

Vi vill belysa att nära samarbete mellan kardiologer och onkologer kan ge förbättrad vård för många patienter med cancer.

Kardiovaskulära och andra riskfaktorer

Kardiotoxicitet kan utvecklas i en akut eller subakut fas i anslutning till behandlingen eller som kronisk manifestation. Den exakta förekomsten av kardiotoxicitet vid onkologisk behandling är okänd, men rapporteras i olika studier vara 0,5–28 procent [10].

Det är känt att risken för kardiotoxicitet ökar om patienten har kardiovaskulära riskfaktorer eller samtidig hjärtsjukdom vid behandlingsstart, vilket är viktigt eftersom cancerbehandling numera även ges till äldre patienter som i högre utsträckning än yngre är sköra och har fler kardiovaskulära riskfaktorer.

Även behandlingsval och administrationssätt såsom läkemedelstyp, dosering per behandlingscykel, infusionstakt, kumulativ dos samt vid kombinationer av olika cancerbehandlingar påverkar risk för kardiotoxicitet [1-4, 11].

FAKTA 1. Riskfaktorer för kardiotoxicitet

BEHANDLINGSRELATERADE
- Tidigare antracyklinbehandling
- Pågående antracyklinbehandling
- Tidigare strålbehandling mot bröstkorgen
- Pågående strålbehandling mot bröstkorgen
- Kombinationsbehandling med Her2-blockerare

PATIENTRELATERADE
- Tidigare känd hjärtsjukdom
- Hypertoni
- Tromboembolisk sjukdom
- Diabetes mellitus
- Hyperlipidemi
- Rökning
- Hög respektive låg ålder (>65 och <15 år)
- Alkohol- eller drogmissbruk
- Nedsatt njurfunktion

Bedömning av riskfaktorer för kardiotoxicitet (Fakta 1) bör ingå i planeringen av onkologisk behandling, där cancertyp, riskfaktorer, känd hjärtsjukdom och uppföljning diskuteras ingående som del i ett kardio-onkologiskt samarbete [1, 3, 9, 12].

Onkologisk behandling

De kardiotoxiska effekterna varierar mellan olika onkologiska behandlingar (Tabell 1). Kardiotoxicitet kan uppträda direkt men också månader eller längre tid efter avslutad behandling. Cytostatika såsom antracykliner eller alkylerare kan ge akut cellskada och/eller orsaka inflammation i hjärtmuskel eller perikardium. Målinriktad cancerbehandling, t ex trastuzumab, utövar sin effekt genom påverkan av intracellulära signalvägar och är därigenom kardiotoxisk. Andra läkemedel, t ex vissa multikinashämmare, har en mer indirekt påverkan på hjärtat och kärlsystemet genom påverkan på koagulation och endotel, vilket bidrar till hypertoni och tromboembolisk sjukdom [13, 14].

Strålbehandling kan potentiellt skada alla delar av hjärtat, hjärtsäcken, klaffapparaten och kranskärlen från epikardiell till mikrovaskulär nivå. Dessa effekter utvecklas över tid och kan även uppträda efter av-

HUVUDBUDSKAP
- Modern onkologisk behandling har förbättrat prognosen vid olika cancerdiagnoser, men kardiovaskulära biverkningar är relativt vanliga.
- Cancerbehandling i kombination med obehandlade kardiovaskulära riskfaktorer kan leda till hjärtsjukdom hos en patient som har botats från sin cancer.
- Överdriven försiktighet för hjärtats skull kan leda till att patienten undanhålls potentiellt livräddande onkologisk behandling.
- Nära samarbete mellan kardiologer och onkologer kan ge förbättrad vård för patienter med cancer.

TABELL 1. Kardiovaskulär biverkningsprofil för onkologisk behandling. (Efter Suter TM, Ewer MS [3]; med tillstånd från utgivaren).

	Klass	Exempel på läkemedel	Vanliga indikationer	Viktiga biverkningar
● **Cytostatika**	Antracyklin/analog	Doxorubicin Daunorubicin Epirubicin	Lymfom Leukemi Bröstcancer Ovarialcancer Sarkom	Kardiell dysfunktion/hjärtsvikt Cellskada
		Mitoxantron	Leukemi	Kardiell dysfunktion/hjärtsvikt
	Antimetaboliter	Fluorouracil (5-FU) Kapecitabin	Kolorektalcancer Bröstcancer	Koronarspasm/ ischemisk hjärtsjukdom
	Alkylerande substanser	Cyklofosfamid Cisplatin	Bröstcancer	Myokardit (sällan) Tromboembolism
	Antimikrotubulärt medel	Paklitaxel	Bröstcancer Kolorektalcancer	Bradykardi
● **Målinriktad behandling**	Her2-blockad	Trastuzumab Lapatinib	Bröstcancer Magsäckscancer	Kardiell dysfunktion, ofta reversibel
	Angiogeneshämmare/ VEGF-hämmare	Bevacizumab Sunitinib Sorafenib	Gastrointestinal cancer Njurcancer Hepatocellulär cancer	Hypertoni Tromboembolism Lungblödning Lungödem Mag–tarmblödning
	BCR-ABL-hämmare	Imatinib	Leukemi	Kardiell dysfunktion (sällan) Ödem
		Dasatinib Nilotinib	Ventrikelcancer	QTc-förlängning
● **Strålbehandling**			Bröstcancer Lymfom	Inflammation Fibros Endotelskada

slutad behandling [1]. Mediastinal strålbehandling kan orsaka fibrosbildning i hjärtmuskeln med ökad styvhet som följd, vilket kan leda till diastolisk dysfunktion med eller utan symtom. Ökad fibrosbildning i klaffar ses ibland efter strålbehandling och kan leda till uppkomst av stenoser med eller utan insufficiens. Strålskador på endotelceller kan påverka kranskärlen och bidra till uppkomst av kranskärlssjukdom [15]. Risken för strålskada ökar om stråldosen överskrider 30 Gy, vilket tidigare var aktuellt vid s k mantelstrålbehandling vid Hodgkins lymfom.

Även om modern strålbehandling är utformad på ett skonsammare sätt uppträder strålbehandlingsorsakad hjärtsjukdom 20–30 år efter strålbehandling, vilket innebär att dessa patienter fortfarande dyker upp i klinisk praxis [10, 15]. Strålbehandling mot bröstkorgen (t ex vid bröstcancer eller lymfom) kan leda till dels perikardit och orsaka fibrös förtjockning av perikardiet och perikardvätska, dels konstriktiv perikardit.

Kardiotoxicitet

Hypertoni. Hypertoni är den vanligaste biverkan av onkologisk behandling och förknippas i första hand med användningen av målinriktade behandlingar som påverkar endotelfunktionen [16]. Högt blodtryck vid behandlingsstart är också en stark riskfaktor för att utveckla kardiotoxicitet. Blodtrycket bör kontrolleras före och under pågående behandling, och högt blodtryck ska behandlas enligt gällande riktlinjer och målvärden.

Hjärtsvikt. Antracykliner kan ge irreversibel tid- och dosrelaterad kardiomyocytskada, som kan leda till hjärtsvikt [3, 4]. Femårsöverlevnaden vid hjärtsvikt på grund av kardiotoxicitet är lägre än vid hjärtsvikt av annan etiologi, såsom tidigare hjärtinfarkt [17]. Patienter som utvecklar hjärtpåverkan bör behandlas enligt gällande riktlinjer för hjärtsviktsbehandling [2, 3, 17, 18], och många patienter kan återuppta sin onkologiska behandling under pågående hjärtsviktsbehandling.

Om cancern betraktas som behandlingsbar och patienten har en förväntad överlevnad som överskrider 1 år bör man överväga att erbjuda patienten sviktpacemaker (CRT) med eller utan primärprofylaktisk implanterbar defibrillator (CRT-D) om det finns indikation för dessa behandlingar. Även potentiellt livräddande behandling såsom mekaniskt cirkulationsstöd för långtidsbruk (LVAD; left ventricular assist device) kan vara aktuell för vissa patienter [18, 19].

Koagulationsrubbningar. Koagulationssystemen hos patienter med cancer är ofta aktiverade, och risken för venös eller arteriell tromboembolisk sjukdom är förhöjd [3]. Cytostatika som cisplatin och gemcitabin samt antihormonell behandling som tamoxifen och

leuprorelin ökar risken ytterligare [3, 13]. Profylaktisk antikoagulationsbehandling och behandling av tromboser rekommenderas enligt gällande riktlinjer.

Vasospasm och kranskärlssjukdom. Vid behandling med antimetaboliten 5-fluorouracil (5-FU) och dess orala prekursor kapecitabin finns det risk för utveckling av akut kranskärlssjukdom hos ca 1,6–7,6 procent av patienterna [1, 11]. Nitroglycerin och kalciumkanalblockerare kan vara effektiva om spasminslaget är stort, men patienten bör i övrigt få behandling enligt gällande primär- och sekundärprofylaktiska riktlinjer vid kranskärlssjukdom inklusive ballongdilatation (PCI; perkutan koronarintervention) [3]. Behandling med trombocythämning kan trots förbättrad korttidsöverlevnad i vissa fall ge ökad blödningsrisk för patienter med trombocytopeni eller med nyligen genomgången kirurgi. Huruvida dessa patienter har ökad risk för restenos i koronarkärlsstent efter PCI är inte klarlagt [3].

Rytmrubbningar. Arytmier som kan uppstå under cancerbehandling behandlas enligt riktlinjer. Taxaner kan orsaka sinusbradykardi, som dock sällan är behandlingskrävande. 5-FU kan leda till rytmrubbningar, även kammartakykardi, på grund av den koronarspasm som induceras [11]. QT-förlängning kan förekomma vid målinriktad behandling, t ex sunitinib, och kan förvärras av elektrolytrubbningar, vilket kan medföra risk för livshotande ventrikulära arytmier. För att minska denna risk är det viktigt att undvika annan QT-förlängande läkemedelsbehandling såsom vissa psykofarmaka och antiemetika [3]. Samtidigt är det dock viktigt att inte undvika potentiellt botande onkologisk behandling på grund av riskerna för QT-förlängning [17]. EKG-övervakning kan i vissa fall behövas för att genomföra behandlingen.

Diagnostiska hjälpmedel vid kardiotoxicitet

EKG. Elektrokardiografi med bedömning av rytm, QT-tid och övrigt utseende bör ingå i den basala utredningen inför cancerbehandling. Antracykliner kan ge akuta EKG-förändringar av ospecifik karaktär, t ex ospecifika ST-T-(repolarisations)förändringar. Det finns också hållpunkter för att minskad QRS-amplitud efter antracyklinbehandling kan vara korrelerad till försämrad systolisk funktion, men det diagnostiska värdet av EKG för tidig detektion av kardiotoxicitet är lågt på grund av låg specificitet och sensitivitet. Däremot är EKG förutsättningen för bedömning av QT-tiden, vilken kan förlängas av både antracyklin och annan cancerbehandling [20].

Ekokardiografi. Hjärtfunktionen utvärderas vanligen med ekokardiografi och oftast genom mätning av vänsterkammarens ejektionsfraktion (LVEF). Kardiotoxicitet kan definieras som en minst 15-procentig minskning av LVEF eller en minskning med ≥10 procent till ett värde <50 procent (normalvärde är >55 procent) [21]. Tidig minskning av LVEF under onkologisk behandling anses predicera utveckling av hjärtsvikt på längre sikt [3, 22]. Om LVEF är sänkt (<55 procent) redan vid behandlingsstarten löper patienten ökad risk att drabbas av hjärtsvikt under eller efter den onkologiska behandlingen. Det finns belägg för att diastoliska parametrar (t ex diastoliskt flödesmönster över mitralklaffen, E/A-kvot, decelerationstid för E-vågen och isovolumetrisk relaxationstid) påverkas tidigare än LVEF under cancerbehandling [3]. Nyare ekokardiografiska metoder såsom deformationsmätning mätt med 2D kan också vara tidigare och känsligare mått än mätning av LVEF [1, 3, 22-25]. I Sverige görs ekokardiografiska kontroller rutinmässigt hos patienter som erhåller adjuvant Her2-blockad (1 års behandling före start av behandlingen och efter 3 och 9 månader samt efter avslutad behandling).

Biomarkörer. Det finns inga specifika tillförlitliga biomarkörer som predicerar risken att drabbas av kardiotoxicitet. Men vanliga markörer för myokardskada (troponiner) och nedsatt hjärtfunktion (NT-proBNP/BNP) kan vara användbara för tidig detektion. Mindre studier har visat viss nytta av screening med vanliga markörer för myokardskada (troponiner) och hjärtsvikt (NT-proBNP/BNP) hos patienter som genomgår cytostatikabehandling med potentiellt kardiotoxiska läkemedel [26, 27]. Andra biomarkörer, t ex myeloperoxidas (MPO), placentatillväxtfaktor (PlGF) och tillväxtdifferentieringsfaktor 15 (GDF-15) kan vara av värde för tidig detektion av kardiotoxicitet, men de är otillräckligt validerade i kliniska studier [28].

»Kardiotoxicitet är ett aktuellt ämne vid internationella hjärt- och onkologikonferenser, området växer och mera kunskap behövs.«

Myokardbiopsi i höger kammare. Myokardbiopsi ingår vanligtvis inte i utredningen av misstänkt kardiotoxicitet men kan övervägas för vissa patienter, särskilt om annan genes till hjärtsvikt misstänks, t ex myokardit [1, 18].

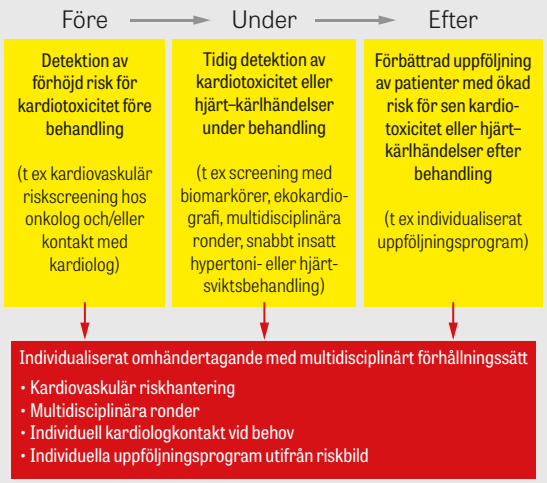
Prevention av kardiotoxicitet

Kardiovaskulära riskfaktorer, t ex rökning, hypertoni, höga blodfetter och diabetes mellitus, ökar risken för kardiotoxicitet [26] och bör behandlas enligt sedvanliga riktlinjer, liksom befintlig hjärt- eller tromboembolisk sjukdom. Tidigt eller profylaktiskt insatt behandling med t ex ACE-hämmare respektive betablockerare har i mindre studier tenderat minska risken att utveckla hjärtsvikt vid antracyklin- och/eller trastuzumabbehandling hos patienter med förhöjd risk. Säker evidens för huruvida profylaktisk behandling kan förhindra uppkomst av kardiotoxicitet finns dock inte i dag [1, 3, 4, 29, 30].

Nyligen rapporterades att kandesartan förbättrar LVEF jämfört med kontrollbehandling när det ges i samband med bröstcancerbehandling (PRADA-studien). Studien var relativt liten och med begränsad uppföljningstid, men resultaten är lovande [31].

Det finns i dag både kardiologiska och onkologiska kliniska behandlingsrekommendationer samt ex-

FIGUR 1. Multidisciplinär vård



▶ Ett multidisciplinärt förhållningssätt förbättrar omhändertagandet av patienter med kardio-onkologiska tillstånd.

pertråd för kardio-onkologi [1, 2, 18, 32], men det saknas evidensbaserade riktlinjer för handläggande av kardiotoxicitet.

Uppföljning

Onkologisk behandling bör alltid betraktas som en riskfaktor för hjärtsjukdom, både i samband med behandlingen och senare i livet. Trots detta finns i Sverige ingen tydlig konsensus för hur uppföljningen av symtomfria patienter, inklusive barn, som genomgått onkologisk behandling ska se ut. Internationellt finns däremot strukturerad uppföljning efter barncancer, t ex vid Mayo-kliniken, med tydliga algoritmer för individuell handläggning före, under och efter onkologisk behandling och med tydlig riskvärdering utifrån behandling och underliggande kardiovaskulära risker [10].

Forskning och utveckling

Kardiotoxicitet är ett aktuellt ämne vid internationella hjärt- och onkologikonferenser, området växer och mera kunskap behövs. Vi är övertygade om att Sverige behöver kardio-onkologiska centrum som kan fungera som kunskapscentrum och multidisciplinära patientmottagningar inför, under och efter cancerbehandling.

Vid genomgång av remisser till hjärtmottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset, Solna, hade ca 4 procent en primärt kardio-onkologisk frågeställning. Vårt intryck är att remissflödet ökar allteftersom medvetenheten och kunskapen om kardiotoxicitet ökar bland behandlande onkologer. Vid nydebuterad hjärtsvikt är det också allt vanligare att genomgången cancerbehandling, såväl strålbehandling som cytostatika, kopplas samman med hjärtsviktsdiagnosen.

Ett kardio-onkologiskt kunskapscentrum har etablerats i samarbete mellan hjärtkliniken och onkologiska kliniken vid Karolinska universitetsjukhuset i Stockholm. Vi har initierat multidisciplinära behandlingskonferenser och gemensam handläggning vid misstanke om kardiotoxicitet. Vår förhoppning är att en modell för multidisciplinär vård (Figur 1) med kliniska fysiologer, hjärtläkare, onkologer, barnonkologer och radioterapeuter kan utarbetas, vilken sedan kan appliceras även på andra sjukhus i Sverige.

En kardio-onkologisk arbetsgrupp inom ramen för Svenska kardiologföreningens sektion för hjärtsvikt och klaffsjukdomar byggs för närvarande upp och har som mål att föra fram kardio-onkologiska frågor nationellt.

Parallellt med detta pågår en nationell prospektiv randomiserad klinisk studie (Cardio-oncology breast cancer, COBC) i samarbete mellan Universitetssjukhuset i Linköping och Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm för att studera nyttan av biomarkörer för hjärttoxicitet, behandling av kardiovaskulära riskfaktorer samt tidig diagnostik och behandling av kardiotoxicitet hos bröstcancerpatienter. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DYIE

Läs mer!
Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Curigliano G, Cardinale D, Suter T, et al. Cardiovascular toxicity induced by chemotherapy, targeted agents and radiotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2012;23(Suppl 7):vii155-66.
3. Suter TM, Ewer MS. Cancer drugs and the heart: importance and management. Eur Heart J. 2013;34:1102-11.
5. Franco VI, Lipshultz SE. Cardiac complications in childhood cancer survivors treated with anthracyclines. Cardiol Young. 2015;25(Suppl 2):107-16.
7. Sveriges officiella statistik. Cancerincidens i Sverige 2013. Nya diagnosticerade cancerfall år 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-12-10.
10. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP, et al. Evaluation and management of patients with heart disease and cancer: cardio-oncology. Mayo Clin Proc. 2014;89:1287-306.
11. Hamo CE, Bloom MW. Getting to the heart of the matter: an overview of cardiac toxicity related to cancer therapy. Clin Med Insights Cardiol. 2015;9:47-51.
12. Herrmann J, Lerman A. An update on cardio-oncology. Trends Cardiovasc Med. 2014;24:285-95.
13. Maitland ML, Bakris GL, Black HR, et al. Initial assessment, surveillance, and management of blood pressure in patients receiving vascular endothelial growth factor signaling pathway inhibitors. J Natl Cancer Inst. 2010;102:596-604.
14. Ay C, Dunkler D, Marosi C, et al. Prediction of venous thromboembolism in cancer patients. Blood. 2010;116:5377-82.
15. Nilsson G, Holmberg L, Garmo H, et al. Distribution of coronary artery stenosis after radiation for breast cancer. J Clin Oncol. 2012;30:380-6.
16. Mir O, Ropert S, Alexandre J, et al. Hypertension as a surrogate marker for the activity of anti-VEGF agents. Ann Oncol. 2009;20:967-70.
19. Sundbom P, Hedayati E, Petterzén B, et al. Young woman with breast cancer and cardiotoxicity with severe heart failure treated with a HeartMate IITM for nearly 6 years before heart transplantation. ASAIO J. 2014;60:e3-4.
20. Horacek JM, Jakl M, Horackova J, et al. Assessment of anthracycline-induced cardiotoxicity with electrocardiography. Exp Oncol. 2009;31:115-7.
22. Thavendiranathan P, Poulin F, Lim KD, et al. Use of myocardial strain imaging by echocardiography for the early detection of cardiotoxicity in patients during and after cancer chemotherapy: a systematic review. J Am Coll Cardiol. 2014;63:2751-68.
24. Bulten BF, Mavinkurve-Groothuis AM, de Geus-Oei LF, et al. Early myocardial deformation abnormalities in breast cancer survivors. Breast Cancer Res Treat. 2014;146:127-35.
25. Villarraga HR, Herrmann J, Nkomo VT. Cardio-oncology: role of echocardiography. Prog Cardiovasc Dis. 2014;57:10-8.
26. Ky B, Putt M, Sawaya H, et al. Early increases in multiple biomarkers predict subsequent cardiotoxicity in patients with breast cancer treated with doxorubicin, taxanes, and trastuzumab. J Am Coll Cardiol. 2014;63:809-16.
27. Skovgaard D, Hasbak P, Kjaer A. BNP predicts chemotherapy-related cardiotoxicity and death: comparison with gated equilibrium radionuclide ventriculography. PLoS One. 2014;9:e96736.
28. Putt M, Hahn VS, Januzzi JL, et al. Longitudinal changes in multiple biomarkers are associated with cardiotoxicity in breast cancer patients treated with doxorubicin, taxanes, and trastuzumab. Clin Chem. 2015;61:1164-72.
31. Heck SL, Gulati G, Ree AH, et al. Rationale and design of the prevention of cardiac dysfunction during an Adjuvant Breast Cancer Therapy (PRADA) Trial. Cardiology. 2012;123:240-7.

ABC OM

Smärtlindring vid vaginal förlossning

Maria Lengquist, ST-läkare, VO intensiv- och perioperativ vård, Skånes universitetssjukhus, Lund
maria@lengquist.se

Charlotta Grunewald, docent, överläkare, kvinnokliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge/Solna

Nina Kjellqvist, biträdande överläkare, ANOPIVA-kliniken

Anna Sand, med dr, överläkare, kvinnokliniken; de båda sistnämnda Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Sedan 1971 är smärtlindring vid förlossning en riksdagsbeslutad rättighet [1]. Vilka smärtlindringsmetoder som används har ändrats sedan dess [2]. Förlossningssmärta skattas högre än flera svåra smärttillstånd, t ex postherpetisk neuralgi och cancersmärtor, även om stora interindividuella skillnader finns [3, 4]. En förlossning kan bli lång och smärtsam på grund av värksvaghet eller mekaniskt hinder [5].

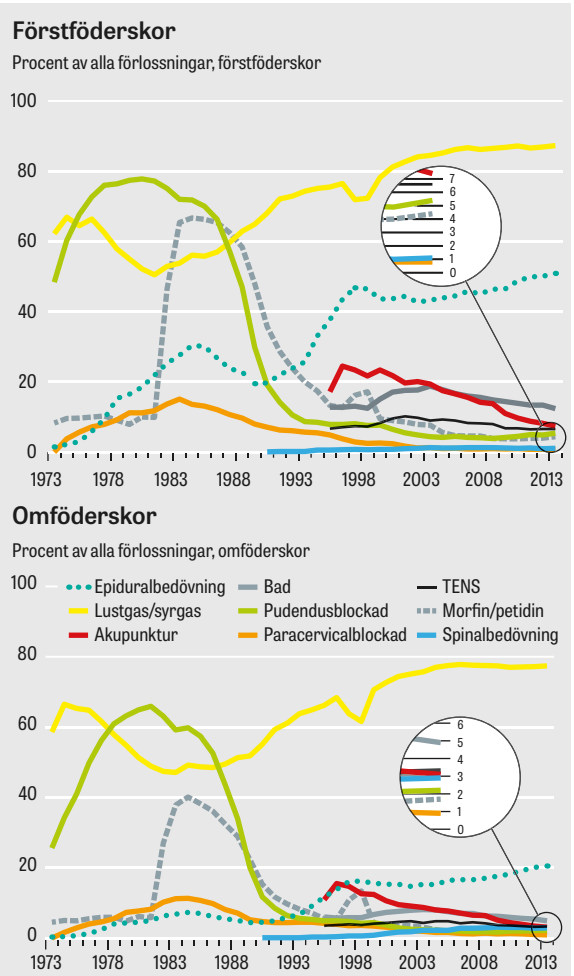
Förlossningssmärta har en rad negativa konsekvenser förutom det lidande det orsakar den födande. Smärt- och stressorsakat sympatikuspåslag kan öka smärtan och risken för fosterasfyxi. Katekolaminutlöst kärlspasm kan ge ischemisk smärta och minska uterus- och placentaperfusionen [6, sidorna 21-4]. Hyperventilation ger respiratorisk alkalos, som ökar syrgasaffiniteten hos maternellt hemoglobin med minskad syrgasleverans till fostret som följd. Smärtmedierad anspänning ökar buk- och bäckenmuskeltonus och kan ge förlängt värkarbete [7].

Smärta under förlossningens olika faser

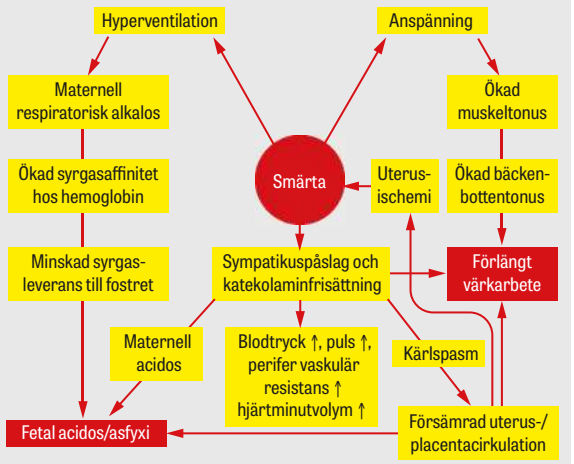
Smärtan ändrar sig under förlossningen och ökar oftast med värkfrekvens och cervixdilatation [4]. Förvärkarna under latensfasen är oregelbundna men kan vara plågsamma och kräva smärtlindring. Under den aktiva fasens öppningsskede är smärtan visceral och fortleds till torakolumbala övergången i ryggmärgen. Smärtan refereras främst till ländrygg och ljumskar och kommer från ischemi i myometriet, tänjning av viscerala strukturer, dilatation av cervix och ökat intrauterint tryck under värkar [7]. Förstföderskor upplever starkare smärta under öppningsskedet än omföderskor, vilket kan bero på mindre eftergivlighet hos cervix och ligament men även rädsla för något man inte varit med om förut [8]. Under utdrivningsskedet upplevs smärtan framför allt konstant från tryck och tänjning på vagina, bäckenbotten och perineum. Denna smärta fortleds via nervus pudendus till sakrala ryggmärgen. Tryck på nerver i lilla bäckenet kan ge smärta i benen [7].

Många olika smärtlindringsmetoder används

Synen på förlossningssmärta påverkar vilka metoder som används, vilket delvis förklarar de geografiska skillnader som finns inom Sverige och i världen [9, 10]. Exempelvis används lustgas mycket i Skandinavien och Storbritannien men nästan inte alls i USA [11]. Om förlossningssmärta ses som naturlig och positiv föredras icke-farmakologiska metoder med fokus på smärthantering, medan farmakologiska metoder har syftet att minska smärtan [12]. Inom svensk förlossningsvård råder enighet om att den födandes behov och önskemål



▶ Smärtlindringsmetoder som använts i Sverige 1973–2013. Sedan epiduralanalgesi introducerades på 1970-talet har användandet av paracervikalblockad, pudendusblockad och petidin minskat betydligt. Omföderskor använder generellt mindre smärtlindring än förstföderskor. Statistik för de icke-farmakologiska metoderna före 1995 och spinalbedövning före 1990 finns inte [2].



▶ Förlossningssmärta har en rad väldokumenterade potentiellt negativa effekter på fysiologin hos den födande och fostret [6, 7].

TABELL 1. Olika smärtlindringsmetoders egenskaper och hänsyn som bör tas vid smärtlindring.

Metod	Ges av	Fördelar	Nackdelar	Kontraindikationer	Biverkningar	Komplikationer
● **Sensorisk stimulering**	Barnmorska/ partner	Hög patientnöjdhet, kräver inte övervakning	Dåligt studerad, tveksam effekt	Bedövat hudområde (värme/kyla) Pacemaker (TENS)	Hudirritation Maternell hypertermi (bad) [19-21]	
● **Opioider**	Barnmorska	Ger eufori	Tveksam smärteffekt Ökad aspirationsrisk		Klåda Illamående och kräkningar Sedering	Andningsdepression hos den födande och barnet Aspiration vid sövning på grund av ventrikelretention [26]
● **Paracervikalblockad**	Barnmorska/ obstetriker	Lättillgänglig	Kort duration	CTG-förändringar Oklar blödning [1]		Fosterbradykardi Blödning Infektion [2] [34]
● **Pudendusblockad**	Barnmorska/ obstetriker	Lättillgänglig	Lite studerad	[1]	Minskad krystkänsla Förlängt utdrivningsskede	Blödning Infektion [2] [36]
● **Lustgas**	Barnmorska/ patient	Patientstyrd Billig Snabbt anslag och elimination Ingen påverkan på barnet Opåverkat förlossningsförlopp Kräver inte övervakning Ger eufori	Måttligt smärtlindrande effekt Miljöpåverkan Risk för personalexponering	Vitamin B_{12}-brist	Illamående Kräkningar Yrsel Sedering [11]	
● **Epiduralanalgesi**	Anestesiolog	Effektiv Evidensbaserad Styrbar Kan användas till akut kejsarsnitt Minskar risk för kraftig blodtrycksstegring vid preeklampsi	Påverkar eventuellt förlossningsförloppet något Kvarliggande kateter (infektionsrisk) Kan vara tekniskt svår att lägga Bedövar främst under öppningsskedet	Blödningsrisk (koagulopati eller antikoagulantia) Främmande material, sjukdomar eller missbildningar i ryggraden Progredierande eller odiagnostiserade neurologiska symtom Hypovolemi [1]	Urinretention Feber Hypotoni Opioidklåda »Shivering« (huttring) Eventuellt ökad risk för instrumentell förlossning, förlängt utdrivningsskede och ökat oxytocinanvändande	Durapunktion med risk för spinalt anslag och postspinal huvudvärk Nervskada Epiduralt hematom Epidural abscess Meningit [2] [38, 39]
● **Spinalbedövning**	Anestesiolog	Effektiv Snabbt anslag Bedövar under både öppnings- och utdrivningsskede Mindre komplicerat anläggande än epiduralanalgesi (fördel vid svår rygganatomi)	Kort duration	I stort sett samma som för epiduralanalgesi. Blödningsrisken är mindre, eftersom nålen är tunnare och åsamkar mindre trauma [1]	Opioidklåda Hypotoni Fosterbradykardi Postspinal huvudvärk	Andningsdepression (på grund av opioider) Nervskada Meningit [2] [39, 48]

[1] Kontraindikationer vid alla nervblockerande tekniker är infektion eller eksem på stickstället, sepsis och allergi mot lokalanalgetika.
[2] Alla nervblockerande tekniker ger risk för intravasal injektion och lokalbedövningstoxicitet.

är viktigast i valet av smärtlindring. Generellt prövas icke-farmakologiska metoder före farmakologiska och invasiva metoder. Vid stark smärta är icke-farmakologiska metoder oftast otillräckliga [6, sidan 53].

Många olika metoder används för lindring av förlossningssmärta, flera utan större evidens. Smärtlindringsmetoderna har olika egenskaper och är lämpliga under olika delar av förlossningen. Särskilt skiljer sig de nervblockerande teknikernas effektivitet åt beroende på förlossningsfas [12].

Icke-farmakologiska metoder

Avslappning och yoga. Avslappningstekniker som andningsövningar, yoga, muskelavslappning och meditation, t ex profylaxkurser, bygger på teorin att ångest- och stressutlöst sympatikuspåslag förstärker smärtupplevelsen. Avslappning och yoga är associerat med lägre smärtintensitet men minskar framför allt ångest [13, 14].

Stödperson. Kontinuerligt aktivt stöd från närstående eller tränad utomstående (doula) under förlossningen

EVIDENS FÖR EFFEKT AV SMÄRTLINDRING [12] [1]

HÖG EVIDENS
- Epiduralanalgesi
- Kombinerad spinal- och epiduralanalgesi
- Inhalationsanalgesi (inklusive lustgas)

VISS EVIDENS
- Varma bad
- Avslappning
- Akupunktur
- Massage
- Perifera nervblockader (paracervikalblockad och pudendusblockad)
- Icke-opioida analgetika

OTILLRÄCKLIG EVIDENS
- Sterila kvaddlar
- TENS
- Parenterala opioider

[1] Enligt en Cochrane-översikt från 2012.

kan minska stress och ångest. Det är associerat med förbättrad förlossningsupplevelse och något mindre användande av annan smärtlindring [15]. I Sverige är ofta en partner närvarande, vilket kan minska behovet av utomstående stöd [16].

Upprätt position. Att sitta, stå och gå under öppningsskedet kan minska smärtupplevelsen och användandet av epiduralanalgesi något [17].

Sterila kvaddlar. Sub- eller intrakutana injektioner med sterilt vatten ges oftast i lumbalområdet mot refererad smärta. Injektionen är kortvarigt smärtsam och ges därför helst under en värk. Injektionen har effekt i 1–3 timmar och kan upprepas. Sterilt vatten ger eventuellt ökad smärtlindring jämfört med NaCl, vilket anses bero på vävnadsirritation genom osmos [18].

Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS). Med TENS upplever färre födande svår smärta, sannolikt delvis beroende på distraktionen som egenkontrollen över smärtlindringsmetoden ger [19].

Temperaturbehandling. Värme eller kyla kan användas på smärtsamma områden som ländrygg och perineum. Metoden är outforskad och dess smärtlindrande effekt oklar [20].

Varma bad. Värmen och känslan av tyngdlöshet vid bad reducerar eventuellt katekolaminnivåer och därmed smärtintensiteten. Användandet av epiduralanalgesi minskar, vilket kan bero på att epiduralanalgesi är kontraindicerad vid bad på grund av infektionsrisken [21].

Akupunktur. Nålar sätts på triggerpunkter i huden och påverkar eventuellt smärtintensiteten och behovet av annan smärtlindring, även om placebo har liknande effekt vid jämförelse [22].

Massage. Massage är avslappnande, distraherande och ger bättre blodcirkulation med viss smärtlindrande effekt men oförändrat behov av annan smärtlindring [23].

Kvaddlar, TENS, kyla, värme, bad, akupunktur och massage är exempel på sensorisk stimulering. De hämmar smärtan på ryggmärgsnivå och ökar endogena endorfinnivåer. En föreslagen mekanism för detta är den s k portteorin [19].

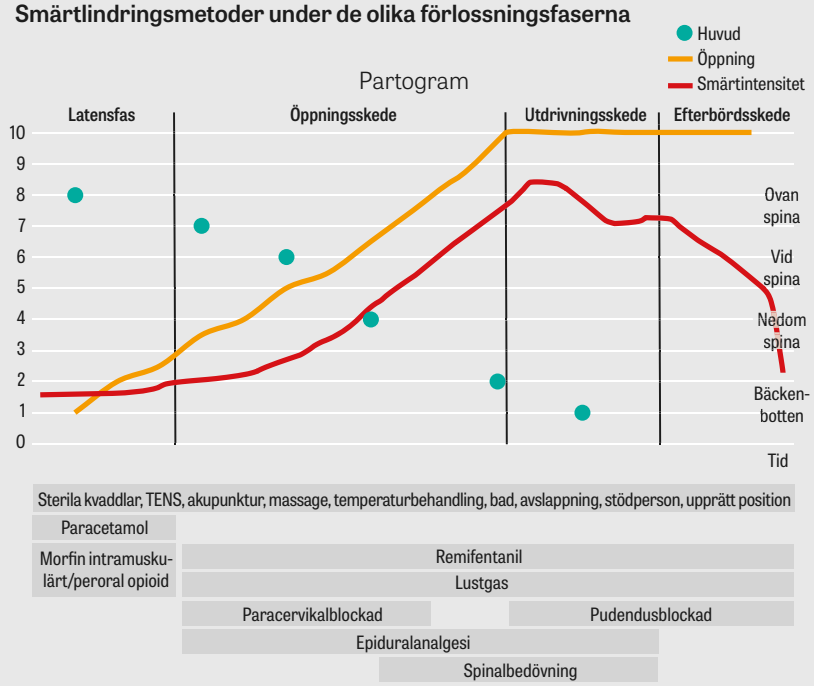
Farmakologiska metoder

Paracetamol och NSAID. Paracetamol används primärt under latensfas men är därefter ofta otillräckligt som enda smärtlindring [24]. NSAID används endast post partum eftersom dess effekt på prostaglandinsyntesen hämmar uteruskontraktionerna och kan ge prematur slutning av fostrets ductus arteriosus [25].

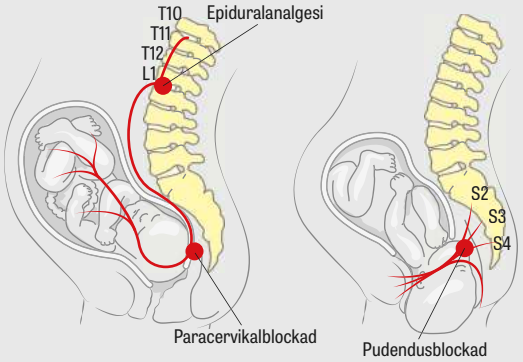
Opioider. Petidin användes mycket inom förlossningsvården fram till 1980-talet och är den opioid som studerats mest i förlossningssammanhang. I dag används opioider mer restriktivt och främst under latensfasen, t ex morfin intramuskulärt eller en peroral opioid [2,26].

Opioider passerar placenta och kan ge både den födande och det nyfödda barnet andningsdepression och somnolens. Detta kan kräva antidotbehandling

Smärtlindringsmetoder under de olika förlossningsfaserna



Smärta under öppnings- och utdrivningsskedet

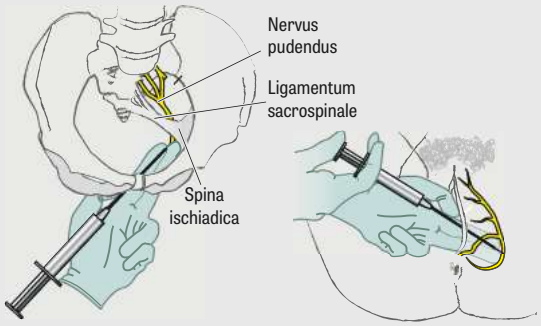


▶ Öppningsskedets smärtor fortleds till ryggmärgssegment T10–L1 och kan behandlas med epiduralanalgesi, spinalbedövning eller paracervikalblockad. Nervus pudendus fortleder utdrivningsskedets smärtor till ryggmärgssegment S2–4 och kan behandlas med pudendusblockad, spinalbedövning eller epiduralanalgesi med sakralt anslag. Epiduralanalgesi kan bedöva sakrala ryggmärgen om den lagts i nedre lumbala segment eller om en större volym lokalanalgetikum ges som bolus [12].

Illustrationer: Jakob Robertsson/Typoform

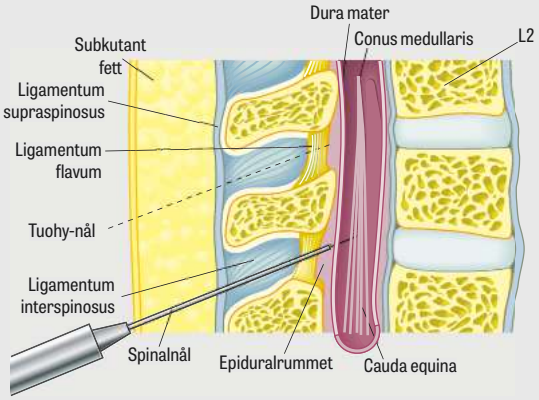
»Inom svensk förlossningsvård råder enighet om att den födandes behov och önskemål är viktigast i valet av smärtlindring.«

Pudendusblockad

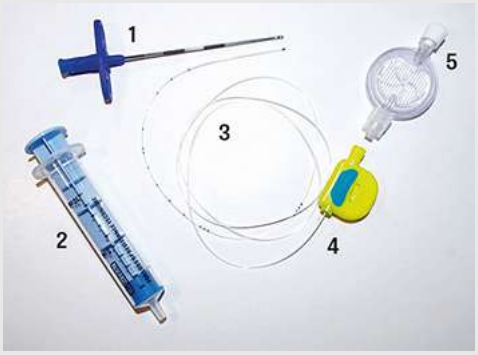


▶ Vid anläggande av pudendusblockad via vagina identifieras spina ischiadica. Nålen placeras mediodorsalt om spina, och ligamentum sacrospinale penetreras genom »loss of resistance«-teknik, varpå lokalanalgetika injiceras. Proceduren upprepas på andra sidan [34]. Pudendusblockad kan även läggas transperinealt med intramuskulär nål riktad mot spina ischiadica på respektive sida. Detta kallas ofta »yttre pudendusblockad« [36].

Epiduralanalgesi och spinalbedövning



▶ Med en epiduralanalgesi sprids lokalanalgetikum via en Tuohy-nål i det luckra epiduralrummet och bedövar nervrötter 1–2 segment över och under insticksstället, som brukar vara mellan L1–L4 [6, sidorna 75-8]. En spinalbedövning ges intratekalt nedanför conus medullaris på nivå L1–2. Instick på nivå L3–4 bör eftersträvas för att minska risken för skada på ryggmärgen [49]. Ett antal segment kranialt om samt alla segment kaudalt om insticket bedövas [48].



Vid anläggande av epiduralanalgesi används en grov Tuohy-nål med centimetermarkeringar och uppåtböjd spets, som riktar katetern inne i epiduralrummet (1). Epiduralrummet identifieras med hjälp av »loss of resistance«-teknik, och en speciell spruta används (2). Därefter förs katetern (3) in genom Tuohy-nålen, nålen avlägsnas, en sprutadapter (4) sätts på katetern, och lokalanalgetikum ges genom ett bakteriefilter (5) (först ges en liten testdos för att utesluta spinalt anslag). Bolus- och/eller infusionsregim ges med lokalanalgetikum och kortverkande opioid [6, sidorna 75-8].

och även påverka amningsstarten. Två av tre födande upplever starka smärtor trots opioider, och den positiva effekten är framför allt sedativ och euforisk [26].

Remifentanil, en nyare opioid med ultrakort anslags- och eliminationstid, ger bättre smärtlindring än petidin men har liknande biverkningar. Remifentanil kan ges som patientkontrollerad infusion och är aktuell i utvalda fall då epiduralanalgesi och spinalbedövning är kontraindicerade. Nackdelen är en kraftigt andningsdeprimerande effekt, vilken kräver förstärkt övervakning. Risken för barnet är försumbar, eftersom effekten upphör kort efter det att infusionen stoppas [27]. Jämfört med epiduralanalgesi är den smärtlindrande effekten sämre men patientnöjdheten likvärdig [28].

Opioider tillsätts ofta i epiduralanalgesi och spinalbedövning. Om opioider givits tidigare under förlossningen ska försiktighet iakttas, eftersom risken för andningsdepression och sedering kan öka.

Lustgas. Lustgas ges i 50–70 procents blandning med syrgas och administreras av den födande i anslutning till värkar. Smärteffekten är måttlig med stora interindividuella skillnader. Den positiva effekten baseras delvis på sedering, eufori och dissociation från smärtorna. Maximal effekt uppnås efter 30–90 sekunder, varför inhalation bör initieras före värkstart för att uppnå effekt under värken [11, 29].

Lustgas har 290 gånger större växthuseffekt än CO_2; en genomsnittlig förlossnings miljöpåverkan motsvarar en bilresa mellan Stockholm och Hamburg [30]. Sjukvårdens bidrag till utsläppen är dock ringa jämfört med industrins och jordbrukets [31]. Lustgasens miljöpåverkan har fått landsting att installera destruktionsanläggningar eller helt avveckla centraltillförseln av lustgas [32]. Hög exponering tycks påverka fertiliteten negativt. Med dubbelmask som ventilerar bort den utandade gasen minskar risken för vårdpersonal [33].

Paracervikalblockad. Infiltration med lokalbedövning med en Kobaknål i laterala fornix hämmar smärtimpulser under öppningsskedet [34]. Effekten är kortvarig men god. Anatomisk närhet till fostret medför risk för fetal injektion samt fosterbradykardi. Metoden används sällan numera och bör utföras av tränad personal [35]. Paracervikalblockad är aktuell framför allt hos omföderskor med snabb förlossningsprogress då andra smärtlindringsmetoder inte är möjliga.

Pudendusblockad. Blockad av nervus pudendus, via vagina eller perineum, hämmar smärtorna under utdrivningsskedet [34]. Begränsade data tyder på att blockaden hämmar krystreflexen och förlänger utdrivningsskedet något [36]. I dag används pudendusblockad framför allt i samband med perineotomi och suturering av bristningar [37].

Epiduralanalgesi. Epiduralanalgesi är metoden med bäst evidensbaserad effekt under öppningsskedet och ibland även utdrivningsskedet. Smärtan reduceras med i genomsnitt 3 enheter på en 10-gradig VAS-skala (visuell analog skala) [38].

Epiduralanalgesi ges genom en kvarliggande kateter och ger segmentell bedövning av afferenta nervrötter som passerar genom epiduralrummet. Epiduralanalgesi kan ge blodtrycksfall på grund av central sympati-

kusblockad och perifer vasodilatation, vilket behandlas med vänster sidoläge, vätska och vasopressorer. Accidentell durapunktion sker vid ca 1 procent av anläggningsförsöken med 50 procents risk för besvärlig postpunktionshuvudvärk. Epiduralanalgesi medför risk för sällsynta men allvarliga komplikationer såsom epiduralt hematom och abscess [39]. Inför och efter anläggande av epiduralanalgesi är regelbunden övervakning av största vikt för att upptäcka komplikationer i tid.

Hur lokalanalgetika bäst administreras i epiduralanalgesin är ett område under utveckling. Antingen ges bolusdoser eller kontinuerlig infusion eller en kombination av dessa. Bolusdoser, numera ofta patientkontrollerade, medför större patientnöjdhet, mindre mängd givna lokalanalgetika och kortare utdrivningsskede än kontinuerlig infusion, vilket talar för bättre smärtlindringseffekt [40].

Koncentrationen av lokalanalgetika korrelerar till biverkningsfrekvens; lägsta möjliga koncentration eftersträvas. På grund av läkemedelssynergi erhålls likvärdig smärtlindring med lägre koncentration lokalanalgetika i kombination med opioid som med högre koncentration lokalanalgetika utan opioid. Låg koncentration lokalanalgetika påverkar dessutom motoriken minimalt och möjliggör mobilisering under förlossningen [41, 42].

Epiduralanalgesins påverkan på förlossningsförloppet är välstuderad men svårtolkad på grund av stora skillnader i behandlingsregimer i jämförda studier. Om även utdrivningsskedet smärtlindras tycks frekvensen instrumentella förlossningar, utdrivningsskedets längd och användandet av värkstimulerande oxytocin öka något. Detta kan bero på att krystreflexen påverkas. Öppningsskedets längd eller risken för kejsarsnitt påverkas inte [38, 43]. Att avbryta epiduralanalgesin under utdrivningsskedet ökar smärtupplevelsen utan säker positiv effekt på förlossningsförloppet [44]. Huruvida epiduralanalgesi ges tidigt eller sent har ingen betydelse för förlossningsförloppet [45].

Epiduralanalgesi bör erbjudas tidigt under vissa förlossningar, eftersom en välfungerande epiduralanalgesi kan fyllas på med mer potenta lokalanalgetika och användas som enda anestesi vid akut kejsarsnitt. Vid t ex preeklampsi kan sövning, luftvägshantering och riskabel blodtrycksstegring då undvikas. Epiduralanalgesins blodtryckssänkande effekt utnyttjas dessutom under förlossningen [46]. Vid morbid obesitas kan tidig epiduralanalgesi också vara en fördel, eftersom både obesitas och själva graviditeten ökar risken för komplicerad intubation vid akut kejsarsnitt [47].

Spinalbedövning. Spinalbedövning ger ett snabbt och pålitligt anslag och är verksam under både öppnings- och utdrivningsskede. Effekten varar upp till 3 timmar, och spinalbedövning ges därför sent i förlossningsförloppet, framför allt till omföderskor. En låg dos lokalanalgetika i kombination med en opioid ger effektiv smärtlindring utan att förlossningsförloppet eller motoriken påverkas nämnvärt. Med en 25 gauge atraumatisk nål får endast 1 procent postspinal huvudvärk [48]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DXUU

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- den födandes önskemål och behov är viktigast för valet av smärtlindring
- icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder kan upplevas som positiva, framför allt under tidigt öppningsskede
- epiduralanalgesi är den mest effektiva smärtlindringsmetoden
- lägre koncentration lokalanalgetikum i epiduralanalgesin minimerar påverkan på förlossningsförloppet
- epiduralanalgesi inte ökar risken för kejsarsnitt
- födande med preeklampsi och morbid obesitas har nytta av tidig epiduralanalgesi.

Åsikterna går isär om

- i vilken utsträckning förlossningssmärta bör behandlas farmakologiskt
- epiduralanalgesins påverkan på förlossningsförloppet
- huruvida bolusdoser och/eller kontinuerlig infusion är bäst metod för att administrera epiduralanalgesi
- när epiduralanalgesi bör ges och användas under förlossningen.

REFERENSER

3. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, et al. Labour is still painful after prepared childbirth training. Can Med Assoc J. 1981;125:357-63.
11. Likis F, Andrews J, Collins M, et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. Anesth Analg. 2014;118:153-67.
12. Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD009234.
27. Leong WL, Sng BL, Sia AT. A comparison between remifentanil and meperidine for labor analgesia: a systematic review. Anesth Analg. 2011;113:818-25.
34. Novikova N, Cluver C. Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(4):CD009200.
38. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.
39. Silva M, Halpern SH. Epidural analgesia for labor: current techniques. Local Reg Anesth. 2010;3:143-53.
40. George RB, Allen TR, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg. 2013;116:133-44.
43. Cambic CR, Wong CA. Labour analgesia and obstetric outcomes. Br J Anaesth. 2010;105(Suppl 1):i50-60.
48. Minty RG, Kelly L, Minty A, et al. Single-dose intrathecal analgesia to control labour pain. Can Fam Physician. 2007;53:437-42.

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

MEDICINENS ABC

● Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt. Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

● Ta kontakt med Anne Brynolf (anne.brynolf@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

KARRIÄR MÄSSAN för läkare

Karriärkvällar för läkare 2016

Läkartidningen och Läkarförbundet fortsätter den uppskattade satsningen på karriärevenemangen under 2016.

~~✗ 25 feb~~	~~Karriärkväll Karlstad~~
~~✗ 19 mars~~	~~*Karriärmässa* Stockholm~~
~~✗ 14 april~~	~~Karriärkväll Skellefteå~~
✗ 6 okt	Karriärkväll Kalmar
✗ 10 nov	Karriärkväll Malmö
✗ 24 nov	Karriärkväll Göteborg

Program och information kommer löpande att uppdateras på *www.slf.se/Karriar-och-utbildning*

Begränsat antal platser. Deltagandet är kostnadsfritt och exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet.

lakarforbundet.se
Bli medlem du också!
8 av 10 läkare är redan med.
lakarforbundet.se



RÅD OCH STÖD KRING

OSA-kompassen

Med OSA-kompassen kan du som är chef eller skyddsombud sätta dig in Arbetsmiljöverkets föreskrifter om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA). Du får här resurser för att lättare ta itu med dessa frågor, som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

➳ www.suntarbetsliv.se

På Arbetsmiljöverkets webbplats finns mer informationsmaterial om föreskriften:

➳ www.av.se

Nya regler för bättre arbetsmiljö

□□□ En ny föreskrift på arbetsmiljöområdet trädde i kraft den 31 mars i år. Syftet med den nya föreskriften är att bidra till en god arbetsmiljö.

BRISTER I ARBETSMILJÖN orsakar ohälsa hos många arbetstagare i Sverige och antalet anmälda arbetssjukdomar som beror på den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har ökat de sista åren. Många gånger beror detta på ett ökat arbetstempo med allt för hög arbetsbelastning och arbetstakt där resurser och krav inte är i balans. Exempelvis kan samarbetsproblem och mobbning vara en bidragande orsak till arbetssjukdomar.

Därför har Arbetsmiljöverket i samråd med arbetsmarknadens parter tagit fram föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).

Vad betyder organisatorisk och social arbetsmiljö?

Organisatorisk arbetsmiljö handlar om det som rör ledning och styrning, kommunikation, inflytande, fördelning av arbetsuppgifter, krav, resurser och ansvar.

Social arbetsmiljö handlar om socialt samspel, samarbete och stöd för chefer och kollegor.

Den nya föreskriften fokuserar på följande områden:

1. Mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön
Arbetsgivarna måste sätta upp mål för en god organisatorisk och social arbetsmiljö.

2. Kunskaper
Föreskriften innehåller krav på att arbetsgivarna ska se till att chefer och arbetsledare har kunskaper i hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning och kränkande särbehandling.

3. Arbetsbelastning och tydliggörandet av arbetsuppgifter
Arbetsgivaren ska se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning.

4. Starkt psykiskt påfrestande arbeten
Arbetsgivaren ska motverka att starkt psykiskt påfrestande arbetsuppgifter och situationer leder till ohälsa hos arbetstagaren, till exempel att bemöta människor i svåra situationer, fatta svåra beslut under press där också etiska dilemman ingår.

5. Hur man förlägger arbetstiden
Arbetsgivarna måste vidta åtgärder för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna.

6. Arbetsbelastning – balans mellan resurser och krav
Arbetsgivarna ska ansvara för att arbetstagarna inte får en ohälsosam arbetsbelastning. Resurserna ska anpassas efter kravet i arbetet. Arbetets förläggning ska ge möjlighet till återhämtning.

7. Kränkande särbehandling och rutiner för att hantera kränkande särbehandling
Arbetsgivarna måste klargöra att man inte accepterar kränkande särbehandling på arbetsplatsen. Chefer och arbetsledare har ett särskilt ansvar i att förebygga, uppmärksamma och hantera kränkande särbehandling.



Träffa oss i Almedalen

LÄKARFÖRBUNDET är på plats brett i Almedalen. Tillsammans med förbundets yrkesföreningar, studenter, Läkartidningen samt Lipus har vi ett gediget program för att utveckla hälso- och sjukvården i framtiden. *Välkomna!*

I år anordnar även Sjukhusläkarna, Sveriges Yngre Läkares förening (SYLF), Distriktsläkarföreningen, Chefsföreningen och Sveriges läkarförbund Student seminarier i Almedalen.

Alla seminarier hålls på Strandvägen, H508, Läkartidningens tält.

För att se Läkarförbundets och delföreningarnas fullständiga program:

➳ www.slf.se/almedalen

☐ **5 juli 8:30–9:25**
Bot och bättring – recept för hälso- och sjukvården
Vi bjuder på frukost och lanserar samtidigt vårt nya sjukvårdspolitiska program. I ett samtal med Lisa Kirsebom berättar Heidi Stensmyren om Läkarförbundets syn på hur sjukvården ska finansieras, styras och organiseras. Vilka prioriteringar behöver göras, både lokalt och regionalt, mellan huvudmännen för att principen om allas rätt till likvärdig vård ska gälla?

☐ **5 juli 14:40–15:45**
Lär av Norge – satsa på en nationell reform i primärvården
Den svenska primärvården behöver en nystart. Vår studie visar att läkare på flera håll inte kan garantera god vård åt vårdcentralens patienter. Hur utvecklar vi primärvården och lockar dit fler specialister? Kan framgångsreceptet vara en nationell reform för att utveckla vårdvalet? Vi bjuder på eftermiddagsfika.

Läkarförbundet samarrangerar

☐ **6 juli 13:00–13:50**
Patientsäkerhet och god arbetsmiljö i sjukvården hänger ihop. Vad kan vi göra tillsammans?

☐ **7 juli 12:00–12:45**
BOKSAMTAL: **Hjärnforskning, alkoholberoende och begär efter kärlek**

☐ **7 juli 14:00–15:00**
Klimatfråga – något för läkare?

☐ **5 juli 16:30–18:30**
MINGEL: **Hållbar utveckling av cancervården**
Tillsammans med Nätverket mot cancer, Vårdförbundet, Fysioterapeuterna, Swedpos arrangerar Läkarförbundet ett mingel på S:t Drotten, kyrkoruin, Syskongatan 1.

Inbjudna politiker, beslutsfattare, sjukvårdsrepresentanter och andra intressenter svarar på tre frågor om framtidens cancervård. Sjukvårdsminister Gabriel Wikström inleder. Boka plats på:

➳ www.slf.se/almedalen

BOT OCH BÄTTRING
Recept för hälso- och sjukvården

Läkarförbundets fullmäktige enades i slutet på maj om ett nytt sjukvårdspolitiskt program: Bot och bättring – recept för hälso- och sjukvården.

Vi beskriver här den vård som vi menar har bäst förutsättningar att möta samhällsförändringarna och som är vägen framåt för att kunna erbjuda en mer jämlik vård med hög kvalitet, god tillgänglighet och god effektivitet.

Om vi blickar in i framtiden ser vi flera utvecklingstendenser som kommer att förändra sjukvårdssektorn inom några år. Den medicinska och tekniska utvecklingen innebär att vi kan göra allt mer för många patienter och allt högre upp i åldrarna. Tillsammans med den demografiska utvecklingen medför detta att efterfrågan och kraven på sjukvården fortsätter att stiga.

PATIENTLAG
Patienternas rätt till fast vårdkontakt i vården

En föreskrift om rätt till en fast läkarkontakt och bättre rutiner i vården är enkla medel att stärka kontinuiteten i vården och garantera alla svårt sjuka patienter en läkare som fast vårdkontakt och därmed en trygg och säker vård. Det slår Läkarförbundet fast i en färsk rapport.

Förbundets enkätstudie som genomfördes i våras visar att införandet av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om fast vårdkontakt även i patientlagen 2015 inte har påverkat vårdens arbetssätt eller läkares förutsättningar att erbjuda läkarkontinuitet. Bestämmelsen om fast vårdkontakt är fortfarande förhållandevis okänd och verksamhetsrutiner för att utse fast vårdkontakt saknas i stor utsträckning. Uppföljningar av läkarkontinuitet är sällsynta. Endast 40 procent av de svarande läkarna anser sig ha goda eller mycket goda förutsättningar att erbjuda läkarkontinuitet.

➳ www.lakarforbundet.se/vitycker

Medlemsinformation från

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarkarriär.se

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

Läkartidningen och Läkarkarriär.se är Sveriges ledande forum för lediga läkartjänster, stipendier och kurser. Här hittar du merparten av de lediga läkarjobben i Sverige, sökbara på specialitet och geografisk placering. Listan följer Socialstyrelsens förteckning över medicinska specialiteter. Om inte specialiteten framgår i annonsen, läggs tjänsten under Övriga läkartjänster/Övriga tjänster.
På www.lakartidningen.se finns all information om bokning av platsannonser. Annonser skickas till annonser@lakartidningen.se.
För mer information ring 08-790 35 60.

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr
AKUTSJUKVÅRD		
Läkare/sakkunnig arbetsmedicinska frågor, Arbetsmiljöverket, Sthlm	15/8	26-27
Sektionschef, akut- & specialistvårdssektionen, Sachsska barn- och ungdomssjh, Stockholm		26-27
Spec-läkare, Akutmottagningen, Danderyds sjukhus		24-25
ALLERGISJUKDOMAR		
ST-läkare Allergologi Medicinkliniken , Växjö	6/7	24-25
ALLMÄNMEDICIN		
Allmänläkare, Optimuskliniken, hel- eller deltid, Upplands-Väsby		24-25
Distriktsläkare, Fruängens Vårdcentral, Stockholm	31/7	24-25
Distriktsläkare, Gärdets vårdcentral, Stockholm		24-25
Distriktsläkare, Runby vårdcentral, Upplands Väsby, Stockholm	22/7	24-25
Geriatriker/almänmedicinare intr av hemsjukvård, Stuvsta VC		24-25
Resursläkare på vårdcentral		22-23
Spec-läk, "Hemsjukvårdsläk", Närhälsan Töreboda & Gullspång VC	15/7	26-27
Spec-läk allmänmed/geriatrik, Hemsjuvård, Rosenlunds VC, Sthlm	15/8	26-27
Spec-läkare Vallentuna Husläkargrupp, Vallentuna	22/7	22-23
Spec-läkare, allmän-/internmedicin, Arenastaden, Solna		24-25
Spec-läkare, Capio Citykliniken Singelgatan, Malmö		24-25
Spec-läkare, Din Vårdcentral Bagarmossen, Stockholm		26-27
Spec-läkare, Närhälsan, Vara Vårdcentral	30/6	24-25
Spec-läkare, SLSO, Liljeholmens akademiska vårdcentral, Sthlm		24-25
Spec-läkare, två, Vårdcentralen Nävetorp, Katrineholm		26-27
Spec-läkare, VC Fågelbacken, Skånes universitetssjukvård, Malmö		22-23
Spec-läkare, Vårdval, Hud, Gyn, BUMM, Vårdval Gustavsbergs VC, Stockholm		24-25
Spedialist i allmänmedicin, VC Bagaregatan, Nyköping		26-27
Överläkare/Spec-läkare, Vårdavd. Region Halland, Kungsbacka		24-25
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Spec-läkare, Försvarsmakten, Mali		22-23
Spec-läkare/överläkare Kärl-Thoraxklin. Univsjh , Örebro	17/7	24-25
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, Angereds Närsjukhus, Barn- & Ungdomsspec centrum, Göteborg	14/8	26-27
Barnläkare, Farsta barn- och ungdomsmottag. Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Stockholm		26-27
Spec-läkare, Vårdval, Hud, Gyn, BUMM, Gustavsbergs VC, Stockholm		24-25
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering i kirurgi, Slottsstadens Läkarhus, Malmö	6/7	24-25
Ersättningsetablering Lidingö Ortopedmedicinska Team, Stockholm	18/7	22-23
Ersättningsetablering till salu, allmänmedicin, Höör i Skåne	28/7	26-27
ÖNH-mottagning säljes, Höllviken söder om Malmö	14/9	22-23
Kollega sökes, med egen etabl./vårdavtal/vårdval eller som vill söka vårdval, Östermalms Specialistläkare, Stockholm		26-27
Överlåtelse, kataraktkirurg/ögonläkare, praktik i Hudiksvall		22-23
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläkare. Previa, Ystad		26-27
Företagsläkare/Allmänspecialist Globenhälsan, Stockholm		22-23
GERIATRIK		
Geriatriker/allmänmedicinare intr av hemsjukvård, Stuvsta VC		24-25
Specialist i Geriatrik, VC Bagaregatan, Nyköping		26-27
Spec-läkare, Allmänmed/Geriatrik, Hemsjukvård, Rosenlunds VC, Stockholm	15/8	26-27
Överläkare/Bitr.Överläkare/Spec-läkare VE Minnessjukdomar, Skånes universitetssjukvård, Malmö		26-27
Överläkare/Spec-läkare, Vårdavd. Region Halland, Kungsbacka		24-25
HEMATOLOGI		
Spec-läkare, region Jämtland Härjedalen		26-27
Spec-läk/Överläk, Hematologi & Koagulation, Sahlgrenska, Gbg	13/7	24-25
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Spec-läkare region Jämtland Härjedalen		26-27
Spec-läkare, Vårdval, Hud, Gyn, BUMM, Gustavsbergs VC, Stockholm		24-25
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Läkarchef, Spec-läk, ST-läk, 2, st, Infektionsklin, Danderyd, Sthlm		24-25
INTERNMEDICIN		
Spec-läkare inom nefrologi, Medicinklin. Länssjukhuset, Kalmar	15/8	24-25
Spec-läkare, allmän-/internmed, Arenastaden, Solna		24-25
Spec-läk/överläk, 2 st, neurologi/internmed, Landst Västernorrland		22-23
Överläkare/Spec-läkare, Vårdavd. Region Halland, Kungsbacka		24-25
KARDIOLOGI		
Överläkare/Spec-läkare, Skånevård Kryh, Ystad		24-25
KIRURGI		
Spec-läkare, Försvarsmakten, Mali		24-25
Överläkare Kirurgkliniken Lasarettet, Ljungby		24-25
KLINISK FYSIOLOGI		
Vårdenhetsöverläkare, Sahlgrenska Univsjh, Lung- & arbetsfysiologisekt., Göteborg	13/7	26-27
KLINISK NEUROFYSIOLOGI		
Spec-läkare, Neurosjukvård, möjlig VÖL,Sahlgrenska univ sjh, Gbg	7/8	24-25
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Overlege Patologisk avd. Helse Førde, Norge	1/8	26-27
LUNGSJUKDOMAR		
ST-läkare och spec-läkare till lungkliniken i Sundsvall, Sundsvall		24-25
Överläkare/Spec-läkare, Vårdavd. Region Halland, Kungsbacka		24-25
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Spec-läkare, region Jämtland Härjedalen		26-27
Överläkare/Bitr.Överläkare/Spec-läkare, Sektion gastroenterologi, Skånes universitetssjukvård, Lund		26-27
MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR		
Spec-läkare, 2 st, Njurmedicin, Sahlgrenska univ sjh, Göteborg	31/8	24-25

NEUROLOGI

Spec-läkare, region Jämtland Härjedalen		26-27
Spec-läkare/överläk, neurologi/internmed, Landst Västernorrland		22-23

OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI

MVC-läkare, Mama Mia City, Stockholm		22-23
Spec-läkare, Kvinnokliniken, Carlanderska Sjukhuset, Göteborg		22-23
Spec-läkare, Vårdval, Hud, Gyn, BUMM, Gustavsbergs VC, Stockholm		24-25
Sr consultant or leader, combined part time academic position, Oslo	30/8	26-27
Överläkare/Spec-läkare, NU-sjukvården, Kvinnokliniken, Trollhättan	26/8	24-25
Överläkare/Spec-läkare, Region Gotland	14/8	26-27
Överläkare/Spec-läkare, Skånevård Kryh, Reg Skåne , Kristianstad		26-27

ONKOLOGI

Bröst-onkolog Capio S:t Göran sjukhus, Stockholm	1/7	24-25
GI-onkolog Capio S:t Göran, Stockholm	1/7	24-25
Onkologvikariat, Kar og generell kirurgisk seksjon, Helse Fonna, Norge	3/7	26-27
Spec-läk/Vårdenhetsöverläk, Onkologi/Strålbeh, Göteborg & Borås	29/6	24-25
Uro-onkolog Capio S:t Göran, Stockholm	1/7	24-25
Verksamhetschef Onkologiska klin. Södersjukhuset, Stockholm		26-27
Överläkare/Spec-läkare, Vårdavd. Region Halland, Kungsbacka		24-25

ORTOPEDI

Spec-läkare, Försvarsmakten, Mali		24-25
Överläkare/Spec-läkare Ortopedkliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna		26-27
Överläkare/Spec-läkare, Ortopedkliniken, Södra Älvsborgs sjh	29/6	24-25

PALLIATIV MEDICIN

Läkare till palliativt team, Södra Hälsingland	15/7	26-27

PSYKIATRI

Spec-/överläkare Psykiatriska kliniken , Norrköping	1/8	22-23
ST-studierektor inom psykiatrin, Östergötland	14/8	22-23
Spec-läkare Capio Psykiatri, ÖV-mottagning, Haninge, Stockholm	15/7	26-27
Spec-läkare i psykiatri, Capio Psykiatri, Norrköping		22-23
Spec-läkare, Psykosmottagning för vuxna, Akademiska sjh, Uppsala		26-27
Spec-läkare, Rehabakademin, Solna Strand, Stockholm		26-27
Spec-läkare, Unga vuxna- och könsidentitetsmottagning, Umeå		22-23
Spec-läkare/överläkare, Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska, Göteborg	3/7	24-25
Överläkare/Spec-läkare, Vuxenpsykiatrisk mottagning, Vetlanda		24-25

RADIOLOGI

Radiolog, Avdeling for bildediagnostikk, Vestre Viken, Norge	31/7	26-27
Överläkare/Spec-läkare, Rtg-klin , Fagersta/Köping/Sala/Västerås	30/6	24-25

REHABILITERINGSMEDICIN

Overlege, Fysikalsk medisin &rehabilitering, Nordlandssykehuset HF, Norge	4/7	26-27
Spec-läkare Region Jämtland Härjedalen		26-27
Spec-läkare smärtrehabilitering, Bragée Rehab, Stockholm		26-27

REUMATOLOGI

Spec-läkare, Reumatologklini Sörmland, Mälarsjukhuset, Eskilstuna		26-27

RÄTTSPSYKIATRI

Psykiatriker Rättpsykiatriska regionklin. Region Kronoberg, Växjö		22-23

SKOLHÄLSOVÅRD

Skolläkare Värmdö kommun, Värmdö		24-25

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Anslag geriatrisk forskning, Gun & Bertil Stohnes stifelse	12/9	22-23
Anslag till diabetesforskning, Diabetesfonden	15/9	24-25
Anslag, kardiologi & ålderssjd, Familjen Janne Elgqvists stifelse	31/8	24-25
Stiftelsen Konsul Thure Carlssons Minne	16/8	22-23
Två Fellowships i pankreascancerforskning, Cancerfonden		26-27

ST-TJÄNSTER

Läkarchef, Spec-läk & ST-läk, 2 st, Infektionsklin, Danderyd, Sthlm		24-25
ST-läkare (4 st), geriatrik, neurologi &rehab. Landst Västernorrland		22-23
ST-läkare Gastroenterologi, region Jämtland Härjedalen		26-27
ST-läkare Hematologi, region Jämtland Härjedalen		26-27
ST-läkare i Reumatologi, Mälarsjh, Eskilstuna		26-27
ST-läkare internmedicin, Sjukhuset i Torsby		24-25
ST-läkare och spec-läkare till lungkliniken i Sundsvall, Sundsvall		24-25
ST-läkare Ortopedkliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna		26-27
ST-läkare Öron-,Näsa & Halssjukdomar Akademiska sjh, Uppsala		24-25
ST-läkare, Din Vårdcentral Bagarmossen, Stockholm		26-27
ST-läk, Internmed, reumatologi & geriatrik, VO Medicin, Ängelholm		26-27
ST-läkare, Neurologi, region Jämtland Härjedalen		26-27
ST-läkare, Neuropediatrik, Skånevård Kryh, Kristianstad		24-25
ST-läkare, två, Njurmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala		26-27
ST-läkare, Ögonkliniken, Mälarsjukhuset , Eskilstuna		24-25

SÄLJES / KÖPES / UTHYRES

Specialister med Vårdvalsavtal erbjuds dela lokal, Arenastaden, Solna		24-25

THORAXKIRURGI

Överläkare/bitr överläk, Thoraxkirurgi, Skånes univ sjukvård, Lund		24-25

VIKARIAT

Vik Underläkare, VO Medicin Hälsostaden, Region Skåne, Ängelholm		26-27
Vikarierande underläkare reumatologi, region Jämtland Härjedalen		26-27

VÅRDHYGIEN

Smittskyddsläkare och verksamhetschef Landstinget Sörmland		26-27

ÖGONSJUKDOMAR

Spec-läkare, Ögonkliniken, Mälarsjukhuset , Eskilstuna		24-25

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Läkarchef, Spec-läkare & ST-läkare, 2 st, Infektionsklin, Danderyds sjh, Stockholm		24-25
Läkare, Medcura		24-25
Läkare, Skandinavisk Hälsovård AB, Sverige		24-25
Spec-läkare Habilitering & Hälsa, VGR, Göteborg	4/7	22-23
ST-chef/ST-studierektor, S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm		22-23
Överläkare & underläkare, ASIH, Byle Gård, Roslagen		26-27

ÖVRIGA TJÄNSTER

Medicinsk sekreterare Capio S:t Göran, Stockholm	1/7	24-25
Närsjukvårdsdirektör, Närsjukvården i centrala Östergötland		26-27
Onkologisköterska Capio S:t Göran, Stockholm	1/7	24-25
Rektor, Karolinska Institutet, Stockholm	15/8	22-23
Verksamhetschef Onkologiska kliniken Univsjh, Linköping	11/8	26-27
Verksamhetschef, Medicinkliniken, länssjukhuset Ryhov, Jönköping		22-23
Verksamhetschef, S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm		22-23
Verksamhetschef, VO Barnmedicin, Skånes universitetssjukvård, Lund/Malmö		22-23
Verksamhetsområdeschef till Primärvården, Region Gotland	14/8	26-27

Mama Mia!

MVC-läkare 50-75%

Till Mama Mia City på Karlavägen söker vi en driven, självgående, flexibel och ansvarstagande läkare med erfarenhet inom mödravård, förlossning, gyn/obstetrik.

Mama Mia City erbjuder mödravård, barnhälsovård, gynekologi, ultraljud, preventivmedelsrådgivning, cellprovtagning, barnläkare och husläkarmottagning.

Mama Mia har avtal med Stockholms Läns Landsting.

Välkommen att kontakta
Kamilla Hagel
HR och Administrativt ansvarig
E-mail: kamilla.hagel@mamamia.se
Tel: 08-506 490 52

Skicka ansökan till kamilla.hagel@mamamia.se



Kvinnokliniken
vid Carlanderska

Specialist i gynekologi och obstetrik

Kvinnokliniken vid Carlanderska Sjukhuset i Göteborg söker ytterligare en kollega.

Vi bedriver gynekologisk öppenvårdsverksamhet samt MVC. Vi arbetar med både privatpatienter och med vårdavtalspatienter.

Nu söker vi dig som är specialist i gynekologi och obstetrik.

Välkommen med din ansökan till:
emma@gyncarlanderska.se
Tel. **031 - 81 80 79**

CARLANDERSKA

Kvinnokliniken
Carlanderska
405 45 GÖTEBORG

info@gyncarlanderska.se
www.gyncarlanderska.se

Capio Psykiatri

Välkommen med din ansökan!

CAPIO PSYKIATRI SÖKER SPECIALISTLÄKARE I PSYKIATRI TILL ÖPPENVÅRDSMOTTAGNING I HANINGE

Capio Psykiatri Haninge är en specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning som vänder sig till patienter med psykisk problematik som ryms inom specialistpsykiatrins uppdrag, som till exempel psykossjukdom, bipolär sjukdom, ADHD och emotionellt instabil personlighetsstörning. Ett annat exempel är allvarlig ångest och/eller depression som behandlats inom primärvården men utan större resultat.

Vi arbetar på uppdrag av Stockholms läns landsting. Mottagningen ingår som en av fem mottagningar i Capio Psykiatri Sydöstra Stockholm. I verksamheten finns också en enhet för mobil psykiatri som servar alla fem kommuner, Nacka, Värmdö, Haninge, Tyresö och Nynäshamn.

På Capio Psykiatri pågår ständigt utvecklingsarbete och vi har ett utbildningsvänligt arbetsklimat. Vi har en stabil personalgrupp och en aktiv läkargrupp som har ett gott samarbete. Som anställd får du goda förmåner.

Kvalifikationer: Specialist i psykiatri. Erfarenhet av allmänpsykiatrisk öppenvård är meriterande.

Personliga egenskaper: Som person är du initiativrik, förändringsinriktad och professionell. Vi lägger stor vikt vid personlig lämplighet.

Varaktighet/Arbetstid: Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Upplysningar: För mer information om tjänsten, kontakta Yolanda Sandberg, enhetschef på tel 0708-92 13 86. Har du frågor om anställningsvillkor är du välkommen att kontakta Birgitta Manner, HR Business Partner på tel 0709-415 067.

Ansökan: Välkommen med din ansökan snarast dock senast 2016-07-15. Vi kommer att starta urvalsprocessen omgående och kalla till intervju löpande.

Capio Psykiatri AB är en del av Capio AB, som bedriver hälso- och sjukvård i fyra europeiska länder. Capio AB är ett av Nordens ledande sjukvårdsföretag med verksamhet inom specialistvård, primärvård, psykiatri och beroendevård i hela Sverige. Vi förnyar, effektiviserar och utvecklar svensk psykiatri genom vårt koncept. Vi arbetar med evidensbaserade metoder och tillgänglighet är ett nyckelord för oss. Vi behandlar alla psykiatriska diagnoser, även beroende. Vi erbjuder ett varierande och självständigt arbete med hög grad av delaktighet och ansvar samt goda möjligheter till utveckling. Våra verksamheter finns i Stockholmsområdet, Östergötland, Västra Götalandsregionen och Skåne.

Två Fellowships i pankreas-cancerforskning

Sök anslag till treårigt Fellowship genom Cancerfondens särskilda satsning på pankreascancerforskning.

Läs mer på cancerfonden.se/forskning

Cancerfonden



Närsjukvårdsdirektör

Vi söker dig som vill leda Närsjukvården i centrala Östergötland in i framtiden. Du är en strategisk och tydlig ledare som utifrån vision och verksamhetsidé stakar ut vägen framåt tillsammans med dina medarbetare. Du ingår i Region Östergötlands högsta tjänstemannaledning och är direkt underställd regiondirektören.

I denna rekrytering samarbetar vi med Unik Resurs. Vid frågor, kontakta rekryteringskonsult Kristina Lind telefon 076-778 15 13. Läs mer om tjänsten och ansök på www.unikresurs.se

www.regionostergotland.se

Region Östergötland

Sachsska barn- och ungdomssjukhuset söker

Barnläkare

till Farsta barn- och ungdomsmottagning

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS

SÖDERSJUKHUSET



Vi är en del av Stockholms läns landsting

Sachsska barn- och ungdomssjukhuset söker

Sektionschef

till nya akut- och specialistvårdssektionen

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS
SÖDERSJUKHUSET

Vi är en del av Stockholms läns landsting



Vi är Västra Götalandsregionen

Just nu söker vi:

Specialist i allmänmedicin ”Hemsjukvårdsläkare”
Närhälsan Töreboda och Gullspång vårdcentral
Ref.nr: 2016/3623
Sista ansökningsdag: 2016-07-15

Vårdenhetsöverläkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område 4, Klinisk fysiologi, Lung- och arbetsfysiologisektionen
Ref.nr: 2016/3717
Sista ansökningsdag: 2016-07-13

Barnläkare
Angereds Närsjukhus, Barn och Ungdomsspecialistcentrum
Ref.nr: 2016/2768
Sista ansökningsdag: 2016-08-14

Mer information och fler jobb hittar du på:
www.vgregion.se/jobb

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Nyöppnad läkarmottagning
Mall of Scandinavia/Arenastaden i Solna

Vi söker en kollega som är specialist i allmän- eller internmedicin.

Övriga specialister med eget Vårdvalsavtal är välkomna att dela lokal med oss.

För info var god kontakta; Dr Tayeb Hosseini, info@citydoktorn.se



Verksamhetschef

Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, söker en verksamhetschef som utifrån ett processorienterat arbetssätt trivs i rollen att leda och utveckla sjukvårdande verksamhet.

Välkommen med din ansökan senast den 11 augusti 2016.

regionostergotland.se

Region Östergötland

Läkarkarriär.se

REGION SKÅNE SÖKER

ST-LÄKARE

Internmedicin, reumatologi och geriatrik
VO Medicin
Hälsostaden
Ängelholm

VIK. UNDERLÄKARE

VO Medicin
Hälsostaden
Ängelholm

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Gynekologi
VO Obstetrik-Gynekologi
Skånevård Kryh
Kristianstad

ÖVERLÄKARE/ BITR. ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

VE minnessjukdomar
Skånes universitetssjukvård
Malmö

ÖVERLÄKARE/ BITR. ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Gastroenterologi
Sektion gastroenterologi
Skånes universitetssjukvård
Lund

Alla jobb hittar du på **Skane.se/jobb**

Gör skillnad. Varje dag.

Region Skåne ansvarar för hälso- och sjukvård, kollektivtrafik och en hållbar utveckling i hela Skåne. Vårt högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne. För att lyckas i rollen tror vi att du är en god ambassadör för våra värderingar; välkomnande, drivande, omtanke och respekt.



Vi söker kollegor, överläkare och underläkare till ASIH Byle Gård ASiH Roslagen

Tillsvidare anställning med huvudsaklig placering i Roslagen

Enheten har ca 20 års erfarenhet av att bedriva ASiH, avancerad sjukvård i hemmet. Nu söker vi kollegor med stort intresse för att bedriva och utveckla ASiH och palliativ vård. För oss är det viktigt att ge medicinsk vård av hög kvalitet med patienten och närstående i centrum utan att ge avkall på en bra arbetsmiljö för våra medarbetare.

För mer information gå in på
www.forenadecare.com
eller ring verksamhetschef Carina Filipsson 0733-581692

Förenade Care

målinriktad **medarbetare** aktiv engagerad **tillsammans** nyfiken **ansvarstagande**

Välkommen att utveckla och utvecklas hos en av Sörmlands största arbetsgivare. Tillsammans skapar vi Sveriges friskaste län 2025!

Vi söker

Överläkare/Specialistläkare i Ortopedi

Ortopedkliniken, Mälarsjukhuset Eskilstuna
Ref nr RMSE-16-109

ST-läkare

Ortopedkliniken, Mälarsjukhuset Eskilstuna
Ref nr RMSE-16-108

Smittskyddsläkare och verksamhetschef

Smittskydd och Vårdhygien, Landstinget Sörmland
RLSV-16-045

Läs mer på **landstingetsormland.se/jobba**

LANDSTINGET SÖRMLAND

Vi gör aktiva val vid exponering och rekryteringsstöd och undanber oss därför direktkontakt av bemannings- och rekryteringsföretag.

Ögonfonden
SYNFRÄMJANDE FORSKNING

90 ISVENSK INSAMLINGS KONTROLL

Stöd ögonforskningen
PG 90 07 22 - 0 BG 890 - 7610
www.ögonfonden.se

Din Vårdcentral
BAGARMOSSEN

Vi söker

Leg läkare med specialistutbildning i allmänmedicin

Leg läkare med intresse av ST-block på vårdcentral

Mer info om tjänsterna och om oss på vår hemsida **www.dvcb.se**



Previa i Ystad söker

Företagsläkare

– för arbetsmedicinska tjänster och hälsofrämjande insatser

www.previa.se/karriar

Previa

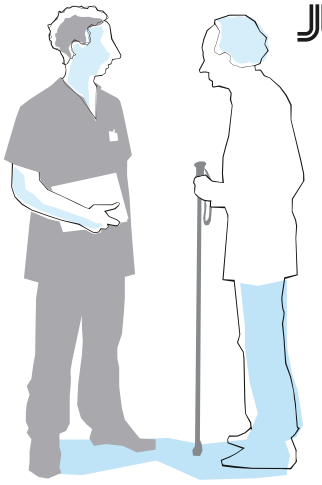
Södersjukhuset söker

Verksamhetschef

till Onkologiska kliniken

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS
SÖDERSJUKHUSET



Vi är en del av Stockholms läns landsting

AKADEMISKA SJUKHUSET

Hej, vill du bli ST-läkare inom Njurmedicin?

Akademiska sjukhuset söker nu två stycken ST-läkare i Njurmedicin - som är en del av verksamhetsområdet Specialmedicin, Hud, och Reumatologi. Här deltar du i en bred verksamhet omfattande alla njurmedicinska terapiområden. Här får du växa genom mötet med våra patienter, samarbetet med dina kollegor och de möjligheter Akademiska sjukhuset erbjuder. Läs mer om tjänsten på vår hemsida, sök efter referensnummer AS558/2016

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

ARBETSMILJÖVERKET SÖKER

ARBETSMILJÖ VERKET

Erfaren läkare/ sakkunnig

inom arbetsmedicinska frågor.
Sista ansökningsdag 15 augusti 2016

LÄS MER OM ARBETET PÅ AV.SE/OMOSS/LEDIGAJOBB

Arbetsmiljöverket | Lindhagensgatan 133 | 112 79 Stockholm | Telefon 010-730 90 00

Region Gävleborg

Läkare

till palliativt team i Södra Hälsingland.

Sista ansökningsdag 15 juli 2016.

regiongavleborg.se/jobb

RADIOLOG

Avdeling for bildediagnostikk

Referansenr. 3114691783 **Søknadsfrist: 31.07.2016**

100 % fast stilling. Tiltredelse snarest.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

frantz.no

VESTRE VIKEN

Onkolog - vikariat

Helse Fonna

Kar og generell kirurgisk seksjon

Frist: 3 juli

Kontaktperson: Helge Espelid, Seksjonsleiar (+47) 52732445

Läs mer på www.legestillinger.no



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Verksamhetsområdeschef

– primärvården

Vill du vara med och påverka framtidens primärvård på Gotland? Bra, för vi behöver dig!

Välkommen till oss där avstånden till arbete och fritid är korta och där både historia och vacker natur är ständigt närvarande.

Läs mer på
www.gotland.se/ledigajobb

Sista ansökningsdag 2016-08-14

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/ledigajobb

Region Gotland

Helse Førde HF gjev spesialisthelsetenester til innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket arbeider aktivt med pasienttryggleik, brukarmedverknad og leiarutvikling. Vi har sjukehus og psykiatriske institusjonar i seks kommunar, og vi driftar ambulansetenesta. Vi har om lag tre tusen tilsette, og budsjettet er på 2,9 milliardar kroner. Helse Førde er organisert i fire klinikkar med føretaksadministrasjonen i Førde. Helse Førde er eigd av Helse Vest RHF.

Patologisk avdeling Helse Førde søkjer

Overlege, spesialist i Patologi

OM STILLINGA
Vi har ledig fast stilling for overlege ved Avdeling for patologi ved Førde sentralsjukehus, Norge.

Referansenummer
3121964981

Kontakt
Avdelingssjef Bjørn Ståle Sund, tlf. + 47 57839594

Søknadsfrist
1 aug 2016

Utlysingstekst og søk på stillinga:
www.helse-forde.no/jobbsok

HELSE FØRDE

lakarforbundet.se
Bli medlem du också!
8 av 10 läkare är redan med.
lakarforbundet.se

När tänkte du på dig själv senast?

– Vi tänker på dig under hela din karriär

Läs mer om alla fördelar du har som medlem på **lakarforbundet.se/blimedlem**



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

UTVECKLANDE
specialistläkarjobb



- Rehabiliteringsmedicin
- Dermatologi och venereologi
- Neurologi - *även ST-läkarjobb*
- Hematologi - *även ST-läkarjobb*
- Gastroenterologi - *även ST-läkarjobb*
- Vikarierande underläkare reumatologi

** Du blir en del av ett härligt gäng som lär av och peppar varandra.*

regionjh.se/specialistläkarjobb

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Specialist i allmänmedicin/geriatrik

Rosenlunds vårdcentral hemsjukvårdsteamet

Rosenlunds vårdcentral är bemannad med tio specialister i allmänmedicin, sex ST-läkare och en AT-läkare.

Vi söker nu en engagerad och flexibel kollega, specialist i allmänmedicin eller geriatrik. Vi lägger stor vikt vid personlig lämplighet.

I teamet ingår chefsjuksköterska, sju distriktssköterskor och två undersköterskor/sjuksköterskor.

Hemsjukvården har cirka 200 inskrivna patienter.

Vi satsar mycket på regelbundna gemensamma utbildningar och individuella externa utbildningar.

Tillsvidareanställning, med sex månaders provanställning.
Fast lön. Individuell lönesättning.

För information ta kontakt med verksamhetschef Noel Mikha; helst via mejl, noel.mikha@vcr.se.
tfn 08-616 94 37/arb tfn 070 2772955 (åter från semester 14 juli).

Sista ansökningsdag: 2016-08-15
Skicka din ansökan via e-post: noel.mikha@vcr.se

Hemsida http://www.rosenlundsvardcentral.com



Fruängens Vårdcentral, Stockholm, söker

DISTRIKTSLÄKARE

Vårdcentralen ligger i Fruängens centrum med bra kollektivtrafikförbindelser, till city tar det 15 minuter. Vårdcentralen har cirka 12.000 listade patienter.

Du kommer att arbeta med sedvanliga uppgifter. Vi söker dig som är intresserad av utveckling av vårdkvalitet.

För mer information och ansökan senast 31 juli:
Verksamhetschef Lil Ragnerstam
lil.ragnerstam.09@ptj.se

Intervjuer sker löpande och tjänsten kan komma att tillsättas före sista ansökningsdag.

Praktikertjänst **www.praktikertjanst.se**

målinriktad **medarbetare** aktiv engagerad **tillsammans** nyfiken **ansvarstagande**

Välkommen att utveckla och utvecklas hos en av Sörmlands största arbetsgivare. Tillsammans skapar vi Sveriges friskaste län 2025!

Vi söker

Specialist i allmänmedicin samt Specialist i geriatrik
Vårdcentralen Bagaregatan, Nyköping
RPV-16-080

Specialistläkare i Reumatologi
Reumatologkliniken Sörmland, Mälarsjukhuset Eskilstuna
RLSV-16-044

ST-läkare i Reumatologi
Reumatologkliniken Sörmland, Mälarsjukhuset Eskilstuna
RLSV-16-047

Läs mer på **landstingetsormland.se/jobba**

LANDSTINGET SÖRMLAND

Vi gör aktiva val vid exponering och rekryteringsstöd och undanber oss därför direktkontakt av bemannings- och rekryteringsföretag.

Bragée Rehab

– vårdval smärta och utmattning, Stockholm

Specialistläkare till smärtrehabilitering

Vi är fyra team med läkare, fysioterapeuter/sjukgymnaster, psykolog och socionom som bedömer, utreder och behandlar patienter med komplicerade tillstånd på uppdrag av Stockholms läns landsting.

Vi har stor efterfrågan och behöver utöka våra resurser och söker dig som gillar att arbeta patientcentrerat, hålla högt tempo och verka i kreativ miljö med ett nytt vårdkoncept – som visar goda resultat enligt nationella jämförelser.

Erfarenhet av multiprofessionellt arbete krävs. Rehab- eller smärtspecialitet är meriterande, men huvudsaken är ett personligt intresse.

Vi är ett familjeägt företag och erbjuder goda villkor med en trevlig arbetsmiljö centralt i Stockholm.

Heltid eller minst 80% med tillträde snarast.
Vi tillämpar alltid provanställning innan övergång till fast.

Svara via brev eller mail till;
Ansvarig läkare Björn Bragée, Karlavägen 100, 115 26 STOCKHOLM
eller info@bragee.se

Ett kortfattat CV och några personliga rader räcker gott som start.

Runby vårdcentral söker

Distriktsläkare

Då en av våra specialister ska sluta så behöver vårdcentralen en ny specialist i allmänmedicin. Vi ser gärna att den som söker vill vara med och fortsätta driva och utveckla verksamheten, det finns möjlighet till framtida delägarskap. Tillträde under hösten eller enligt överenskommelse. Tjänsten är heltid, men deltid kan diskuteras.

Runby vårdcentral är en inarbetad och välfungerande privat vårdcentral belägen nära Upplands Väsby pendeltågsstation. Vi har cirka 5.500 listade patienter. Upptagningsområdet består av blandad bebyggelse med befolkning i alla åldrar. Hos oss arbetar för närvarande 3 distriktsläkare, 1 ST-läkare, 3 distriktssköterskor, 2 sjuksköterskor, 2 undersköterskor och 2 sekreterare, vi har också AT-läkare och läkarkandidater från KI.

För mer information, kontakta:
Verksamhetschef Dr Lars Åberg, lars.aberg@ptj.se
Runby vårdcentral
Runby torg 9, 194 46 Upplands Väsby

Välkommen med ansökan via e-post senast 22 juli 2016.

Praktikertjänst

Oslo universitetssykehus

Senior consultant or leader combined with a part time (20%) academic position

Division of Obstetrics and Gynaecology

Full time position (100%) as Senior Consultant or leader in the Division of Obstetrics and Gynaecology combined with a part time (20%) academic position as Adjunct Professor or Associate Professor in Medicine (Obstetrics and Gynaecology) at the Institute of Clinical Medicine, University of Oslo.

Contact info: Professor Guttorm Haugen, Acting Head of research, +47 917 81 038/+47 23 07 29 62 or Bjørn Busund, Head of the Division of Obstetrics and Gynecology, +47 922 44 888

Ref. nr. 3117706071 **Deadline: 30.08.2016**

frantz.no

For complete job description: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo University Hospital is a highly specialised hospital in charge of extensive regional and local hospital assignments and the provision of high quality services for the citizens of Oslo. The hospital also has a nationwide responsibility for a number of national and multi-regional assignments and has several national centres of competence. The hospital is Scandinavia's largest and we each year carry out more than 1.2 million patient treatments.

Rehab AKADEMIN

Vi söker specialist i psykiatri!

Vi jobbar med stort engagemang för patienter med långvarig smärta och utmattningssyndrom.

Vi utökar och behöver dig som vill arbeta i vårt teambaserade arbetssätt och bidra med dina specialistkunskaper!

Vi finns 10 minuter från T-centralen, nära t-bana Solna Strand.

Bli en del av vårt trevliga gäng!
Läs mer på www.rehabakademin.se



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Överläkare/ specialistläkare

– obstetrik och gynekologi

Välkommen till oss där avstånden till arbete och fritid är korta och där både historia och vacker natur är ständigt närvarande.

Läs mer på
www.gotland.se/ledigajobb
Sista ansökningsdag 2016-08-14

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/ledigajobb

Region Gotland

Allmänläkare

till **Optimuskliniken** i Upplands-Väsby, hel- eller deltid.
Du kanske har tröttnat på vårdvalet?
Då har vi framtidsalternativet för dig.
Mer Info:
www.optimusk.se, vd@optimuskliniken.se
mob: 070-590 4360 (Dr. Christer Olsson)
mob: 070-393 4668 (Dr. Bo Liu)

målinriktad
medarbetare
aktiv engagerad
tillsammans
nyfiken **ansvarstagande**

Välkommen att utveckla och utvecklas hos en av Sörmlands största arbetsgivare. Tillsammans skapar vi Sveriges friskaste län 2025!

Vi söker

Två specialister i allmänmedicin

Vårdcentralen Nävertorp, Katrineholm
Ref nr RPV-16-083

Läs mer på **landstingetsormland.se/jobba**

Landstinget Sörmland

Vi gör aktiva val vid exponering och rekryteringsstöd och undanber oss därför direktkontakt av bemannings- och rekryteringsföretag.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR)

Overlege - 100 % stilling

FMR`s prioriterte målgrupper er pasienter med ervervet hjerneskade og pasienter med langvarig smerte-/muskel-/skjelettlidelser, samt andre ervervede funksjonsnedsettelser uavhengig av årsak. Det er ønskelig med søker med spesiell interesse for muskel-/skjelettlidelser.

Søkeren bør være spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, men leger med annen spesialitet og assistentlege kan også søke.

Vi tilbyr et bredt og stimulerende arbeidsmiljø der du får mulighet til å være med å bidra til utvikling av avdelingen. Vi kan være behjelpelig med bolig/flytteutgifter.

Velkommen til Bodø - vakker natur og en by som blomstrer!

Nærmere opplysninger fås hos avd.overlege Aleksander Kondic tlf. +47 75 53 46 73 / +47 46 96 67 75 / Aleksander.Kondic@nlsh.no eller klinikksjef Tove Kaspersen Beyer tlf. +47 938 14 899 / tove.beyer@nordlandssykehuset.no
Ta gjerne kontakt for en uformell samtale.

Søknadsfrist: 4. juli 2016

Fullstendig utlysing og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no

frantz.no

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

AKADEMISKA SJUKHUSET

Är du läkare med specialistkompetens inom psykiatri?

Akademiska sjukhusets Psykosmottagning för vuxna, som är belägen i Psykiatrins hus ingång 10 i Uppsala, söker nu en specialistläkare inom psykiatri. Vi har en välfungerande vårdkedja mellan öppenvård, mellanvård och slutenvård. Läs mer om tjänsten och vad vi kan erbjuda dig på vår hemsida, sök efter referensnummer AS532/2016.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Etableringar och överlåtelser

ÖSTERMALMS SPECIALISTLÄKARE

söker kollega med egen etablering/ vårdavtal/vårdval eller som vill söka vårdval.

Vi har erfarenhet av vårdvalsansökan.
Läkarägd vårdvalsanpassad mottagning med plats för cirka 6 doktorer.

50 m till T-bana och bussar.

070 23 22 015 alt 073 983 62 12

www.ostermalmsspecialistlakare.se

Ersättningsetablering i kirurgi säljes Slottsstadens Läkarhus i Malmö

https://www.opic.com/upphandling/ersattningsetablering-lakarvardsersattning-specialitet-kirurgi-(region-skane-koncerninkop-kristianstad)-aid58aaa462a7f595d5374492e36e72d8d7/

Info: Docent Ralf Sundberg 070-7230441 / ralfsundberg@telia.com

Sista ansökningsdag 2016-07-06

Ersättningsetablering i Allmänmedicin i Höör i Skåne till salu!

Möjlighet att överta en omtyckt mottagning mitt i Skåne!

Vill du kunna styra din tid och ditt arbete? Då har du nu ditt tillfälle! Ekonomisk ersättning enligt nationella taxan.

Anbudsinfo: www.vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/aktuella-upphandlingar

Information om mottagningen lämnas av Dr Birgitta Molin tel: 070 2020881 eller mail: birgitta@huslakaren.nu

Anbud senast 2016-07-28, lämnas genom upphandlingssystemet Visma Tendsign

Merlot eller Bourgogne? Bli fadder medan du funderar.

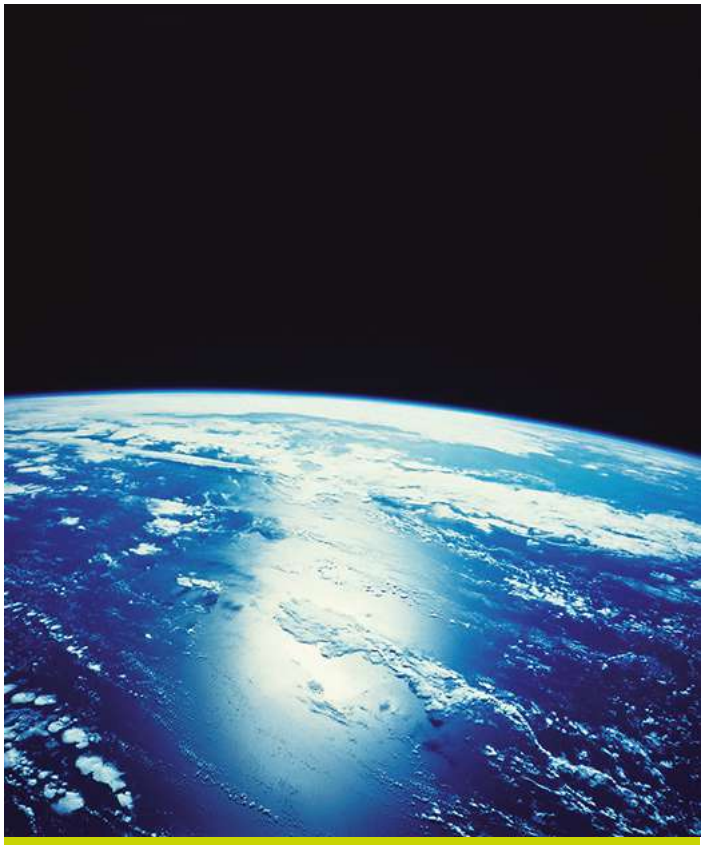


Att vara fadder kostar 200 kr i månaden och räcker till att ge ett utsatt barn friskt vatten, mat på bordet, sjukvård och utbildning. Kort sagt; ett värdigt liv.

Gå in på barnfonden.se eller ring 040-12 18 85.

Barnfonden har 90-konto och kontrolleras av Stiftelsen för Insamlingskontroll.

barnfonden
www.barnfonden.se



Ge oss kraft att förändra

Naturskyddsföreningen är en ideell miljöorganisation med kraft att förändra. Vi sprider kunskap, kartlägger miljöhot, skapar lösningar samt påverkar politiker och myndigheter såväl nationellt som internationellt. Föreningen har cirka 178 000 medlemmar och finns över hela landet.

Bli medlem eller skänk en gåva!

Läs mer på:
www.naturskyddsforeningen.se
eller ring 08-702 65 00

Naturskyddsföreningen

Naturskyddsföreningen är en ideell miljöorganisation med kraft att förändra. Vi sprider kunskap, kartlägger miljöhot, skapar lösningar samt påverkar politiker och myndigheter såväl nationellt som internationellt. Dessutom står vi bakom världens tuffaste miljömärkning Bra Miljöval. Klimat, hav, skog, miljögifter och jordbruk är våra viktigaste arbetsområden. Föreningen har cirka 178 000 medlemmar och finns i lokalföreningar och länsförbund över hela landet. På webbplatsen finns omfattande information om vårt arbete samt vår webbutik Naturbutiken.

Bli medlem, skänk en gåva eller bli företagssponsor på naturskyddsforeningen.se. Wap: mobil.naturmob.se. Telefon: 08-702 65 00. Pg: 90 19 09-2.

Ägaren av Forsmarks bruk i Uppland i slutet av 1800-talet månade om arbetarnas hälsa. Fri sjukvård för arbetarfamiljerna inrättades, besök till badhusen var gratis och goda matvaror utgjorde en del av lönen. Hälsoläget hos bruksborna finns dokumenterat i provinsialläkaren doktor **August Johan Brandts** årliga rapporter till Medicinalverket i Stockholm.



Primärvård vid Forsmarks bruk på 1870-talet

Distriktsläkaren August Johan Brandt rapporterade om arbetarnas hälsa

En svensk bruksägare insåg vikten av att ha friska arbetare. En förutsättning var en bra förebyggande hälsovård med tidiga insatser vid sjukdom. Det gällde att trygga brukens framtid och uppnå maximal hälsa för alla. I detta syfte ingick bruksägaren och arbetstagarna vid Forsmarks bruk vid mitten av 1800-talet en överenskommelse som bestod i att arbetarna avstod en krona av sin årslön och detta möjliggjorde att de fick en halv dagpenning vid sjukdom samt fri läkarvård och mediciner för sig och familjen. Till en arbetares lön hörde också en viss mängd rågmjöl, potatis, strömming, mjölk etc som innebar att arbetaren inte behövde oroa sig för om skörden blev dålig – han fick ändå sin avtalade mängd mjöl och potatis.



Forsmarks bruk i Uppland var en aktiv och i allra högsta grad levande ort på 1870-talet när doktor August Johan Brandt kom dit som läkare. Han anlände i november år 1870 från Uppsala för att börja sin tjänst som distriktsläkare och ansvarig för hälso- och sjukvården.

Invånareantalet i Forsmark år 1870 är 1 036, att jämföra med Östhammars tätort som år 1870 har 637 och Uppsala år 1870 cirka 11 500. Under året har 21 personer avlidit inom församlingen, varav sju barn under ett år, det vill säga 33 procent. Antalet födda barn är 30, och av dessa är fyra »oäkta«. Sedligheten får anses god, enligt doktor Brandt. Barnadödligheten före ett års ålder är cirka 23 procent.

Boningshusen har i allmänhet ett prydligt yttre, men bostäderna har ofta dragiga och otäta fönster och dörrar. Innanfönster saknas för det mesta, och det är svårt att hålla bostäderna varma under den kalla årstiden. De flesta har två rum

»... arbetarna avstod en krona av sin årslön och detta möjliggjorde att de fick en halv dagpenning vid sjukdom samt fri läkarvård och mediciner för sig och familjen.«



Foto: Forsmarks Bruksmuseums samlingar

Bilden föreställer hantverkare och klensmeder som verkade vid Forsmarks bruk i Uppland omkring år 1890. Ägare av bruket hade då sedan decennier insett att förebyggande hälsovård var en förutsättning för friska arbetare, och därmed för en välfungerande verksamhet.

men det innersta används mest som klädkammare och visthusbod, och i det yttre ska den ofta talrika familjen sköta sysslorna som bakning, brygd och tvätt, men också vårda sjuka, sova och äta. När eld tänds i storspisen måste dörren ställas på glänt för att dra ut röken. Den här miljön ansåg doktor Brandt var en del i den allmänt utbredda reumatismen. Även den omständigheten att ängarna är mycket låglänta, så att arbetarna får vada i vatten hela dagarna under slåttern, bidrar starkt till reumatism.

För övrigt anser doktor Brandt att det mest framstående draget i Forsmarksbornas lynne *»är en hög grad av tröghet, som ofta yttrar sig såsom halsstarrighet. Intelligensen är under medelmåttan«*. Han tillägger dessutom att *»vidskepelse och de mest vidunderliga funderingar över sjukdomarnas uppkomst och väsende föreslås ofta. Som brukets underställda erhålla läkarvård och medikamenter gratis, pläga åtminstone de närmast boende vid inträffade sjukdomsfall sända bud till läkaren, men dessa har högst sällan några exakta upplysningar om den sjukes tillstånd att meddela, utan omnämner endast anförvanternas om sjukdomen samt begär de medikamenter, som dessa anser lämpliga; vanligen Hoffmans droppar, maskfrö eller s k 'smörja', dvs hudretande yttre medel.«*

»... omständigheten att ängarna är mycket låglänta, så att arbetarna får vada i vatten hela dagarna under slåttern, bidrar starkt till reumatism.«

Doktor Brandt berättar om en kvinna som söker för värk i benen, sannolikt beroende på hög grossess, och som har smörjt in benen med vitriololja (svavelsyra). Kvinnan lade en spansk fluga på det uppkomna brännsåret för att läka (spansk fluga: torkad skalbagge, rekommenderades av den svenske läkare Nils Rosén von Rosenstein). *»Trots att en dräng skådat effekten av smörjan valde också han vitriololjan för sin åkomma. Is och kalla omslag anses lätt kunna medföra 'Rosen' – varmed folket förstår*

alla febrar och inflammatoriska tillstånd – och undvikes därför med yttersta omsorg. Får några en kontusion eller distorsion, användes därför aldrig dylikt, utan istället någon slags 'smörja', vanligen terpentin. På samma sätt behandlas även vulnera, där folket dessutom låter instoppade trasor hålla såråndarna från varandra. Och med den hos roslagsbor välbekanta envisheten fasthåller de vid sina gamla fördomar, och låter varken förnuftsskäl eller klara fakta rubba deras övertygelse.«

Doktor Brandt förvånas över en egenhet hos Forsmarksborna, nämligen att lika mycket som de fruktar för förstoppning, lika lite fäster de uppmärksamheten för diarréer. Inte så sällan svarar de att »det är inga problem med avföringen«, men vid fördjupade frågor visar det sig att patienterna under längre tid haft flera »öppningar« per dag, särskilt barnen. Eftersom matsmältningen så tidigt undergrävs, är doktor Brandt inte förvånad över att blodbrist förekommer allmänt i det uppväxande släktet.

»Den allmänt förekommande magkatarren torde ha sin orsak i kosthållningen med mycket salt mat och dålig svagdricka.«

Den huvudsakliga födan består av rågmjöl, potatis och salt fisk. Även salt och rökt kött ingår, högst sällan färskt kött. Mjölktillgången är bra då de flesta familjer har en till två kor. Svagdricka konsumeras i stora mängder, även om den ofta är illa jäst och sur. Den anses dessutom ha stärkande effekt vid sjukdom. Kaffedrickandet är bland kvinnorna så utbrett att nödvändiga födoämnen försummas. Den allmänt förekommande magkatarren torde ha sin orsak i kosthållningen med mycket salt mat och dålig svagdricka.

Barnen fick mycket mjölkvälling trots god tillgång på modersmjölk. De ansågs växa bättre på mjölkvällingen. Blev barnen griniga tillgreps den så kallade sudden som bestod av brödsmulor och socker i en linnelapp. Redan vid ett par månaders ålder övergår barnen successivt till vuxenmaten med salt sill och potatis. Härmed grundläggs den så vanligt förekommande tarmkatarren som trotsar den mest ihärdiga behandling. Denna kost bidrar också till den allmänna blodbristen, enligt doktor Brandt. Pojkar och flickor i pubertetsåldern är i allmänhet småväxta och flickorna får sin menstruation i 17–18-årsåldern.



Foto: Forsmarks Bruksmuseums samlingar

Inte bara arbetarna vid Forsmarks bruk, utan även deras familjer, omfattades av den välorganiserade preventiva sjukvården. Cirka 1910, när den här bilden är tagen, hade den förmånen redan gällt i över 40 år.

Hudskötseln är illa försummad, särskilt på vintern. På sommaren har bruksborna gratis tillgång till två badhus för varma bad och ett för duschar, som tyvärr inte besöks av så många.

Skabb är vanligt förekommande, för att inte tala om spolmask. Ytterst få barn undslipper två maskkurer per år.

I varje årsrapport som doktor Brandt skriver till Medicinalstyrelsen finns en detaljerad rapport om vilka diagnoser, och i vilket antal, som har registrerats under året.

Till de vanligaste diagnoserna hör diarré, den kroniska magkatarren som förmodligen förekommer hos minst 25 procent av befolkningen, kloros (blodbrist), spolmask, skabb, kronisk reumatism, kronisk gastroenterit hos barn och lungkatarr, varvid *»arbete under bar himmel vid kall och blåsig väderlek, dragiga bostäder och dålig fotbeklädnad torde ... haft största skulden.«* Reumatiska krämpor är lika vanliga bland de äldre som bleksoten (klorosen) hos det uppväxande släktet.

Doktor Brandt fann sedermera att klorosen i många fall sannolikt orsakas av kroniska livmoderbesvär som förekommer ganska ofta. Det är ulcerativa cervikalkatarrer, men andra uterina lidanden anträffas ofta. Han skriver att det antagligen beror dels på att barnsängskvinnorna sätter en ära i att så tidigt som möjligt lämna sängen, *»...ja, jag har en gång träffat en kvinna redan dagen efter förlossningen sysselsatt med golvskurning och långvariga blödningar under barnsängstiden hör nästan till regeln, ehuru läkare därför sällan anlitas, dels därpå att kvinnorna så litet bry sig om att genom lämpliga underplagg skydda underlivet mot temperaturväxlingar.«*

Sommaren 1873 bryter en kikhosteepidemi ut. Antalet insjuknade är 93, av vilka tre avlider. I slutet av år 1874 bröt scharlakansfeber ut och spred sig hastigt under 1875. Sjuttio fall, varav fyra med dödlig utgång.

Mässlingen tog fart 1875 och drabbade *»1/5 av befolkningen, 222 st varav 7 avled«.* Vaccination: Klockaren P A Pettersson, som avlönas med 33 öre för varje vaccination, samt årligen en kollekt. Nästintill samtliga barn vaccinerades mot smittkoppor.

En utexaminerad intrumentbarnmorska var anställd av bruksägaren och samtliga barnaföderskor anlitade henne.

Något apotek fanns inte. Läkaren hade ett förråd av de vanligaste medicinerna.

Bruket inrättade ett litet »sjukhus«, två sjukrum och två sängar avsett för operationsfall och svårare sjuka som bodde avlägset.

»Redan vid ett par månaders ålder övergår barnen successivt till vuxenmaten med salt sill och potatis.«

År 1872 var Forsmarks folkmängd 1 053; 117 hade uppnått 60 års ålder och 46 personer var över 70 år. Bruksstyrelsens insatser för bruksbornas väl och ve hade en *»förslöande effekt i psykiskt avseende, men däremot en god inverkan kroppsligen«*, anser doktor Brandt. *»Mitt intryck är att människorna i allmänhet var väl omhändertagna från vaggan till graven.«* Och som slutkläm till att så många ändå uppnådde hög ålder skriver doktor Brandt: *»Den friska havsluften och ett nyktert levnadssätt torde väl ha bidragit till detta.«*

Tommy Åkerblom,
leg läkare, pensionerad, Uppsala

Läkartidningen arrangerar

Läkartidningens symposier 2016

Under 2016 planerar Läkartidningen följande symposier och seminarier:

● **Almedalen**	Visby 4–7 juli
● **Ögonsjukdomar**	Stockholm 21 september
● **Diabetes i primärvården**	Stockholm 28 september
● **Psykiatri i primärvården**	Stockholm 18 oktober
● **Osteoporos**	Stockholm 9 november
● **Endometrios**	Stockholm 15 november
● **Palliativ medicin**	Stockholm 23 november
● **Kardiologi i primärvården**	Göteborg 29 november
● **Personlighetssyndrom**	Stockholm 7 december

Välkommen!

Preliminära datum. Uppdaterad information kommer i tidningen och på Läkartidningen.se/event

Läkartidningen

Beställ Läkartidningens kunskapsböcker

FÖRMAKSFLIMMER Cirka 40 procent av patienterna med förmaksflimmer saknar adekvat behandling. Ett allt större intresse bland kliniker och forskare har gjort att forskning och behandling utvecklas allt snabbare.

DIABETES TYP 2 Allt fler människor i Sverige har typ 2-diabetes, vilket främst beror på minskad mortalitet hos personer med sjukdomen. Den här boken syftar till att ge en samlad bild av den senaste utvecklingen inom såväl diagnostik som behandling.

KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM Intresset för KOL har ökat på senare år. De flesta patienter diagnostiseras och behandlas i primärvården, men KOL är fortfarande en underdiagnostiserad sjukdom.

VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.

ÅNGESTSJUKDOMAR Cirka var fjärde person drabbas av ångestsyndrom under sin livstid. Medianåldern för insjuknande är 11 år. Ofta är tillstånden kroniska. Läkartidningens bok om ångestsjukdomar har relevans för hela läkarkåren.

YRSEL Yrsel är en felsignal som talar om att informationen från sinnessystemen inte stämmer överens. Den här boken fokuserar på de vanligaste yrselsjukdomarna och ger handfasta råd om handläggning.



Läkartidningen Förlag AB

Klipp ut och posta!

JA TACK, JAG VILL GÄRNA BESTÄLLA LÄKARTIDNINGENS MEDICINSKA KUNSKAPSBÖCKER.

ANTAL		
☐	**FÖRMAKSFLIMMER**	220 kr
☐	**DIABETES TYP 2**	195 kr
☐	**VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING**	230 kr
☐	**KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM**	230 kr
☐	**ÅNGESTSJUKDOMAR**	230 kr
☐	**YRSEL**	245 kr

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

Priserna är inkl moms, frakt tillkommer. Det går också bra att beställa på Läkartidningen.se
Vid beställning över 50 ex, mejla din order till marknad@lakartidningen.se

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

»Viktigast inom global hälsa är att göra något nu – även om det är lite«

Du sitter med i planeringskommittén för höstens konferens i Umeå om global hälsa. Varför arrangera en sådan sammankomst?

– I en globaliserad värld blir utbildning i global hälsa allt viktigare och intresset växer på de medicinska utbildningarna, bland kliniskt verksamma kollegor och forskare. Alla sju medicinska fakulteter i Sverige sänder representanter till konferensen för att diskutera vad vi kan lära oss av varandra och av andra universitet i världen och hur vi kan förbättra samarbetet sinsemellan.

Vilka är de viktigaste frågorna inom global hälsa?

– Ojämlikheterna i världen är fortfarande enorma. Varje år dör nästan sex miljoner barn före sin femte födelsedag, 16 000 barn varje dag. De flesta av dessa dödsfall skulle kunna förebyggas eller behandlas med relativt enkla medel. Det nya ramverket för global utveckling, »Agenda 2030«, och de så kallade hållbarhetsmålen som antogs av FN i september 2015 visar väl hur hälsa, fattigdom, jämställdhet, ekonomiska och sociala klyftor, fred, tillväxt och klimatförändringar hänger samman.

När började du att intressera dig för ämnet global hälsa?

– Jag har alltid varit intresserad av internationella frågor, men bestämde mig för att jag ville arbeta med dessa frågor under ett projektarbete i Uong Bi i norra Vietnam under studietiden på läkarlinjen.

Hade du några personliga motiv till ditt val?

– Inom global hälsa kan jag kombinera mitt intresse för internationella frågor och hälsa. Bredden inom global hälsa är också mycket stimulerande; det ger mig möjligheter att samarbeta med alltifrån andra kliniker till ingenjörer, antropologer, statistiker, statsvetare och många andra yrkesgrupper. Alla har något att tillföra.



Foto: Ewa Eriksson

Tobias Alfvén leder Läkaresällskapets kommitté för global hälsa och hoppas engagera nya kollegor som vill arbeta med området.

Varför blev du själv läkare?

– Det var inget självklart val för mig, jag var osäker efter gymnasiet. Jag visste att jag ville arbeta internationellt och gärna med människor, men inte i vilken form. Jag bestämde mig på Malta, där jag 20 år gammal under ett år arbetade som handikappassistent för en tolvårig kille med Duchennes muskeldystrofi.

Vilka erfarenheter har du av fältarbete inom global hälsa?

– Jag har haft två längre utlandsplaceringar för FN, först i Hanoi i Vietnam där jag arbetade nationellt i knappa tre år, och sedan i Genève där jag arbetade på global nivå framför allt med hiv-frågor och kring FN:s millenniemål. Senast var jag i sydvästra Etiopen inblandad i ett projekt om hur byhälsopersonal ska bli bättre på att handlägga barn med feber av oklar genes.

Någon personlig insats eller resultat som du är stolt över?

– Enskilda patientmöten där något blivit särskilt bra kan få mig att känna stolthet. På ett annat plan är jag stolt över arbetet jag gjorde i FN:s expertgrupp för millenniemålen. Vi hade ansvar för den årliga rapporteringen och det vi publicerade är FN:s mest nedladdade rapport.

Ditt viktigaste projekt just nu – i jobbet eller privat?

– Vet inte om jag tycker att familjen kan eller ska beskrivas som ett projekt, men om jag måste välja något som jag försöker prioritera så blir det familjen. Annars är det viktigt att vi inom kommittén för global hälsa får till en bra konferens i Umeå.

Ett gott råd till kollegor som vill engagera sig i global hälsa?

– Det viktigaste är att inte vänta utan att göra något, även om det är något litet. Åk på ett utbyte, engagera dig i ett samarbetsprojekt, i forskning eller arbete i ett annat land. Ta emot en nyanländ kollega för praktik, bli fadder. Huvudsaken är att börja någonstans. Nu.

Gabor Hont

TOBIAS ALFVÉN

YRKE: Barnläkare, med dr, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset och Global hälsa vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.

ÅLDER: 44 år.

FAMILJ: Fru och två barn.

BOR: Stockholm.

AKTUELL: Ordförande i Svenska läkaresällskapets kommitté för global hälsa. Arbetar med planeringen av höstens konferens i Umeå den 26–27 oktober om utbildning i global hälsa.

Redaktör: Gabor Hont 08-790 34 80
gabor.hont@lakartidningen.se

NYTT OM NAMN



Foto: Mattias Pettersson

Nelson Gekara i Umeå får pris för sin forskning. Han använder olika modeller för att se hur mikroorganismer interagerar med värdar.

FERNSTRÖMPRIS FÖR STUDIER AV IMMUNFÖRSVARET

Nelson Gekara, gruppledare vid Laboratory for Molecular Infection Medicine Sweden (MIMS) och institutionen för molekylärbiologi i Umeå, har tilldelats Eric K Fernströms pris för 2016 av medicinska fakulteten vid Umeå universitet.

Hans forskning fokuserar på reglering av det medfödda immunförsvaret i relation till infektionssjukdomar och DNA-skada. Han arbetar med flera olika modellorganismer för att studera hur mikroorganismer interagerar med sin värd och hur immunreaktioner skapas och regleras.

ALLMÄNLÄKARVÄN FÖRSÖKER »TÄNKA SOM I PRIMÄRVÅRDEN«

Kristina Wallman, överläkare vid medicinkliniken på Falu lasarett, har valts till »Årets allmänläkarvän« i Dalarna.



Kristina Wallman

Hon får utmärkelsen för att under en hel yrkeskarriär alltid ha »... haft ett gott öga till och varit en hjälpande hand för allmänläkarkåren i Dalarna«, enligt motiveringen till priset. »Som allmänläkarvän har Kristina Wallman i sin undervisning och sina konsultationssvar försökt att tänka som en läkare i primärvården – och inte velat få oss att tänka som en läkare i sjukhusvården ... Närhelst vi önskat en uppdatering på det hematologiska området har Kristina kommit för att föreläsa, gärna och bra – och alltid med en vilja till förståelse för allmänläkarens arbetssituation«, heter det vidare i motiveringen.

NY PROFESSOR FORSKAR KRING BAKTERIELL VAGINOS

Per-Göran Larsson, tidigare överläkare på kvinnokliniken, Skaraborgs sjukhus, installerades den 28 maj som professor i obstetrik och gynekologi vid institutionen för klinisk och experimentell medicin på Universitetssjukhuset i Linköping.



Per-Göran Larsson

Parallellt med sin forskning, företrädesvis kring bakteriell vaginos, har Per-Göran Larsson arbetat som kliniker på kvinnokliniken i Skövde. Från början var han obstetriker men på senare tid har han också varit verksam som gynekolog.

NYA DOCENTER

Vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet, har antagits som docenter **Andreas Tillmar** i forensisk genetik, **Petter Dyverfeldt** i fysiologi, **Karin Cederbrant** i experimentell klinisk patologi med inriktning mot immuntoxikologi och **Agneta Andersson** i utvärdering och hälsoekonomi.

AVLIDNA

Lars Bertil Nilsson, Västervik, 89 år, död 20 april

Karin Stenstedt, Bromma, 87 år, död 23 april

KALENDARIUM

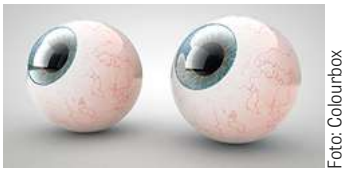


Foto: Colourbox

Frivillig specialistexamen i ämnet ögonsjukdomar äger rum i Lund den 7 och 8 november 2016. Examinationen består av en skrivning dag ett samt en muntlig examination dag två. Deltagare i examinationen bör vara färdig specialist eller i slutet av sin specialistutbildning.

För närmare information och anmälan kontakta Kristina Tornqvist, ögonkliniken, Skånes universitetssjukhus i Lund, telefon: 042-406 25 77, e-post: kristina.tornqvist@skane.se

Läs mer!
Ett fullständigt kalendarium finns på Läkartidningen.se

Preliminär anmälan önskas senast den 23 juni och slutgiltig senast den 15 augusti.

IHE Forum 2016: »Disruptiva innovationer – banbrytande förändringar för vården i vardagen«.

Plats: Grand Hotel, Lund. Datum: 8–9 september 2016. Arrangör: IHE – Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.

För program och mer information, se webbplatsen eller kontakta Katarina Gralén, e-post: katarina.gralen@ihe.se eller Hanna Norrlid, e-post: hanna.norrlid@ihe.se

● **www.ihe.se**

En kurs i basal gastroskopi och koloskopi anordnas av Västra Götalandsregionen. Utbildningen är till för läkare och sjuksköterskor och hålls i Göteborg. Kursstart den 7 september. Utbildningen sträcker sig över fyra terminer. Kursledare: Per-Ove Stotzer, medicinsk gastroenterolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

● **https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Utbildning/Endoskopiutbildning/**

Kurs för utfärdare av tjänstbarhetsintyg: «Tjänstbarhetsbedömning i arbete med stor fysisk påfrestning (EDTC level 1 MED Medical Examiner of Divers)«. Kursen vänder sig till läkare som utfärdar tjänstbarhetsintyg, färdiga och blivande specialister i yrkes- och miljömedicin samt företagshälsovård och till företagssköterskor som arbetar med medicinska kontroller i arbetslivet. Kursen ger 1,5 högskolepoäng.

Datum: 21–23 september. Plats: Arbets- och miljömedicin, Medicinaregatan 16, Göteborg. Pris: 7 000 kronor plus moms. Lunch och kaffe ingår, kostnad för kurslitteratur tillkommer.

För frågor och anmälan, kontakta Cecilia Ohlsson, telefon: 031-786 36 07, e-post: cecilia.ohlsson@amm.gu.se

Läkartidningen **Adress:** Box 5603, 114 86 Stockholm **Besöksadress:** Östermalmsgatan 40 **Telefon:** 08-790 33 00
Webb: Läkartidningen.se **E-post:** fornamn.efternamn@lakartidningen.se

Chefredaktör och ansvarig utgivare: Pär Gunnarsson
Medicinsk huvudredaktör: Jan Östergren
Redaktionschef och stf ansvarig utgivare: Karin Bergqvist
Medicinska andreredaktörer: Anne Brynolf, Michael Wilczek
Nyhetschef: Elisabet Ohlin
Marknads- och annonsdirektör: Ulf Jansson
Medicinska redaktörer: Anne Brynolf, Margaretha Bågedahl-Strindlund, Ylva Böttiger, Pelle Gustafson, Stefan Johansson, Lena Marions, Carl Johan Sundberg, Carl Johan Östgren
Sekretariat: Inga-Maj Lagerholm
Administration/ekonomi: Yvonne Bäärnhielm
IT: Mats Kardell
Grafik: Typoform (om inget annat anges)
Korrektur: Lennart Werner
Redaktion: Anna Sofia Dahl (vik), Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Maj-Lis Koivisto (vik) Felicia Lindberg (tjl), Michael Lövtrup, Marie Ström (tjl), Madeleine Ramberg Sundström, Birgit Wilhelmson
Marknads- och annonsavdelning: Hélène Engström, Håkan Holmén, Eva Larsson, Göran Sterner
● annonser@lakartidningen.se
Prenumerationer: Hélène Engström 08-790 33 41
● pren@lakartidningen.se
Läkartidningen Förlag AB Hans Dahlgren (vd)
TS-kontrollerad upplaga: 42 600 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva) 1652-7518 (webbupplaga)
Tryckeri: V-TAB
Sveriges läkarförbund – Den medicinska professionens organisation

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium



Ögonsjukdomar

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET, STOCKHOLM, 21 SEPTEMBER

Utvecklingen inom ögonspecialiteten har gått oerhört snabbt under de senaste årtiondena. I början av 1980-talet vågade man inte sätta in intraokulärlinser efter kataraktoperationer på patienter under 60 år och nu sker det på i princip nyfödda efter operation för kongenital katarakt. Makuladegeneration ansågs tills ganska nyligen vara en obotlig sjukdom, och vi ser i dag att patienter med glaukom mäter trycket själva med handhållna tonometrar. Vi kommer under detta symposium att få ta del av denna snabba utveckling i form av ett par nedslag i modern oftalmologi.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 21 SEPTEMBER, 2016

12:00–13:00	**Registrering och lättare lunch**
13:00–13:05	**Inledning** Professor Jan Ygge, Karolinska institutet
13:05–13:30	**Keratokonus** Professor Anders Behndig, Norrlands universitetssjukhus
13:30–13:55	**Makuladegeneration – en sjukdom i den biomedicinska frontlinjen** Adj professor Anders Kvanta, Karolinska institutet
13:55–14:20	**Nya diagnostiska metoder och behandlingsstrategier vid glaukom** Docent Boel Bengtsson, Lunds universitet
14:20–14:45	**Kaffe**
14:45–15:15	**Nyföddhetsretinopati** Professor Ann Hellström, Göteborgs universitet
15:15–15:40	**Uveiter** Talare meddelas inom kort
15:40–16:05	**Katarakt** Talare meddelas inom kort
16:05–16:30	**Botulinumtoxinets användning inom oftalmologin** Professor Jan Ygge, Karolinska institutet
16:30–17:00	**Sammanfattning**

Moderator: Professor Jan Ygge Karolinska institutet

Programansvariga: Professor Jan Ygge och Läkartidningen

Välkommen!

PRIS: 1 895 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i SLF erhåller 300 kr rabatt. Penionär och medlem i SÄL betalar 300 kr + moms. Pensionär och medlem i SLF erhåller 50 % rabatt. Studenter betalar 500 kr + moms.
Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.
TID & PLATS: 21 september 2016 kl 12:00–17:00. Stora salen, Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm .

Programoch anmälan:
Läkartidningen.se/events

Läkartidningen

POSTTIDNING B-Economic
Returadress: LÄKARTIDNINGEN
S-114 86 STOCKHOLM

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till fortbildningsdag

Diabetes i primärvården

Svenska Läkaresällskapet, Stora salen, Stockholm, den 28 september, 2016

I takt med att fler behandlingsalternativ för behandling av typ 2-diabetes blir tillgängliga ökar svårigheten att orientera sig bland de olika valmöjligheterna.
Hur ska man kliniskt använda äldre och nyare preparat för reglering av blodsocker i ljuset av nya forskningsresultat? Vad gäller angående lipider och blodtryck för att förebygga ateroskerotisk sjukdom? Vi reder ut begreppen!

Preliminärt program den 28 september, 2016

12:00–13:00	Registrering och lunch
13:00–13:05	Inledning Prof. Carl Johan Östgren, Linköpings univ.
13:05–13:30	Prevention Med dr Margareta Hellgren, Hentårps vårdcentral
13:30–13:55	Diagnostik Med dr Viveka Gyberg, Karolinska institutet
13:55–14:20	Målvärden Prof. Mikael Rydén, Karolinska institutet
14:20–14:50	Kaffe
14:50–15:25	Perorala diabetesläkemedel samt GLP-1 Med dr Magnus Löndahl, Lunds univ.
15:25–15:50	Insulinbehandling i primärvården Prof. Björn Eliasson, Göteborgs univ.
15:50–16:10	Bensträckare
16:10–16:35	Mål och behandling av blodtryck och lipider Prof. Mikael Dellborg, Göteborgs univ.
16:35–16:50	Sammanfattning

Moderator och programansvarig
Professor Carl Johan Östgren

Pris
1 895 kr + moms. Lättare lunch och kaffe är inkluderat.
Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50% rabatt. Pensionär och medlem i Sveriges äldre läkare (SÄL) betalar 300 kr + moms. Studenter betalar 500 kr + moms. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.
Anmälan och program: lakartidningen.se/events

Utställare: novo nordisk® Boehringer Ingelheim