KOMMENTAREN
Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer

NYHETER
Västerbotten modell för folkhälsoarbete

Läkartidningen

#43 2016

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 26 Oktober 2016 • vol 113 • 1837–1904



ATT FÖRSTÅ PATIENTENS SMÄRTA

Central sensitisering kan förklara långvariga smärttillstånd

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: Johan Gunséus

Läkartidningen besökte Norsjö, där Norsjöprojektet startade för drygt 30 år sedan. Kerstin Eriksson, Inger Lundgren och Susanna From var alla med från starten.

#43 2016

26 oktober till 1 november



Central sensitisering bakom svårbehandlad specifik smärta.

Illustration: Jakob Robertsson/ Typoform

Läs om Norsjö och fundera på folkhälsan

FOLKHÄLSOARBETET är i fokus för denna veckas reportage, som börjar på sidan 1848. Läkartidningen har besökt Norsjö i Västerbotten, där det omtalade Norsjöprojektet skapades för över 30 år sedan.

Bakgrunden var en studie som visade att Västerbotten hade högst hjärt-kärldödlighet i landet, 40 procent högre än Halland, den region som låg lägst. Efter diskussioner beslutade landstinget att starta ett förebyggande program och att modellen skulle testas i den kommun där hjärt-kärldödligheten var högst: Norsjö.

I dag heter verksamheten Västerbottens hälsoundersökningar, VHU. Alla västerbottningar kallas till hälsoundersökning på sin hälsocentral det år de fyller 40, 50 och 60. Och de flesta kommer.

I EN STUDIE har det visat sig att »dödligheten inom målgruppen för hälsoundersökningarna, alltså alla västerbottningar som fyllde 40, 50 eller 60 år under perioden, var nästan 10 procent lägre än dödligheten hos motsvarande åldersgrupper i hela Sverige«.

Hälsoundersökningar av friska är en omdiskuterad verksamhet i Sverige. Men det finns all anledning att läsa om verksamheten i Västerbotten och fundera över hur den kan inspirera det egna folkhälsoarbetet.



Pär Gunnarsson, chefredaktör

▼ NYHETER

1842 Fikru Marus dom: Fängelse i fyra år och åtta månader

1843 Paolo Macchiarini har JO-anmält CEPN

1844 Smer: Etiskt försvarbart med medicinsk åldersbedömning

1846 SLF Student vill ha nya kriterier för att avskilja läkarstudent

1848 Västerbotten modell för folkhälsoarbete: Allt började i Norsjö

1852 Forskning visar: Hälsoundersökningarna räddar liv

▼ DEBATT

1856 Vaginal subtotal hysterektomi = sant

1857 Betydelsen av bra ledare och chefer

▼ KRÖNIKAN

1859 »Jag är specialist i allmänmedicin – och i att vara den mest erfarna utan någon erfarenhet«

▼ KULTUR



1898 Extracellulär autofagi

1900 Noterat: Kommer du ihåg mig?

▼ KLINIK & VETENSKAP

1862 Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer ger också folkhälsoperspektiv och råd åt beslutsfattare Kommentaren

1864 Nya rön: Screening för bukaortaaneurysm hos män är ännu kostnadseffektiv

Kliniska aspekter vid njur- och njurtransplantatbiopsier i Sverige

1866 Central sensitisering bakom svårbehandlad specifik smärta. Smärtmekanism vid fibromyalgi kan förklara även organrelaterade långvariga smärttillstånd Översikt

1872 Program för EU-utbildade läkare överbryggar kulturella skillnader Utbildning & Forskning

1877 Laparoskopisk kolorektal kirurgi inte längre en ful ankunge. Andelen laparoskopiska operationer ökar i Sverige Rapport



Foto: Rebecka Uhlin

1901 Möt Neman Ghafouri, läkaren som delar sin tid mellan att vara stafettläkare i Sverige och Norge och att driva en egen klinik i ett kurdiskt flyktingläger.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

1841 SIGNERAT Nya regioner ger ingen lösning för sjukvården

1882 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

1884 LEDIGA TJÄNSTER Med platsannonser

1901 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 2 november.

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).

Välj LIXIANA® (edoxaban)

– En dos per dag

BÄTTRE BLÖDNINGSPROFIL

Signifikant riskreducering av allvarliga blödningar vs. välbehandlade warfarinpatienter[1a]

ENKEL OCH SMIDIG DOSERING

En tablett, en gång per dag, med eller utan mat[2]

once-daily Lixiana® edoxaban

BEVISAD EFFEKT

Non-inferior jämfört med välbehandlade warfarinpatienter vid profylax av stroke/SEE[1]

STÖRSTA NOAK NVAF STUDIEN HITTILLS*

21 105 patienter ingick i ENGAGE AF-TIMI 48[1]

TLV belyser att LIXIANA® har en **effekt** och **säkerhetsprofil** jämförbar med övriga **NOAK**[3]

Referenser:

1. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E et al. NEJM Edoxaban versus Warfari n in Patients with Atrial Fibrillation 2013;369(22):2093–2104.
2. LIXIANA®, Summary of Product Characteristics, Aug 2016.
3. www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/Lixiana-ingar-i-hogkostnadsskyddet/

NOAC = non-Vitamin K antagonist oral anticoagulant; NVAF = nonvalvular atrial fibrillation; SEE = systemic embolic events;

* TO DATE = May 2016

a In NVAF, the primary safety endpoint of ENGAGE AF-TIMI 48 was the incidence of adjudicated major bleeding vs. well-managed warfarin. Bleeding endpoints were defined based on criteria from the International Society on Thrombosis and Haemostasis

once-daily Lixiana® edoxaban

Daiichi-Sankyo

Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

Copyright © 2016 MSD (Sweden) AB. All rights reserved.

MSD

MSD 08-578 135 00, msd.se

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2016.

▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna. **KONTRAINDIKATIONER:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne • Kliniskt signifikant, aktiv blödning. • Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. • Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. • Okontrollerad svår hypertoni • Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, rivaroxaban, apixaban etc.), förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen.
GRAVIDITET OCH AMNING: Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor.
Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se

CARD-1199024-0000, OCT 2016

Nya regioner ger ingen lösning för sjukvården

En ny Sverigekarta kommer snart behandlas i riksdagen. Tyvärr bygger förslaget i liten utsträckning på hur behoven av sjukvård ska tillgodoses.

En reformerad indelning av landet behöver bygga på målsättningen att skapa förutsättningar för en bra och ändamålsenlig struktur och funktionalitet för sjukvården. En central fråga i det aktuella förslaget från indelningskommittén borde därför vara att skapa förutsättningar för en bättre, tillgängligare och mera jämlik sjukvård. Men icke. Utredningens underlag på dryga 600 sidor avhandlar konsekvenserna för sjukvården på några få sidor. Det är förvånande med tanke på att tillhandahållandet av sjukvård är ett av samhällets viktigaste uppdrag.

90 procent av landstingens budget går till sjukvård, och samtidigt gick hälften av landstingen i Sverige med underskott förra året. Det borde få larmklockorna att ringa högt. Enligt SKL:s egna beräkningar skulle landstingen i snitt behöva höja skatten med 75 öre bara de närmaste åren. Tillgången till vård är mycket olik över landet. Sverige riskerar att hamna i en allt allvarligare situation där glesbygd står mot storstad när det gäller tillgång till sjukvård. Det är en utveckling som redan börjat synas. Jag besökte nyligen Region Jämtland Härjedalen. 2015 gick regionen med över 230 miljoner i underskott – de har en svår sits med stor glesbygd och en läkarkår med hög genomsnittsålder. Om Sverige menar allvar med att vi ska ha en jämlik vård som utgår från patientens behov är det orimligt att en glesbygdsregion med sviktande skatteunderlag ska bära hela ansvaret själv. Här måste både SKL och staten ta ett större ansvar för att säkerställa vård utifrån behov i hela landet.

»Det är som att inte tala om elefanten i rummet.«

Indelningskommitténs förslag på nya regionala gränsdragningar skulle visa hur stat och landsting bättre kunde samverka. Det finns flera positiva delar i ett sådant resonemang, särskilt inom statsförvaltningen. Det är helt enkelt inte hållbart att statliga myndighetsgränser ser olika ut. En förändrad regional nivå syftar också till att öka de strukturella sambanden, stärka arbetsmarknadsstråken och ge staten en regional part att förhandla med i större infrastruktursatsningar. Det är i sig viktiga frågor väl värda att diskutera.

Men landstingens och regionernas huvudsakliga ansvarsområde – sjukvården – har oförklarligt hamnat i skymundan. Detta trots att hälso- och sjukvården står för den absoluta största delen av landstingens verksamhet. Om det behandlas så svepande kanske det inte är rimligt att landstingen har så stort ansvar för sjukvården.

Läkarförbundet tog i maj beslut att vi ser färre regioner i Sverige framför oss. Men inte på vilka villkor som helst. Regionbildning är inget självändamål utan en väg att gå för att uppnå en likvärdig sjukvård för hela befolkningen. Vi accepterar inte nya inlåsningseffekter. Det nuvarande remisskravet över länsgränser i slutenvården begränsar patientens rätt att välja. Det är en stor risk att nya regiongränser cementerar vårdmurarna ytterligare om remisskravet i patientlagen inte slopas.

I Läkarförbundets svar till indelningskommittén, som baserar sig på inlagor från lokalföreningar, yrkesföreningar och specialistföreningar i hela landet, har vi varit tydliga med just detta. Vi behöver färre hinder, och den administrativa överbyggnaden över svensk hälso- och sjukvård behöver minska.

Det är också oroande att regionsammanslagningar inte frigör eller genererar mer pengar till sjukvården. När SKL i juni presenterade sin årsredovisning för 2015 beräknade man att kostnadsökningstakten i svensk sjukvård landade på tre procent över de generella indexuppräkningarna. Det innebär i praktiken att de flesta kliniker och vårdavdelningarna i landet fick ett sparbeting, som drabbar en redan hårt prövad sjukvård. Indelningskommittén presenterar inga svar när det gäller denna knäckfråga. Det är som att inte tala om elefanten i rummet. Hur ska vi ha råd med hälso- och sjukvården i framtiden? Att spara, eller »osthyvla«, i samma takt som vi har gjort senare år dränerar sjukvården på resurser och visioner. Oavsett hur regionreformen landar i Sveriges riksdag är Läkarförbundets krav att tillsätta en parlamentarisk utredning om sjukvårdens framtida finansiering mer akut i dag än någonsin.



Heidi Stensmyren
ordförande,
Läkarförbundet

ordforande@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Fikru Marus dom: Fängelse i fyra år och åtta månader

Den svenske hjärtläkaren Fikru Maru, som suttit häktad i Etiopien i 3,5 år utan dom, dömdes i måndags till fängelse i fyra år och åtta månader. Enligt hans advokat kan det innebära att han släpps på fri fot direkt.



Foto: Henrik Montgomery/TT

Från en manifestation för frigivandet av Fikru Maru i Humlegården i Stockholm den 5 oktober i år.

Brottet är enligt domstolen kännedom om korruption på ministernivå. Fikru Maru hävdar själv att han är oskyldig.

– Det handlar om att han skulle ha varit medveten om och känt till att turismministern utövat otillbörlig påverkan på åklagaren i »tullmålet« och har förmått honom att lägga ned det målet mot Fikru, säger Fikru Marus advokat Hans Bagner.

Under måndagen, strax före denna tidnings pressläggning, meddelade domstolen i Addis Abeba påföljden. Fikru Maru ska även betala cirka 3 000 dollar i böter.

– Det är ett beklagligt beslut, men inte överraskande. Det hade varit dramatiskt om de sagt att han var oskyldig efter att ha hållit honom fängslad i tre och ett halvt år, säger Hans Bagner.

Han hoppas och tror att domen innebär att Fikru Maru släpps fri och kan komma hem till Sverige inom kort.

– Nu jobbar vi för att han ska bli frisläppt omgående och få åka hem. Han har rätt att räkna av en tredjedel av den strafftid som han har blivit dömd till och gör man det har han tjänat av sitt straff under den tid han suttit i häktet.

Fikru Maru är svårt sjuk sedan en och en halv månad tillbaka, då hans lunga kollapsade. Hans hälsotillstånd är fortsatt dåligt, och enligt Bagner är han i behov av en operation.

– Han mår inte bra och läget är mycket osäkert. Det är angeläget att han får komma hem och får adekvat läkarbehandling.

Fikru Maru har varit fängslad utan dom i Etiopien sedan i maj 2013, misstänkt för kännedom om korruption i en korruptionshärva kring landets tullminister. Rättegången ägde rum i mars 2015, men domstolen i Etiopien har gång på gång skjutit upp domen, eftersom detta är en del i ett mycket större mål. Fredagen den 21 oktober åkte domarna till Fikru Maru, som befinner sig på ett sjukhus, och meddelade att han är skyldig. På måndagen meddelades påföljden.

Maj-Lis Koivisto, Marie Ström

Läs mer! Läs senaste nytt om Fikru Maru på Läkartidningen.se

Dyrt att placera patientsängar fel på NÄL

Arbetsmiljöverket tar i med hårdhandskarna för att få bukt med överbeläggningarna inom NU-sjukvården. Sedan första oktober kostar varje felplacerad patientsäng på medicinkliniken 300 000 kronor.

Från första oktober började Arbetsmiljöverkets förbud mot att placera patientsängar i korridorer, eller så att de på annat vis försvårar arbetet, att gälla på Norra Älvsborgs länssjukhus (NÄL) i Trollhättan. Det innebär att varje felplacerad säng på medicinkliniken kommer att kosta NU-sjukvården 300 000 kronor.

Det var i slutet av förra året som skyddsombuden för Vårdförbundet, Vision, Kommunal och Saco gemensamt slog larm om den ohållbara arbetsmiljön genom en så kallad 6:6a-anmälan.

Grundorsaken till den dåliga arbetsmiljön beskrevs som de ständiga överbeläggningarna på medicinkliniken. Beläggningsgraden låg över hundra procent under hela 2015.

– Precis som många medicinkliniker så har vi under en längre tid haft en beläggningssiffra som ligger över 100 procent, och det påverkar arbetsmiljön negativt för alla, sa Daniel Vestberg, som är Nordvästra Götalands läkarförenings ombud på NÄL:s medicinklinik, till Läkartidningen då.



Sarah Jevrém

De senaste två åren har ett flertal 6:6a-anmälningar gjorts, både tvärfackliga och enskilda, men enligt Daniel Vestberg har åtgärderna endast resulterat i att problemet flyttats mellan enheterna.

Sedan beslutet kom från Arbetsmiljöverket i somras har NU-sjukvården enligt sjukhusledningen infört ett nytt arbetssätt som har minskat överbeläggningarna.

Men Sarah Jevrém, ordförande för Nordvästra Götalands läkarförening, är tveksam till om det har haft någon egentlig effekt.

Beläggningsgraden inom VO medicin har visserligen förbättrats rejält efter sommaren. Sedan första september har medicinkliniken haft två dagar med en beläggningsgrad över hundra procent. Under samma period förra året låg beläggningsgraden över hundra procent alla dagar utom tre.

– Men man kan fundera på var medicinpatienterna har tagit vägen, säger Sarah Jevrém, som har undersökt hur beläggningsgraden ser ut generellt inom NÄL, och konstaterar:

– Det ser ut som om det har blivit som vi befarade från

Paolo Macchiarini har JO-anmält CEPN

Kirurgen Paolo Macchiarini anmäler nu Centrala etikprövningsnämnden (CEPN) till Justitieombudsmannen (JO) för att bland annat ha brutit mot en europeisk uppförandekodex inom forskning.


Klinik såg att metoden inte fungerade – stoppade operationerna i det tysta

Reportage om Paolo Macchiarinis operationer. Ur Läkartidningen nr 25–26/2015.

Bakgrunden till anmälan är att expertgruppen för oredlighet i forskning vid CEPN utrett och kritiserat två av Macchiarinis vetenskapliga artiklar. I anmälningarna menar Macchiarini nu att CEPN inte hanterat fallen med tillräcklig integritet, självständighet och professionalism. Dessutom menar han att CEPN inte följt den europeiska uppförandekodexen inom forskning, European code of conduct for research integrity.

I ett av fallen, som rör en artikel med en felaktig bild, anser Macchiairini bland annat att det var fel att han inte fick uttala sig innan CEPN fattade beslut och offentligt riktade kritik mot honom, samt att samtliga författare till den aktuella artikeln kritiserades.

Macchiarini riktar även kritik mot att CEPN haft bristande opartiskhet och inte redovisat intressekonflikter hos dem som varit involverade i utredningarna. Nu vill han att fallen ska få en rättvis prövning av oberoende experter.

Vidare menar han att CEPN låtit sig påverkas av det stora trycket från allmänheten i sina bedömningar av dessa vetenskapliga artiklar.

Joakim Andersson

---

början – att de områden som inte är belagda med vite inom sjukhuset skulle belastas i stället. Kollegor och lokala ombud vittnar om att medicinpatienter nu vårdas inom andra specialiteter, och om det är så är det förstås en medicinskt sämre lösning för patienterna.

Beläggningsgraden på kirurgkliniken under juli–september i år låg på 105 procent i juli, 102 i augusti och 103 i september. På medicinkliniken låg den på 108 i juli, 106 i augusti och 92 i september. På ortopeden låg den också över eller nära 100 procent under samma period.

– Arbetsmiljön är pressad överallt. Och det är inte så konstigt. När beläggningsgraden ligger över 90 procent på samtliga områden är arbetsbelastningen hög, säger Sarah Jevrém.

Magnus Kronvall, som är chef för område 1 inom NU-sjukvården, där medicinkliniken är inkluderad, poängterar att ledningen är noga med att patienterna ska vårdas på rätt avdelning.

– Vårt uppdrag är att ge den vård som patienterna behöver – på rätt ställe – och vi kommer inte att vika från vårt vårduppdrag. Vi är väldigt angelägna om att varje patient ska vårdas på rätt avdelning, säger han.

Arbetsmiljöverket kommer att fortsätta följa ärendet, bland annat genom att göra oanmälda inspektioner på medicinkliniken.

Marie Ström

Välj LIXIANA® (edoxaban)
– En dos per dag

BEVISAD EFFEKT
Non-inferior jämfört med välbehandlade warfarinpatienter vid profylax av stroke/SEE[1]

BÄTTRE BLÖDNINGSPROFIL
Signifikant riskreducering av allvarliga blödningar vs. välbehandlade warfarinpatienter[1a]

TLV belyser att LIXIANA® har en **effekt** och **säkerhetsprofil** jämförbar med övriga NOAK[2]

Referenser:
1. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E et al. NEJM Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation 2013;369(22):2093–2104.
2. www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/Lixiana-ingar-i-hogkostnadsskyddet/

a. In NVAF, the primary safety endpoint of ENGAGE AF-TIMI 48 was the incidence of adjudicated major bleeding vs. well-managed warfarin. Bleeding endpoints were defined based on criteria from the International Society on Thrombosis and Haemostasis.

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2016.

▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna. **KONTRAINDIKATIONER:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne • Kliniskt signifikant, aktiv blödning. • Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. • Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. • Okontrollerad svår hypertoni • Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, rivaroxaban, apixaban etc.), förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. **GRAVIDITET OCH AMNING:** Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor. Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se

MSD
MSD 08-578 135 00, msd.se

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

once-daily Lixiana® edoxaban

CARD-1197997-0000, OCT 2016

Copyright © 2016 MSD (Sweden) AB. All rights reserved.

Smer: **Etiskt försvarbart med medicinsk åldersbedömning**

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, presenterade förra veckan ett ramverk kring de medicinska åldersbedömningarna i asylärenden. Smer menar att det är etiskt försvarbart att genomföra sådana bedömningar men att det inte bör ske rutinmässigt.

Ramverket innehåller ett antal etiska utgångspunkter. Bland annat anser rådet att det under vissa förutsättningar är etiskt godtagbart att använda medicinska åldersbedömningar. Dessa kan tillföra viktig information och bidra till mindre godtycklighet. Däremot ska medicinska åldersbedömningar inte användas rutinmässigt, utan endast när det råder tvivel kring den sökandes ålder efter bedömning av annan bevisning såsom dokument och intervjuer.

Smer menar dock att man måste ta hänsyn till felmarginalerna i dessa bedömningar. Osäkerhet och felmarginaler ska tydligt framgå av underlaget. Detta för att den slutgiltiga ålderbedömningen ska bli så rättssäker och transparent som möjligt.

– Tar man inte hänsyn till felmarginalerna finns en uppenbar risk att barn felaktigt bedöms vara vuxna. De skulle då gå miste om det utökade skydd de har rätt till enligt svensk lag, enligt professor Kjell Asplund, Smers ordförande.

Vidare menar Smer att den asylsökande ska ges anpassad information om vad den medicinska ålderbedömningen innebär, samt att en sådan bedömning inte bör få genomföras utan samtycke.

Den slutgiltiga åldersbedömningen ska heller inte enbart luta sig på medicinsk åldersbedömning, utan grunda sig på en sammantagen bedömning av alla omständigheter som kommit fram under handläggningen av asylärendet.



Kjell Asplund

Smer har på eget initiativ tittat på dessa etiska aspekter av medicinsk åldersbedömning och tagit fram ramverket.

– De röstande, politiskt tillsatta, ledamöterna tyckte att det var viktigt att Smer – med den tyngd Smer har – uttalade sig i den här frågan, eftersom det varit så mycket diskussion om det över huvud taget varit etiskt att ägna sig åt medicinska åldersbedömningar, säger Kjell Asplund.

Vilken tyngd har det här ramverket, och hur ska det användas?

– Vi kommer med råd och rekommendationer till flera målgrupper. Dels handlar det om Migrationsverket, som är de som gör de slutliga åldersbedömningarna, där de medicinska bedömningarna ska vara en komponent när man är osäker. Dels är det Rättsmedicinalverket, som fått i uppdrag att genomföra de medicinska åldersbedömningarna. Sedan är det professionerna, inklusive läkarna, som kan känna sig trygga med att vi i alla fall gjort en etisk analys på det här området. Vi har kommit fram till att medicinska åldersbedömningar är att föredra jämfört med ett system utan, där en handläggare på Migrationsverket bedömer ålder utifrån intervju, eventuella dokument och allmänt uppträdande och utseende. Det betraktar vi som mycket rättsosäkert och en dålig trygghet för de barn det är frågan om.

Tror du att dessa myndigheter kommer att använda det här ramverket?

– Ja, det är vår uppmaning till dem. Jag förmodar att det är så. Vi har också en uppmaning att man måste titta på nya metoder eftersom de nuvarande inte är så exakta. Där har ju Socialstyrelsen fått ett uppdrag av regeringen.

Joakim Andersson

Läs mer! på Läkartidningen.se Fullständig artikel samt artikeln »RÅ vill att HD klargör om kroppsbesiktning för åldersbedömning«

WMA: Sluta investera i fossila bränslen

World Medical Association, WMA, uppmanade vid sitt årliga möte i Taiwan i förra veckan läkarförbund och hälsoorganisationer att sträva efter att investera klimatsmart.

I ett nytt policyuttalande uppmanar WMA hälsoorganisationer runt om i världen att sträva efter att avstå från att göra investeringar i energiföretag som förlitar sig på fossila bränslen och i stället satsa på dem som genererar energi från förnybara källor.

Dessutom ska WMA:s medlemsorganisationer fortsatt arbeta med att utbilda forskare, näringsliv, regeringar och det civila samhället om hälsofördelarna med ett minskat utsläpp av växthusgaser. WMA vill också att medlemsorganisationerna ska verka för att införa bedömningar av hälsoeffekter i den ekonomiska politiken.

Läkarförbundet beslutade på sitt fullmäktigemöte i maj i år att arbeta för att förbundets kapital inte placeras i företag vars huvudinriktning är fossila bränslen.

Joakim Andersson

Läs mer!
Alla texter i sin helhet på Läkartidningen.se

I KORTHET

SKÅNELÄKARE LEX MARIA-ANMÄLS

Skånes universitetssjukhus har lämnat in sex anmälningar enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg gällande en läkare vars medicinska kompetens tidigare har ifrågasatts. Fallet fick uppmärksamhet efter ett reportage i SVT:s »Uppdrag granskning« tidigare i år.

NÄTDROGER BAKOM FLER DÖDSFALL

Rättsmedicinalverket (RMV) har undersökt hur nya droger, som inte hunnit bli narkotikaklassade, är kopplade till dödlighet. Enligt de preliminära resultaten har dessa typer av droger påträffats i kroppen hos 338 döda sedan 2007. I åtminstone 135 av dessa fall tror man att personerna dött som en direkt följd av förgiftning.

– Dödsfallen har ökat ganska ordentligt. De dök upp för första gången 2007, och sedan har det varit en stadig ökning sen dess, säger Gisela Pettersson, specialistläkare i rättsmedicin vid RMV, till Ekot.

HON SKA LEDA ARBETET I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Telias förra Sverigechef Malin Frenning (bilden) blir ny landstingsdirektör i Stockholm. Hon ersätter Toivo Heinsoo som gick i pension 1 augusti i år.

UTREDNING OM NY HANTERING AV MISSTÄNKT FORSKNINGSFUSK DRÖJER

I förra veckan meddelade Utbildningsdepartementet att den utredning som ska undersöka behovet av ett nytt sätt att hantera ärenden som rör oredlighet i forskning försenas.

Uppdraget ska redovisas senast 28 februari 2017.



JARDIANCE® (empagliflozin) för ut överflödigt socker via njurarna[1]

SGLT2-hämmare för behandling av typ 2-diabetes

- Signifikant sänkning av HbA_{1C} jämfört med placebo[2,3]
- Signifikant viktminskning jämfört med placebo[2,4]*
- En tablett, en gång om dagen[1]

*JARDIANCE är inte indicerat för viktminskning. Viktminskning var ett sekundärt effektmått i de kliniska studierna.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim AB Liljeholmsstranden 3 Box 47608 117 49 Stockholm Tel 08-721 21 00

Referenser: 1. JARDIANCE® produktresumé 09/2016. **2.** Roden M, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2013;1:208-19. **3.** Häring HU, et al. Diabetes Care 2014; 37:1650-9. **4.** Ridderstråle M, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:691-700.

Förskrivarinformation: JARDIANCE® (empagliflozin) är en SGLT2-hämmare, Rx, (F). JARDIANCE är avsett för vuxna från 18 år med diabetes mellitus typ 2 för att förbättra glykemisk kontroll som 1. Monoterapi: När behandling med enbart kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll hos patienter för vilka behandling med metformin inte anses lämplig på grund av intolerans. 2. Kombinationsbehandling: I kombination med andra glukossänkande läkemedel, inklusive insulin, när dessa tillsammans med kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll. JARDIANCE ska inte användas till patienter med diabetes mellitus typ 1 eller för behandling av diabetesketoacidos. JARDIANCE finns som tabletter i styrkorna 10 mg och 25 mg. Senaste översyn av produktresumén: 09/2016. För information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se.

Begränsning: JARDIANCE subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

DIAB-15-71

SLF Student vill ha nya kriterier för att avskilja läkarstudent

Inför nya kriterier för avskiljande av läkarstuderande som begått brott, och skapa en öppen diskussion kring läkarstuderandes lämplighet. Det säger Linus Perlerot, ordförande i Sveriges läkarförbund student efter ett uppmärksammat fall i Lund tidigare i år.

Som Läkartidningen tidigare berättat (se Läkartidningen.se 10 okt 2016) ville Lunds universitet avskilja en student från lärosätets läkarutbildning efter att studenten blivit dömd till nio månaders fängelse för grov kvinnofridskränkning. Högskolans avskiljandenämnd i Stockholm avslog universitetets begäran, eftersom det aktuella brottet inte ansågs utgöra grund nog för att kunna avskilja studenten från utbildningen. Studenter kan avskiljas från en högskoleutbildning om de begår allvarliga våldsbrott, men enligt den definition som Högskolans avskiljandenämnd använder anses våldsbrott som allvarliga om påföljden blir fängelse i minst ett år.



Det är helt fel, menar Sveriges läkarförbund students ordförande Linus Perlerot. Han vill se andra kriterier för avskiljande av just läkarstudenter, jämfört med studenter på andra utbildningar.

– I grunden handlar det om det personansvar som en läkare har. Även om ett brott är juridiskt sonat, så kanske brottets karaktär vittnar om en risk för personerna som man i framtiden kommer att ansvara för. Jag tycker inte att det är en universalrättighet att få studera till, eller vara, läkare. Som student ska man nå upp till vissa nivåer av studieskicklighet. På det viset tycker jag att det även ska finnas ett etiskt och moraliskt förtroende, där man då diskvalificerar sig genom att syssla med viss typ av brottslighet.


Linus Perlerot

Mer specifikt, vilken typ av brottslighet tänker du på?

– Jag är inte jurist och kommer inte gå in på exakta juridiska termer, men det handlar om brott av etisk och moralisk karaktär, utnyttjande av maktställning och utnyttjande av individ. Barnpornografiska brott, våldtäkt, våld mot partner, för att ta några exempel.

Enligt Linus Perlerot är det viktigaste just nu att frågan debatteras öppet, inte minst med tanke på att arbetet med att utforma en ny läkarutbildning är i full gång. En av frågorna som enligt Linus Perlerot fortfarande inte är besvarad på ett tillräckligt sätt handlar just om lämplighet och avskiljande.

– I och med att diskussionen är så pass ung så är min hållning inte fullt förankrad i SLF student, men det är den hållning vi har initialt i diskussionen.

Joakim Andersson



KI-forskare kan lösa omtalad mordgåta i USA

Ett av de mest omtalade kriminalfallen i USA kan nu få en lösning – tack vare ett svenskt test av blodspår. Resultatet kan bli avgörande för den livstidsdömde Steven Avery, skriver Svenska Dagbladet.

Kirsty Spalding, forskare i molekylärbiologi vid Karolinska institutet, såg den uppmärksammade tv-dokumentärserien »Making a murderer« i våras. I serien porträtteras Steven Avery, dömd till livstids fängelse för ett mord som begicks 2005. Seriens skapare driver tesen att Steven Avery är oskyldigt dömd och utsatt för en komplott där polisen ska ha planterat bevis i en bil – bland annat blodspår. Det fick Kirsty Spalding att reagera.

– Jag tyckte att detta var en av de viktigaste poängerna i hela fallet. Jag tänkte att den här killen sitter fortfarande i fängelse, och de har inte kunnat göra något ordentligt test av blodet,


Foto: Stefan Zimmerman

Kirsty Spalding

säger Kirsty Spalding till SvD.

Hon kontaktade Steven Averys advokat.

– Jag mejlade till henne att »jag tror vi kan avgöra med radioaktiv koldatering huruvida blodet är planterat eller inte«. Hon återkom inom en halvtimme.

Testet ska utföras med radioaktiv koldatering, där radioaktiva kolatomer i förhållande till icke-radioaktivt kol fungerar som en tidsaxel som gör det möjligt att datera mänsklig vävnad. Kirsty Spalding har tidigare utfört sådana test vid forskning på hjärnvävnad och fettceller.

Är blodet gammalt kan det tyda på att polisen planterat det.

Joakim Andersson



Foto: Fotolia/TBL

Läkarutbildningen är den mest lönsamma högskoleutbildningen

▶ 9 miljoner kronor. Så mycket större blir livslönen för den som utbildar sig till läkare jämfört med den som börjar jobba direkt efter gymnasiet, enligt en analys som Saco gjort.

En läkares livslön uppgår i snitt till 26,1 miljoner kronor, medan livslönen för den som börjar arbeta direkt efter gymnasiet beräknas till 17,2 miljoner kronor, en skillnad på 59 procent. Redan vid 33 års ålder har läkaren tjänat in kostnaden för sin utbildning, enligt Sacos beräkningar.

Det gör läkarutbildningen till den mest lönsamma högskoleutbildningen, enligt Saco. Näst mest lönsam är juristutbildningen med en livslön på 23,6 miljoner kronor. Den genomsnittliga livslönen för akademiker i stort ligger på 19 miljoner kronor, vilket är 16 procent mer än för den med enbart gymnasium.

Men det finns också högskoleutbildningar som innebär en ekonomisk förlustaffär, bland andra lärare, socionom och arbetsterapeut. Livslönen för en lärare med inriktning på grundskolans år 1–6 blir 2 miljoner kronor lägre jämfört med livslönen för den med enbart gymnasium. 40 procent av de högskoleutbildningar som Saco studerat innebär en ekonomisk förlust, enligt analysen.

Elisabet Ohlin

TANKESMEDJA MYNTAR 10 FÖRBUDSORD FÖR DIGITALISERINGEN I VÅRDEN

Tankesmedjan Digital utmaning har tillsammans med en grupp sakkunniga inom vård och IT, bland andra Sylfs ordförande Emma Spak, myntat 10 förbud för IT i vården. Tanken är att förbudsorden ska tjäna som inspiration i ett digitalt förändringsarbete, och de är lika mycket påbud som förbud:

- **Det som redan är dokumenterat ska inte dokumenteras en gång till.**
- **Ersättningssystemen får inte styra hur patienten och vården möts.**
- **Patienten får inte vara ovetande om vad ska hända härnäst.**
- **Patienten får inte hindras att kontakta vården med den teknik som vederbörande själv önskar.**
- **Patienten eller brukaren får inte hindras att få tillgång till eller dela sin vårdinformation med vem hen vill.**
- **Om patienten eller brukaren själv har diagnos- eller övervakningsverktyg så får relevanta data från dessa inte ignoreras.**
- **En process eller ett moment som kan automatiseras får inte göras manuellt bara för att det alltid gjorts så.**
- **Ny teknik får inte införas om den inte skapar nytta och det inte avsätts tid för att använda den.**
- **Ny teknik får inte införas om satsningen bara är tillfällig.**
- **Vården får inte avstå från att införa teknik för att inte alla kan använda den.**

Elisabet Ohlin



❖ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

* MOR: µ-Opioid Receptor Agonist, NRI: Noradrenaline Reuptake Inhibitor

1 Palexia® depot Produktresumé 2016-07-19. **2** Tzschentke TM, Christoph T, Kögel B et al. (-)-(1R,2R)-3-(3-dimethylamino-1-ethyl-2-methyl-propyl)-phenol-hydrochloride(tapentadol HCl): a novel m-opioid receptor agonist/norepinephrine reuptake inhibitor with broad-spectrum analgesic properties. JPET 2007; 323(1): 265-76.

Namn: PALEXIA® depot, ATC-kod N02AX06. **Substans och egenskaper:** Tapentadol är ett starkt centralt verkande analgetikum med µ-opioid agonism och noradrenalinåterupptagshämmande egenskaper. Receptbelagt och narkotikaklassat. **Beredningsform:** Depottabletter 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg och 250 mg. Indikation: Behandling av svår kronisk smärta hos vuxna där endast opioidanalgetika ger tillräcklig effekt. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot tapentadol eller mot något hjälpämne, andningsdepression, akut eller svår bronkialastma eller hyperkapni, misstänkt eller verifierat paralytiskt tarmvred, förgiftning av alkohol, sömnmedel centralverkande analgetika eller psykotropa aktiva substanser. **Varningar och försiktighet:** ❖ Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel. Kan ge dosrelaterad andningsdepression i höga doser eller hos patienter med särskild känslighet för µ-opioidagonister. Bör ej användas till patienter med allvarligt nedsatt njur- och/eller leverfunktion. Försiktighet bör iakttas vid kombination av PALEXIA® depot med blandade agonist/antagonister samt med partiella agonister med aktivitet för µ-opioidreceptorn. **Interaktioner:** Bör undvikas till patienter som behandlas med MAO-hämmare eller har använt dessa medel de senaste 14 dagarna. **Graviditet:** Kategori C. **Amning:** Grupp IVa. **Förmån:** PALEXIA® depot ingår i läkemedelsförmånen med följande begränsning: "PALEXIA® depot subventioneras endast för patienter med svår långvarig smärta som provat, men inte tolererat, oxikodon eller morfin." [Beslut TLV 1279/2015] "TLV bedömer också att de patienter som inte kan behandlas med oxikodon eller morfin och där PALEXIA® depot är ett kostnadseffektivt alternativ redan omfattas av begränsningen såsom den är skriven idag. Därför bör begränsningstexten inte ändras." [Bakgrundstext till beslut TLV 1279/2015] Datum för den senaste godkända produktresumén: 2016-07-19. Läkemedelsföretagets ombud: Grunenthal Sweden AB, Frösundaviks allé 15, 169 70 Solna. Tel 08-643 40 60. För fullständig information och priser se: www.FASS.se

GRÜNENTHAL

2016-10-PALEXIA DEPOT-0888

Västerbotten modell för folkhälsoarbete:

Allt började



Inger Lundgren, Kerstin Eriksson och Susanna From som alla var med då Västerbottenprojektet startade för drygt 30 år sedan.

i Norsjö



En av världens största och mest uthålliga satsningar på att förebygga hjärt–kärlsjukdomar pågår i Västerbotten. Det hela började för över 30 år sedan i den lilla inlandskommunen Norsjö.

Foto: Johan Gunséus





Förutom hälsoundersökningarna innehöll satsningen i Norsjö också en annan viktig del: folkbildning. Alla krafter i kommunen mobiliserades. Färgglada foldrar och andra skrifter från de första åren med Norsjö-projektet.

»Treårsdagen blev lyckad. 250 personer i Medborgarhuset en söndag eftermiddag är inte så tokigt.« Så skrev Inger Lundgren i sin dagbok 1988.

Den 31 januari 1985 gjorde Inger Lundgren följande anteckning i sin dagbok:

»Vi blev inbjudna tillsammans med en massa klubbar och föreningar till församlingshemmet, en kall dag med flera professorer i Norsjö. Det tyckte vi var märkvärdigt och spännande. Bröderna Boman spelade på fiol, dragspel och såg, det är musikaliska herrar. Så nu är det bara att sätta igång.«

Vid den tiden var Inger Lundgren sjuksköterska vid vårdcentralen i Norsjö, och hade en viktig roll i det som då kallades Norsjöprojektet. I dag är hon pensionär sedan flera år och träffar Läkartidningen tillsammans med två andra pionjärer som också var med vid starten: Kerstin Eriksson, pensionerad undersköterska, och Susanna From, som då var sekreterare men i dag arbetar som sjuksköterska på hälsocentralen, som den heter i dag. Som stöd för minnet har Inger Lundgren tagit med en rejäl bunt trycksaker och sin egen dagbok från tiden när projektet startade.

Norsjö är befolkningsmässigt en av Sveriges minsta kommuner; på 1980-talet hade den drygt 5 000 invånare, varav knappt hälften i centralorten. Men det var ingen slump att projektet började här.

I början av 1980-talet publicerades en studie som visade att de regionala variationerna i hjärt-kärldödlighet i Sverige var mycket stora. Högst hjärt-kärldödlighet i landet hade Västerbotten – 40 procent högre än Halland, den region som låg lägst.

Studien utlöste diskussioner i Västerbottens läns landsting, och man studerade erfarenheterna från hjärt-kärlförebyggande projekt i andra länder, bland annat några i USA och Nordkarelenprojektet i Finland. Resultatet blev att landstinget beslöt att starta ett förebyggande program i Västerbotten. Man skulle börja med att testa modellen i den kommun där hjärt-kärldödligheten var allra högst: Norsjö.

Norsjö kommun hade också vänt sig till landstinget och bett om hjälp. Man hade sett att många dog tidigt i hjärtinfarkt och besläktade diagnoser och ville göra något åt det.

Vad kan den höga dödligheten ha berott på?

– Hög användning av tobak och alkohol spelade säkert in, säger Mari-Louise Skoogh, som i dag är folkhälsostrateg i Norsjö kommun.

– Men mycket handlar om kosten. Våra förfäder arbetade hårt fysiskt i skogen eller i gruvan. Vi har behållit samma kost och vanor, fast vi inte arbetar lika hårt.

Satsningen i Norsjö bestod av två delar. Den ena var en hälsoundersökning på vårdcentralen, dit alla kommunens invånare



Mari-Louise Skoogh, folkhälsostrateg i Norsjö kommun.

»... mycket handlar om kosten. Våra förfäder arbetade hårt fysiskt i skogen eller i gruvan. Vi har behållit samma kost och vanor, fast vi inte arbetar lika hårt.«



»Där skrev jag något klokt», skrattar Inger Lundgren i mitten med boken i handen. Kerstin Eriksson (tv) och Susanna From (th) håller med.



Foto: Johan Gunséus

Norsjö är i fokus för en av världens största och mest uthålliga satsningar på att förebygga hjärt–kärlsjukdomar.

kallas det år de fyller 40, 50 respektive 60 år (i början kallades även 30-åringarna, men detta drogs in när landstinget behövde spara pengar).

Hälsoundersökningen är omfattande och innebär vanligtvis två besök på vårdcentralen: ett där man tar prov och gör mätningar och samlar uppgifter om självrapporterad hälsa och livsstil, och ett återbesök för ett hälsosamtal baserat på resultaten.

Normalt sköts både provtagningar och hälsosamtal av sjuksköterskor; läkare kopplas in bara när det är nödvändigt. I början var det mycket extrajobb, säger Susanna From, som vid den tiden hade till uppgift att mata in provsvaren i vårdcentralens första dator:

– Det var mycket jobb, men det var roligt. En stor fördel var att vi var nästan samma människor som jobbade här under lång tid. De första tio åren var vi i stort sett samma personal.

Från början var det meningen att man skulle testa modellen i Norsjö under tio år innan beslut om en eventuell fortsättning fattades. Men det var att underskatta idéns dragningskraft. Redan efter några år startade hälsoundersökningarna i flera kommuner, och 1992 var de införda i hela Västerbottens läns landsting.

1995, tio år efter starten i Norsjö, beslöt landstinget att hälsoundersökningarna skulle vara en del av primärvårdens ordinarie uppdrag i hela Västerbotten, understött av ett särskilt ersättningssystem. Verksamheten heter nu Västerbottens hälsoundersökningar, VHU.

Alla västerbottningar kallas till hälsoundersökning på sin hälsocentral det år de fyller 40, 50 och 60. Och de flesta kommer. I hela landstinget är det cirka 70 procent av de kallade som deltar, och i Norsjö är deltagandet nära 90 procent.

Räknar man ihop hur många hälsoundersökningar, med provtagning och samtal, som genomförts i Västerbotten sedan starten når man den hisnande siffran 165 000.

Förutom hälsoundersökningarna innehöll satsningen i Norsjö också en annan viktig del: folkbildning. Det gällde att mobilisera alla krafter i kommunen – från handlare och idrottsföreningar till kyrkor och studieförbund – för att sprida folkhälsobudskapen.

Norsjö hade sällsynt goda förutsättningar för detta. Med rötter i nykterhetsrörelse och väckelsekristendom hade samhället ett synnerligen rikt föreningsliv. Vid mitten av 1980-talet hade Norsjö kommun 139 registrerade föreningar med sammanlagt cirka 10 000 medlemmar – i en kommun med drygt 5 000 invånare.

De första åren var det en intensiv verksamhet. Det var studiecirklar och byaträffar, det var broschyrer och ett informationsblad som kom ut fyra gånger om året. Kommunen ordnade Byakampen, där de olika byarna tävlade i motion, och skolmåltidspersonalen tillsammans med projektets dietist hittade på »den omvända skollunchen«: man vände på ordningen mellan rätterna, både på matsedeln och i matsalen, så att grönsaker och sallad kom först och köttet sist.

1987 började man på försök med livsmedelsmärkning i alla mataffärer i Norsjö. Tanken var att hjälpa kunderna att redan i affären välja fettsnåla och fiberrika varor. Försöket slog väl ut, och två år senare beslöt Livsmedelsverket att införa en sådan märkning i nationell skala. Samtidigt ändrades märkets utseende från Norsjöprojektets flätade hjärta till ett grönt och vitt nyckelhål. Det välkända nyckelhålsmärket har alltså sitt ursprung i Norsjö.

Amatörteater och musik har en lång tradition i Norsjö. En av sjuksköterskorna på vårdcentralen, Hjördis Persson, fick idén att kontakta författarna Sara Lidman och Torgny Lindgren, som båda kom från trakten. Kanske kunde de skriva något för hälsosatsningen?

De båda författarna tackade nej, men Sara Lidman skrev ett svar: »Har du det inom dig, så gör du något själv.« Hjördis Persson tog fasta på det och skrev en pjäs, »Skörbjuggens historia«, som uppförde av amatörskådespelare.

Det var en intensiv tid. Naturligtvis



Foto: Johan Gunséus

I Norsjö kommun vill kommunchefen Katarzyna Wikström (tv) och folkhälsostrategen Mari-Louise Skoogh (th) starta ett nytt hälsoprojekt.

förekom också slitningar och konflikter, men när Inger Lundgren ska sammanfatta perioden läser hon upp en anteckning ur sin dagbok: »Det ger mer än det tar.«

– Där skrev jag något klokt, skrattar hon, och hennes två kollegor från den tiden håller med.

Efter ett par år började intensiteten i aktiviteterna mattas av, eftersom det är svårt att hålla så högt tempo år efter år. I hela Västerbotten är situationen den att hälsoundersökningarna rullar på och är mycket uppskattade, medan folkbildningssatsningarna varierar och är beroende av lokala initiativ.

Men i Norsjö är det kanske dags för en nytändning. Kommunchefen Katarzyna Wikström berättar att man kontaktat landstinget om att starta ett nytt hälsoprojekt. Tanken är att det ska pågå i fyra år, och precis som förra gången hoppas man att idéerna ska inspirera andra kommuner i Västerbotten.

Situationen är på många sätt annorlunda än 1985, förklarar hon. Antalet invånare i kommunen har minskat, och det finns betydligt färre föreningar. Men man har ändå nytta av erfarenheterna från förr:

– Delar av nätverken finns kvar och kan byggas vidare på. Och vi kan visa att om det gick att göra en förändring för 30 år sedan – då kan vi göra det igen.

I Umeå säger landstingets folkhälsochef Maria Falck att man de senaste åren sett oroande data från en del av inlandskommunerna. Hälsan där försämras igen, och de tappar mark mot kustkommunerna. För att få grepp om vad det handlar om, åkte hon och hennes medarbetare till Norsjö under en vecka förra hösten och intervjuade mer än 200 Norsjöbor.

Intervjuerna visade att hälsoproblemen har förändrats. Stillasittande har blivit ett av de stora hälsohoten. Men det som intervjupersonerna tog upp allra mest var stress och psykisk ohälsa, säger Maria Falck:

– Kan man vara stressad i ett lugnt samhälle som Norsjö? Ja, fast på ett annat sätt än i Stockholm. I Norsjö har du inget pendeltåg som kan bli inställt, ingen bilkö till jobbet. Men det finns livsstress.

– Du funderar kring om du kan bo kvar. Har båda parter jobb och inkomst? Måste du veckopendla och vad innebär det? Om du aktivt valt att stanna i Norsjö – värderas dina förutsättningar i livet lika som för de som dragit ut till kusten eller ner till Stockholm?

Under hösten ska hon diskutera vidare med kommunledningen. Kanske blir resultatet ett nytt projekt, ett Norsjö 2.0?

Text: **Miki Agerberg**
Foto: **Johan Gunséus**

Forskning visar:

Hälsoundersökningarna räddar liv

Västerbottens hälsoundersökningar har höga deltagarsiffror, men har de egentligen någon effekt på folkhälsan? Förra året kunde forskare för första gången publicera en studie som visar hur hälsoundersökningarna påverkat dödligheten.

I studien, som publicerades 2015 i BMJ Open, granskar forskarna utvecklingen under sjutton år, från 1990 till 2006. Det visade sig att dödligheten inom målgruppen för hälsoundersökningarna, alltså alla västerbottningar som fyllde 40, 50 eller 60 år under perioden, var nästan 10 procent lägre än dödligheten hos motsvarande åldersgrupper i hela Sverige.

Annorlunda uttryckt hade hälsoundersökningarna under denna tid räddat 587 personer från att dö i förtid.

När forskarna sedan plockade ut bara dem som deltagit i hälsoundersökningarna, och inte hela målgruppen, blev siffrorna ännu tydligare. Deltagarnas dödlighet i förtid var cirka 34 procent lägre än hos motsvarande grupper i hela Sverige.

Det var viktigt att få fram siffror på hur mortaliteten påverkats, säger Lars Weinehall, som är en av forskarna bakom studien. Han är läkare och senior professor i epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet, och var under de första 22 åren medicinsk koordinator för Västerbottens hälsoundersökningar.

– Nu håller vi på och uppdaterar databasen för en ny studie där vi ska få med siffrorna till och med 2014, säger han.

– Något som överraskade oss i den publicerade studien var att den totala dödligheten gick ner så mycket. Hälsoundersökningarna är ju i första hand tänkta att minska hjärt-kärldödligheten, men vi såg en minskad dödlighet i många andra sjukdomar också.

– Egentligen är det inte så förvånande. Ofta är det samma riskfaktorer som ligger bakom de stora folksjukdomarna.

På 1980-talet, när VHU-modellen utformades, studerade forskare och politiker i Västerbotten erfarenheterna från förebyggande projekt i andra länder. Men de hittade inget att kopiera rakt av. Interventionen i Nordkarelen var alltför aukto-



Lars Weinehall

Foto: Johan Gunséus

»Det vi gör i VHU är inte någon allmän screening. Vi har en hälsodialog, och det är ju grunden i läkaryrket: att ha en dialog med patienten. Men vi möter människorna i en tidigare fas än annars.«

ritär, ansåg de. Flera av de amerikanska programmen var intressanta men hade för stark slagsida åt forskning, säger Lars Weinehall:

– Minst tre fjärdedelar av pengarna i dessa program gick till forskarna. Vi lade pengarna och mödan på att nå ut, kommunicera och möta människor. Och vårt program skulle ingå i den ordinarie hälso- och sjukvården.

Att primärvården och dess hälsoundersökningar står för kontinuiteten är en viktig orsak till att Västerbottenssatsningen blivit så långvarig, anser Lars Weinehall. En annan orsak är att satsningen hela tiden har haft starkt politiskt stöd:

– Landstingets politiker bråkar om mycket, men det här är man överens om. Hela tiden, över partigränserna. De tycker att det här är viktigt.

Men ska primärvården verkligen ägna tid och kraft åt breda hälsoundersökningar och samtal om levnadsvanor? Det är en fråga som delar läkarkåren. För två år sedan presenterade en arbetsgrupp inom allmänläkarföreningen SFAM den så kallade »onödiga listan«, med sju åtgärder som man ansåg inte behövdes i svensk allmänmedicin. Överst på denna lista stod »hälsoundersökningar av friska«.

Lars Weinehall säger att en del läkare oroar sig för att deras arbetsbelastning ska öka. Men hittills är det distriktssköterskorna som gjort större delen av jobbet.

– Det vi gör i VHU är inte någon allmän screening, fortsätter han. Vi har en hälsodialog, och det är ju grunden i läkaryrket: att ha en dialog med patienten. Men vi möter människorna i en tidigare fas än annars.

Han betonar att studien i BMJ Open förra året är mycket viktig i den här diskussionen. För första gången kan man visa att det förebyggande arbetet i Västerbotten faktiskt har minskat dödstalen.

Att insatser för breda befolkningsgrupper kan ge så tydliga resultat illustrerar den så kallade preventionsparadoxen. Margareta Norberg, läkare och docent i folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet, förklarar hur det hänger ihop. 2008 efterträdde hon Lars Weinehall som medicinsk koordinator för VHU.

»Jag ser en LCHF-effekt i Västerbotten … Många i allmänheten uppfattade huvudbudskapet i LCHF som att det var okej att äta mer fett. De åt som vanligt och lade till mera fett. Vad vi såg på hälsoundersökningarna var stegrande blodfetter och ökande vikt.«



Margareta Norberg

Foto: Johan Gunséus

– Självklart är det mycket viktigt att vi hittar de individer som har hög risk för sjukdom, säger hon. Att vi också pratar med de »friska« kan vara svårare att ta in. Men de allra flesta sjukdomsfallen kommer ur den gruppen, helt enkelt för att den är så stor.

– Därför måste man försöka påverka hela populationen, om så bara till att göra små förändringar. Om många gör små förändringar, blir det stor effekt på sjukdomsbördan.

När hälsoundersökningarna började kallade man inte bara 40-, 50- och 60-åringarna utan även alla som fyllde 30. På 1990-talet ströks 30-åringarna av kostnadsskäl, men nu pågår ett pilotprojekt som gäller dem.

I tre små inlandskommuner – Malå, Sorsele och Norsjö – kallar man nu alla som fyller 30 eller 31 år, eller har barn som fyller ett och ett halvt, till en reguljär hälsoundersökning. Bakgrunden är att man de senaste åren sett tecken på försämrad hälsa i inlandskommunerna.

Resultaten ska utvärderas, men det är inte omöjligt att 30-åringarna på nytt kommer att bli en del av programmet i hela Västerbotten. Ett alternativ är att i stället ta in 70-åringar, som man tidigare gjort ett pilotförsök med, eller så tar man in båda grupperna, om ekonomin tillåter.

Finns det intresse i andra landsting för Västerbottensmodellen? Ja, säger Margareta Norberg, och räknar upp ett halvdussin landsting som är mer eller mindre på gång: Västernorrland, Norrbotten, Sörmland, Västmanland, Gävleborg.

En intressant effekt av VHU är att den levererar mängder av data om befolkningens hälsa och livsstil. Ett koncentrat av dessa läggs in i en databas som är tillgänglig för alla via webben (sök på »Data VHU resultat«). Där kan man följa hur värdena utvecklats sedan 1990 för de berörda åldersgrupperna i Västerbotten, bland annat för BMI, blodtryck, kolesterol, glukos och fysisk aktivitet. Databasen är interaktiv, så att man kan förfina sökandet utifrån till exempel kön, utbildning eller typ av kommun.

När forskarna studerade kurvorna för kolesterol i blodet upptäckte de ett oväntat mönster. Eftersom huvudsyftet med VHU var att förebygga hjärt-kärlsjukdomar strävade man efter att kolesterolvärdena hos befolkningen skulle sjunka.

Mycket riktigt sjönk kolesterolvärdena stadigt, från projektets början ända fram till 2004. Då planade kurvan ut, och från 2008 började kolesterolvärdena stiga igen.

Vad kunde det bero på? I en studie som publicerades 2012 i Nutrition Journal pekar författarna på ett samband med konsumtionen av fett, främst mättat fett. Efter att konsumtionen av sådant i Västerbotten minskat under en längre tid, började den öka igen i början av 2000-talet. Några år senare började kolesterolvärdena stiga.

Forskarna bakom studien – med Ingegerd Johansson, senior professor i odontologi vid Umeå universitet, som första namn – har en misstanke om orsaken. Ökningen av fettkonsumtion och kolesterolvärden sammanföll i tiden med den första stora LCHF-hajpen i Sverige.

LCHF är en mödediet som förespråkar att man ska äta mycket mättat fett och nästan inga kolhydrater. Dieten hade starkt genomslag i Västerbotten, säger Margareta Norberg:

– Jag ser en LCHF-effekt i Västerbotten och har pratat mycket med distriktssköterskorna om det. Många i allmänheten uppfattade huvudbudskapet i LCHF som att det var okej att äta mer fett. De åt som vanligt och lade till mera fett. Vad vi såg på hälsoundersökningarna var stegrande blodfetter och ökande vikt.

Nu är LCHF inte lika hett längre. Andra modedieter, som 5:2, väcker större intresse. Och i VHU:s databas kan man se att kolesterolvärdena i Västerbotten började sjunka igen från 2013.

Föreningen Mind, som arbetar med att förebygga psykisk ohälsa, har utvecklat ett index som ger ett enkelt mått på den psykiska hälsan. Mind-indexet är uppbyggt av två beståndsdelar, självmordstal och självskattad hälsa. Varje år rankar Mind alla län i Sverige utifrån detta index.

Sedan flera år toppas den listan av Västerbotten, som alltså enligt Mind-indexet har bäst psykisk hälsa i Sverige. I Mind-rapporten från 2014 intervjuas flera experter, som anser att hälsoundersökningarna är en del av förklaringen.

Lars Weinehall tror att det kan vara så:

– Finns det någon att prata med när man möter svårigheter? Förr kanske man gick till en präst. Om man är sjuk kan man gå till doktorn. Men vart går man om man är frisk, men mår dåligt?

– Hälsosamtalen handlar i många fall väldigt lite om kolesterol och blodtryck. De handlar om livet. För en del människor betyder samtalen att de hittar en väg till något positivt.

Miki Agerberg

TILL VUXNA PATIENTER MED TYP 2-DIABETES: VÄLJ JANUVIA® (sitagliptin) TILL DE SOM INTE NÅR BEHANDLINGSMÅL MED KOST, MOTION & METFORMIN

MSD
08-5781 35 00
msd.se

EFFEKT[1,2]

SIGNIFIKANTA FÖRBÄTTRINGAR AV GLYKEMISKA PARAMETRAR[c]

ERFARENHET[3,4]

MER ÄN 9 ÅRS KLINISK ERFARENHET OCH SVERIGES MEST FÖRSKRIVNA DPP4-HÄMMARE

ENKELHET[2,5]

TABLETTBEHANDLING, VIKTNEUTRAL* OCH MED LÅG RISK FÖR HYPOGLYKEMI[d**]

STUDERAT[6]

VAD GÄLLER KARDIOVASKULÄR SÄKERHET

TECOS
TRIAL EVALUATING CARDIOVASCULAR OUTCOMES WITH SITAGLIPTIN

- **Påvisade ingen ökad kardiovaskulär risk[a]**
- **Uppnådde alla sekundära kardiovaskulära utfallsmått[b]**



JANUVIA (sitagliptin) DPP-4-hämmare (Rx; (F) SPC jan 2016) filmdragerade tabletter 25 mg; 50 mg; 100 mg.

Indikationer: För vuxna patienter med diabetes mellitus typ 2, som ett tillägg till kost och motion
• I monoterapi när metformin är olämpligt på grund av kontraindikationer eller intolerans
• I kombination med:
- metformin
- sulfonureid**
- sulfonureid** och metformin
- PPARγ-agonist
- PPARγ-agonist och metformin

när max tolererbar dos av ovanstående alternativ inte givit tillfredsställande glykemisk kontroll
• Som tilläggsbehandling till insulin** (med eller utan metformin) när en stabil insulindosering ej givit tillfredsställande glykemisk kontroll.
Kontraindikationer: överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Graviditet och amning:** (B:3) I avsaknad av humandata bör JANUVIA inte användas under graviditet. JANUVIA bör inte användas under amning. JANUVIA ingår i läkemedelsförmånerna endast för patienter som först har provat metformin, SU eller insulin, eller där dessa inte är lämpliga. **Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se.**

1. Goldstein BJ et al. Diabetes Care 2007;30:1979-1987, 2. Nauck MA et al. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205, 3. Januvia SPC 2016/01
4. Reveal data juni 2016, 5. Cavanaugh KL 2007 Clinical Diabetes 25:3 90-97, 6. Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, et al. N Engl J Med. 2015;373(3):232–242.

a) Primary end point was a composite of time to first confirmed event of CV death, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, or hospitalization for unstable angina.
b) The secondary composite cardiovascular outcome was the first confirmed event of cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction, or nonfatal stroke. Other secondary outcomes included the occurrence of the individual components of the primary composite cardiovascular outcome, fatal and nonfatal myocardial infarction, fatal and non-fatal stroke, death from any cause, and hospitalization for heart failure.
c) Effekt: Non-inferiority visat för effekt på HbA1c (-0,67%) med sitagliptin jämfört med SU, båda som tillägg till metformin.[2]
d) Låg risk för hypoglykemi: 5% rapporterade hypoglykemier med sitagliptin som tilläggsbehandling jämfört med 32% vid tilläggsbehandling med SU. P<0,001 vid 52 veckor.
* I kliniska studier, ** I kombination med sulfonureid eller insulin kan dosen av sulfonureid eller insulin behöva sänkas.
09-17-DIAB-1195552-0000 sep 2016

Januvia® (sitagliptin, MSD)



Mer debatt på nätet

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

LÄSARKOMMENTARER

▶ **Gör mötesdimensionen till ett obligatoriskt kompetensområde, föreslog Johan Andreen och medförfattare i en debattartikel i nr 41** *[Läkartidningen. 2016;113:D9YC]*. **Här följer utdrag ur några läsarkommentarer:**

▶ **Behöver vi verkligen fokusera på, medikalisera, forska på vanligt sunt bondförnuft. Utbildningen innehåller redan detta, sit in, videoinspelning o s v.** *Lena Oske*

▶ **Det är/har varit väl känt att allmänmedicin alltid legat långt framme vad gäller handledning i konsultationsteknik, att lära sig dra nytta av de egna känslorna som väcks och »vad som händer i rummet« ... Dagens primärvård har tyvärr motarbetat det goda samtalet och i stället premierat korta, snabba besök av ekonomiska skäl.** *Karin Stråat*

▶ **Jag tror ni har rätt att det i ALL diagnostik och behandling måste finnas en medvetenhet om patientens perspektiv, även om fokus i vissa situationer också är på annat än »mötet«. Om vi lyfter blicken ytterligare förstår vi att det ni efterlyser måste inbegripa även den organisatoriska aspekten och ledarskapet.** *Isabel Gustafsson*

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

Vaginal subtotal hysterektomi = sant

Den vaginala vägen bör vara första alternativ vid hysterektomi. Subtotal vaginal hysterektomi är en gammal men bortglömd metod.



Folke Flam, docent, GynStockholm, Capio S:t Görans sjukhus
● folke.flam@cevitacare.se

Rikliga och oregelbundna vaginala blödningar är den vanligaste orsaken till att livmodern opereras bort. I Sverige liksom i resten av västvärlden har antalet operationer reducerats avsevärt under de senaste decennierna. Hormonspiral, hysteroskopiska ingrepp och läkemedel står bakom nedgången.

Av de fyra sätten att ta bort livmodern är bukoperation fortfarande den vanligaste metoden i Sverige trots att det innebär lång vårdtid, längst tid för återhämtning, långt bukärr och framtida risk för ileus. De tre minimalinvasiva metoderna – vaginal respektive laparoskopisk hysterektomi och robothysterektomi – innebär små skillnader för patienten men för samhället är vaginal hysterektomi mest kostnadseffektiv. Den är snabbast att utföra och kräver ingen dyrbar utrustning.

Trots att hysterektomi utförts under 150 års tid tvistar man fortfarande om huruvida det är bra att spara cervix eller inte. Eftersom orsaken till operationen nästan alltid är problem i livmoderkroppen kan cervix i princip sparas. Operationen går då något snabbare och riskerna – till exempel ureterskada – minskar, men fördelar i form av oförändrat sexualliv och mindre risk för prolaps/inkontinens har inte kunnat bekräftas [1-3].

Professionen förordar starkt minimalinvasiva metoder. Trots det sker hälften av hysterektomierna med ett bukingrepp. Det finns flera skäl till detta. De unga gynekologerna lär sig tidigt att öppna en buk genom kejsarsnitt, och det är då lättare för den som lär ut att korrigera misstag än vid ett vaginalt ingrepp där tillgängligheten är sämre. Viktigast är dock att traditionens makt är stor.

Överläkarna har lärt sig bukoperationen och har inte uppgraderat färdigheterna. Detta var sanning fram till dess att da Vinci-roboten började sitt segertåg. Plötsligt övergick en del sjukhus från laparotomi till robot. Det innebär en stor fördel för patienten, men varför satsade man inte på laparoskopi eller den vaginala vägen? Av någon anledning har ordet robot en oslagbar klang hos både patient och doktor.

Ett skäl som framförs till att inte utföra vaginal hysterektomi är att metoden innebär total hysterektomi. Det är dock fullt möjligt att utföra subtotal vaginal hysterektomi – en hybrid mellan vaginal och abdominell metod.



Foto: IBL/Fotolia

Den vaginala vägen bör vara gynekologens första alternativ vid en hysterektomi, anser Folke Flam.

> **»Trots det sker hälften av hysterektomierna med ett bukingrepp. Det finns flera skäl till detta.«**

Vid subtotal vaginal hysterektomi öppnas peritoneum på framsidan av cervix – nedanför urinblåsan – och man kan sedan fortsätta ingreppet som vid en abdominell operation. Detta innebär att först adnexa och ligamenta rotunda suturligeras bilateralt. Därefter delas parametriet. Man delar sedan cervix på lämplig nivå och avslutar med suturering av vagina. Vid behov kan man exstirpera tubor/ovarier samt även denna väg exstirpera hela uterus. Denna metod fungerar inte om uterus är mycket förstorad, men vid upp till tre gånger normal storlek går det utmärkt.

Den vaginala vägen bör vara gynekologens första alternativ vid hysterektomi. Den är snabb, billig och atraumatisk. Steget från en subtotal vaginal hysterektomi till en bukoperation är inte så stort. Så snart operatören fått tillträde till fri bukhåla blir resterande del som vid en bukoperation, men utan dess nackdelar. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Betydelsen av bra ledare och chefer

Vi behöver en diskussion om hur vi kan bygga »växthus« för bra ledare och chefer.

Bo Israelsson, leg läkare, docent, f d verksamhetschef, f d divisionschef, Skånes universitetssjukhus; pensionär
bo.israelsson@gmail.com

Nathalie Spång berör något mycket betydelsefullt i en artikel i LT med rubriken »Vägen till bättre feedback« [1]. På KIRUB-dagarna (kirurger under utbildning) 2016 diskuterade ST-läkare utbildningsklimatet. Diskussionen visar att deras förväntningar och krav på ledarskap och kommunikation är orimligt låga. Jag blev väldigt förvånad av att läsa detta.

Sjukvårdsdebatten har länge berört frågor om tillgänglighet, ojämlikt fördelade resurser och dåliga möjligheter till vidareutbildning, men mest har det gällt pengabrist samt brist på vårdplatser och personal. En vanlig synpunkt är att om bara mer pengar skjuts till kommer de flesta problem att kunna lösas. Det tror inte jag. Min syn på dessa frågor har jag fått under drygt 40 år som läkare, varav 12 år som klinikchef och divisionschef.

Problem har drabbat vissa, men absolut inte alla, vårdenheter vare sig det gällt vårdcentraler eller sjukhusens avdelningar och kliniker. Många har dock lyckas lösa sitt uppdrag utan att överskrida budget, utan jobbig personalomsättning och sjukskrivningar, och med goda resultat och nöjda patienter.



Foto: Colourbox

Min övertygelse är att framgångsrika enheter har bra chefer som också är bra ledare. De har dessutom skaffat sig dugliga mellanchefer som fått det stöd och den uppmuntran som krävs för att lyckas. Att de goda resultaten »satt sig i väggarna« beror på att bra chefer sörjt för att yngre talangfulla medarbetare blivit uppmärksammade och fått utbildning och inskolning i rollen som ledare och chef så att de kunnat fortsätta framgångsprojekten. Delaktighet, att bli sedd och få feedback som Nathalie Spång skriver om, är ett par jätteviktiga aspekter av framgångsrikt chef- och ledarskap.

»Hur bra ett frö än är så krävs det också bra växtbetingelser.«

Jag efterlyser exempel på verksamheter som lyckas med en budget i balans och personal som trivs, blir kvar och är mindre sjuka; verksamheter där patienterna kan glädjas åt goda sjukvårdsresultat. Vi behöver också en diskussion om hur »växthus« för bra ledare och chefer kan byggas upp. Hur bra ett frö än är så krävs det också bra växtbetingelser. Först då blir skörden god. Slutligen föreslås ett kvalitetsregister och öppna jämförelser av landstingens och regionernas sätt att sörja för ledar- och chefsfrågor. Det skulle – på samma sätt som kvalitetsregister och öppna jämförelser bidragit till att hjärtsjukvården vid svenska sjukhus nått högsta internationella standard [2, 3] – kunna ge ledar- och chefsfrågorna den uppmärksamhet de behöver.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Välj LIXIANA® (edoxaban)
– En dos per dag

BEVISAD EFFEKT
Non-inferior jämfört med välbehandlade warfarinpatienter vid profylax av stroke/SEE[1]

BÄTTRE BLÖDNINGSPROFIL
Signifikant riskreducering av allvarliga blödningar vs. välbehandlade warfarinpatienter[1a]

TLV belyser att LIXIANA® har en **effekt** och **säkerhetsprofil** jämförbar med övriga NOAK[2]

Referenser:
1. Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E et al. NEJM Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation 2013;369(22):2093–2104.
2. www.tlv.se/beslut/beslut-lakemedel/generell-subvention/Lixiana-ingar-i-hogkostnadsskyddet/
a. In NVAF, the primary safety endpoint of ENGAGE AF-TIMI 48 was the incidence of adjudicated major bleeding vs. well-managed warfarin. Bleeding endpoints were defined based on criteria from the International Society on Thrombosis and Haemostasis.

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter 15 mg, 30 mg, 60 mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2016.

▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.

INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna. **KONTRAINDIKATIONER:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne • Kliniskt signifikant, aktiv blödning. • Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. • Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. • Okontrollerad svår hypertoni • Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, rivaroxaban, apixaban etc.), förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. **GRAVIDITET OCH AMNING:** Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor. Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning.

Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se

MSD
MSD 08-578 135 00, msd.se

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

once-daily Lixiana® edoxaban

Copyright © 2016 MSD (Sweden) AB. All rights reserved.

CARD-1197997-0000, OCT 2016

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Osteoporos

7A ODENPLAN, NORRTULLSGATAN 6, STOCKHOLM, 9 NOVEMBER 2016

Osteoporosrelaterade frakturer är ett omfattande folkhälsoproblem. Men trots att vi känner till vilka riskfaktorer som är kopplade till osteoporos och fraktur, och trots att det finns effektiva åtgärder för att minska frakturrisken, får inte alla patienter tillgång till optimal vård.
Detta symposium belyser nationella riktlinjer, utredning och diagnostik, sekundär osteoporos, läkemedelsbehandling, frakturbehandling, systematiskt arbete för att förebygga refraktur samt fallprevention. Symposiet kommer särskilt att belysa de senaste årens starka utveckling och var vi står i dag.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 9 NOVEMBER, 2016

10.00–10.30	**Registrering till Svenska osteoporossällskapets årsmöte**
10.30–12.00	**Årsmöte**
12.00–13.00	**Registrering till symposiet och lättare lunch**
13.00–13.10	**Inledning** Professor Kristina Åkesson, Lunds universitet
13.10–13.25	**Nationella riktlinjer och vad de betytt – prioriteringar** Professor Mattias Lorentzon, Göteborgs universitet
13.25–13.45	**Diagnostik och risk – hur hanterar vi detta? Diagnostik och indikation för behandling Kommentar från primärvården** Docent Andreas Kindmark, Akademiska sjukhuset, Uppsala
13.45–14.05	**Sekundär osteoporos – ett ofta missat tillstånd** Docent Anna G Nilsson, Göteborgs universitet
14.05–14.30	**Nya och gamla läkemedel. Hur länge? Byte av terapi?** Professor Mattias Lorentzon, Göteborgs universitet
14.30–15.00	**Kaffe**
15.00–15.20	**Frakturbehandling. Höftfrakturer: senaste om förbättrade resultat. Kotkompressioner: hur behandlar vi och vad borde vi göra?** Docent Cecilia Rogmark, Lunds universitet
15.20–15.40	**Sekundär prevention – vårdkedjor mm** Professor Kristina Åkesson, Lunds universitet
15.40–16.00	**Fallprevention – lönar det sig och vilken nytta gör fysisk aktivitet?** Docent Björn Rosengren, Skånes universitetssjukhus, Malmö
16.00–16.30	**Är det meningsfullt att behandla osteoporos och förebygga frakturer?** Paneldiskussion
16.30–17.00	**Sammanfattning och avslutning**

Moderator: Kristina Åkesson
Programansvariga: Kristina Åkesson och Läkartidningen
Arrangör: Läkartidningen i samarbete med Svenska osteoporossällskapet

Välkommen till en intressant eftermiddag!

PRIS: 1 895 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i SLF erhåller 300 kr rabatt. Medlemmar i Svenska osteoporossällskapet betalar 800 kr + moms. Pensionär 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: 9 november 2016 kl 10.00–17.00. 7A Odenplan, Norrtullsgatan 6, Stockholm

Utställare: MEDA TROMP medica AMGEN®

Läkartidningen

»Jag är specialist i allmänmedicin – och i att vara den mest erfarna utan någon erfarenhet«

FÄRDIG SPECIALIST I ALLMÄNMEDICIN. Jag? Jag måste ju fortfarande knappa in tillstånd på internetmedicin dagligen. Skicka ut patienten på ett EKG, så jag kan googla. Knacka på den Erfarnes dörr och be om ursäkt för att jag stör. I smyg sätta diktafonen i örat, så jag hör vad de säger på Youtubefilmen, innan jag går in på operationsrummet med självsäker min. Varje dag dyker det upp något som är första gången för mig. Gamla sanningar som krossas med nya icke-göra, evidens och subventioner. **Hur många medicinska rariteter som slinker igenom för att jag inte ens vet att de existerar vågar jag inte ens tänka på.** I tio år har jag arbetat och äntligen blivit färdig specialist i allmänmedicin. En milstolpe som väcker reflektion över resan – vad har jag lärt mig?

Min största insikt är det enorma antalet platser jag arbetat på genom mina sidoplaceringar. Vilken inblick och erfarenhet detta gett på det sociala, organisatoriska och psykologiska planet. En specialisering i sig.

JAG ÄR INTE BARA SPECIALIST I ALLMÄNMEDICIN, jag är även specialist i att vara nybörjare och bli instruerad. Hur en bra journal skrivs, hur register fylls i, om brev läggs i röd eller blå mapp, nya tillstånd och handgrepp. Det Heliga Budskapet och allmänmedicinarens viktigaste lärdom är nu väl inpräntat; hur man skriver en bra remiss. Jag är dock även specialist i att vara den mest erfarne utan någon erfarenhet. Att vara den efterlängtade arbetskraften som kommer där med stetoskopet i handväskan första arbetsdagen. Sköterskornas blickar säger direkt vid ankomst att jag är det tillfälliga fundamentet som tillåter verksamheten att fortgå.

Jag har blivit specialist i att bedöma patienter utifrån sammanhang och förväntningar, men även på att ställa snabb diagnos gällande arbetsklimat och organisation. Jag har dykt rätt ner i getingbon där halva personalstyrkan sagt upp sig på grund av omorganisationer, nästa månad rättat in mig på prisbelönta kliniker där man snubblar över förbättringsarbeten. Det finns kulturer där noggrannhet värderas så högt att ingen vågar arbeta. Andra där ryggar dunkas, där glädjen över medicinska fynd är så stor att den lycklige läkaren viftar på svansen och hämtar alla andra för att utbilda. **Det finns kliniker där trygga undersköterskor kommer vid ett knapptryck och räcker fram det man behöver innan man hunnit be om det.** På andra ställen behöver man nästan skruva ihop sin egen stol för att ha någonstans att sitta.

DEN TYNGSTA SPECIALISERINGEN AV ALLA är dock fikarum. Jag är tränad som en elitsoldat för att ta mig an ett fikarum. Kaffeautomat och du kan fika hur du vill. Kaffebryggare är likställt med sociala krav och tider du förväntas rätta in dig efter. Till bryggaren hör minan att se upp för: mjölken. Den kan vara Någons eller Allas. Val av kopp är nästa utmaning. Att ta någons privata kopp, det är lite som att ta på sig denne persons underkläder. Jag blev tagen åt sidan en gång efter min första fikarast på en klinik. **I all välmening blev jag upplyst om att jag hade »hyvlat en skiva av en privat ost«.** Tacksamt tog jag till mig informationen då jag fick förklaringen till den isande tystnad jag känt av, men inte kunnat adressera i stunden.

Jag har även blivit specialiserad i att hitta nätverk. Inte genom att armbåga mig fram med medicinska kunskaper, då försvinner man i mängden bland studenter och AT-läkare. Men med mod att släppa fasaden och vara lite personlig i mötena med sina tillfälliga kollegor – ja, då har man även fått vänner för livet.

Med denna resa i ryggen och alla vänner jag plockat upp på vägen ska jag nu fortsätta öva på vårdcentralsarbetet. Men ost, det ska jag banne mig hyvla helt utan hämningar framöver.



Sara Åkerberg,
specialist i allmänmedicin,
Falu vårdcentral,
Sara.Akerberg@ltdalarna.se

Läkartidningen arrangerar

TRÄFFA EXPERTERNA

Endometrios

Stockholm, 15 november 2016

7A Odenplan, Norrtullsgatan 6, Stockholm

Endometrios är ett vanligt tillstånd som drabbar ungefär var 10:e kvinna i Sverige. Tillståndet kännetecknas av bäckensmärtor och bland kvinnor som lider av svår mensvärk kan endometrios vara den bakomliggande orsaken. Varannan kvinna med endometrios antas dessutom ha en påverkan på fertiliteten.

För att bättre kunna erbjuda kvinnor med endometrios ett optimalt omhändertagande krävs en kunskap om såväl sjukdomen som lämpliga utredningar och också vilka behandlingsalternativ som är lämpligast för den enskilda kvinnan.

Professor Matts Olovsson som är chef för Endometrioscentrum i Uppsala kommer tillsammans med andra experter inom området att presentera aktuellt kunskapsläge och förslag till omhändertagande av kvinnor med endometrios.

Preliminärt program den 15 november 2016

12:00–13:00	Registrering och lättare måltid
13:00–13:05	Inledning
13:05–13:35	Endometrios – den dolda sjukdomen *Professor Matts Olovsson, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet*
13:35–14:05	Endometrios och smärta *Överläkare Thomas Lundeberg, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Danderyds sjukhus*
14:05–14:30	Kaffe
14:30–15:00	Endometrios och smärtrehabilitering *Överläkare Birgitta Nilsson, Smärtcentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala*
15:00–15:30	Endometrios och infertilitet *Docent Greta Edelstam, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm*
15:30–16:00	Sammanfattning

Moderator
Docent Lena Marions, Södersjukhuset

Programansvariga
Docent Lena Marions och Läkartidningen

Pris
1 895 kr + moms. Kaffe och lättare förtäring 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.

Den fula ankungen är ett minne blott. Om laparoskopisk kolorektal kirurgi på sidan 1877.

Att förstå och ha tid för patienter med smärta

I VECKANS NUMMER (sidan 1866) av Läkartidningen får vi läsa om att centralt störd smärtmodulering, ett »överkänsligt smärtsinne«, kan vara en viktig mekanism vid långvariga smärtsyndrom. Intressant och angelägen kunskap. Författaren pekar på att det finns ett stort behov av utbildning med fokus på smärtans fysiologi och mekanismgrundad smärtdiagnostik. Absolut, men hur lyckas man motivera den ledsna, arga eller uppgivna patienten att förhålla sig till sin smärta på ett konstruktivt sätt? Att göra det bästa av sin situation, så att säga.

GEDIGEN KUNSKAP I SMÄRTFYSIOLOGI och diagnostik är nödvändig för att ge en saklig förklaring till smärtan; det ökar patientens förståelse för problemen. Detta är säkert en viktig del i behandlingen. Men för att nå behandlingsframgång krävs också en samarbetsallians med patienten, och för detta behövs, utöver psykologisk kunskap och lyhördhet, tid för samtal och kontinuitet i dialogen – de senare bristvaror i dagens sjukvård.

»Hur lyckas man motivera den ledsna, arga eller uppgivna patienten att förhålla sig till sin smärta på ett konstruktivt sätt?«

LÅNGVARIG SMÄRTA FRÅN rörelseapparaten är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och pension. Följaktligen behandlas merparten av patienter med smärtsyndrom inom primärvården, oftast utan tillgång till specialiserade smärtteam. Att få del av aktuella kunskaper om smärta, dess orsaker och behandling är förstås mycket värdefullt, men med psykologisk fingertoppskänsla, förmåga att lyssna och försök att förstå den enskildes livssituation förbättras förutsättningarna att hjälpa smärtpatienter till bättre livskvalitet.

Margaretha Bågedahl Strindlund, medicinsk redaktör
Margaretha.Bagedahl@lakartidningen.se



1872
Program för EU-utbildade läkare överbryggar kulturella skillnader

1862
Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer

1864
Nya rön

1866
Central sensitisering bakom svårbehandlad specifik smärta

1877
Laparoskopisk kolorektal kirurgi inte längre en ful ankunge

5 frågor till
Inger Hagqvist, ***specialistläkare och programansvarig för PLUS,*** **som tillsammans med fyra medförfattare skrivit om en utbildning i Västra Götalandsregionen där man lär EU-utbildade läkare att komma in i den svenska sjukvården.**



Varför har ni valt att skriva den här artikeln?
För att sprida information om PLUS-programmet. Introduktion och stöd behövs för den stora gruppen EU-utbildade läkare. Fram till april i år har de fått svensk legitimation utan krav på god språknivå. För att de ska känna delaktighet på sina arbetsplatser och kunna verka patientsäkert behövs utöver språket kunskap tillsammans med reflektion om hur man förhåller sig i svensk sjukvård.

Vad tycker deltagarna om kursen?
Deltagarna uppskattar både innehållet i PLUS och nätverket av kollegor de fått genom programmet, och de allra flesta rekommenderar varmt kollegor att delta.

Ni beskriver ett pilotprogram – hur har det gått med de efterföljande programmen?
Efterfrågan har ökat rejält, 160 läkare har hittills gått färdigt PLUS, det 12:e programmet startas i november och i höst deltar 100 läkare i fyra program. Upplägget är i stort detsamma som i piloten: klinik varvad med teori, reflektion i grupp med en senior läkare som handledare och språkundervisning.

Har andra landsting tagit efter den här modellen?
Flera landsting har hört av sig och besökt oss men vad jag vet finns inget liknande program i Sverige i dag.

Vad har du för bakgrund eftersom du arbetar med detta?
Min bakgrund är distriktsläkarens; specialist i allmänmedicin sedan 1986, vårdcentralchef i tio år, studierektor först på deltid och från 2010 övergripande studierektor i primärvården och medicinsk rådgivare i Västra Götalandsregionen. Sedan några månader arbetar jag heltid som ansvarig för PLUS-programmet. ○

Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer

2016 ÅRS EUROPEISKA RIKTLINJER FÖR HJÄRT–KÄRLPREVENTION GER OCKSÅ FOLKHÄLSOPERSPEKTIV OCH RÅD ÅT BESLUTSFATTARE



Joep Perk, senior professor, Linnéuniversitetet, Kalmar
● joep.perk@lnu.se



Stefan Agewall, professor, överläkare, hjärtkliniken, Oslo universitetssjukhus



Anna Kiessling, docent, institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Karolinska institutet; projektledare, Levnadsvaneprojektet, Svenska läkaresällskapet, Stockholm

Nyligen publicerades en ny version av de europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention [1]. Tio större organisationer inom Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice har tagit fram publikationen.

Dokumentet är en uppdatering av 2012 års publikation [2] och följer väsentligen samma struktur: Vad är kardiovaskulär prevention, vem behöver det, hur och var ska det erbjudas?

Här presenterar vi några av de viktigaste nyheterna, t ex att riktlinjerna nu även inkluderar ett folkhälsoperspektiv i ett avsnitt med rekommendationer om prevention på befolkningsnivå. För första gången presenteras i detta sammanhang vetenskaplig evidens och råd åt beslutsfattare.

Prevention till alla med förhöjd risk

Bedömning av risk bör erbjudas alla som kan misstänkas ha förhöjd risk för insjuknande och död i arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, t ex rökare och personer med högt blodtryck, diabetes mellitus, reumatoid artrit, sömnapnésjukdom, erektil dysfunktion eller förhöjda lipidvärden eller vid förekomst av familjär hyperkolesterolemi. Man rekommenderar att riskvärderingen görs vart 5:e år.

Också om hjärt-kärlsjukdom finns i familjen (kvinnliga förstagradssläktingar <65 år eller manliga <55 år) bör riskbedömning göras. Allmän screening för kvinnor >50 år och män >40 år kan övervägas om resurser finns, vilket inte rekommenderas i Sverige av SBU. I den yngre åldersgruppen saknas vetenskapligt stöd för screening.

För en sammanvägning av olika riskfaktorer kan SCORE-diagrammet användas (eller den digitala versionen HeartScore: www.heartscore.org), där Sverige har en risknivå i likhet med andra lågriskländer i Europa.

2012 års gradering av risk i fyra nivåer förblir densamma: mycket hög, hög, måttlig och låg risk. Även rekommenderade behandlingar och målvärden är oförändrade för varje grupp i de nu aktuella riktlinjerna.

Högre prioritet åt hälsosamma levnadsvanor

I de aktuella riktlinjerna har hälsosamma levnadsvanor prioriterats högre. Vid hypertoni, hyperlipidemi och diabetes mellitus slås fast att framgångsrik behandling inte kan uppnås om patienten inte samtidigt får råd och stöd om sina levnadsvanor. Här har primärvården en huvudroll; med högsta evidensgrad förordas ett interprofessionellt omhändertagande i lokala vårdprogram för hälsosamma levnadsvanor. Målsättningen för de viktigaste riskfaktorerna visas i Fakta 1.

Nytt i rekommendationen för goda matvanor är att man anser att regelbundet intag av osaltade nötter (30 gram/dag) minskar den kardiovaskulära risken och att man avråder från sötade drycker. Intaget av salt bör begränsas till <5 gram/dag, vilket för den svenska befolkningen vore mer än en halvering av den dagliga mängden i nuläget.

Målvärden för lipider är oförändrade: sänkning av LDL-kolesterol förblir den viktigaste målsättningen (<1,8 mmol/l vid mycket hög risk, <2,6 mmol/l vid hög risk). Inga målvärden för HDL-kolesterol eller triglycerider anges.

Inom området högt blodtryck förblir målvärdet <140/90 mm Hg, men för patienter >60 år med förhöjt systoliskt tryck bör detta sänkas till 140–150 mm Hg liksom för patienter >80 år under förutsättning att de är i gott allmäntillstånd. Ökad användning av 24-timmars blodtrycksregistrering och mer av patienters egenkontroll önskas, men tyvärr saknas ännu åldersrelaterade målvärden för dessa metoder.

Hälsosamma levnadsvanor och viktminskning eller åtminstone stabilisering av vikten för överviktiga patienter förblir hörnstenen i den preventiva vården för patienter med diabetes. Målvärdet för HbA_{1c} för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom och mikrovaskulära komplika-

HUVUDBUDSKAP

- I de nya europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention har hälsosamma levnadsvanor fått större betydelse än tidigare.
- Ett särskilt kapitel finns med rekommendationer om prevention på befolkningsnivå.
- Allmänläkaren förblir nyckelpersonen, men även sjuksköterskor och andra yrkesgrupper bör delta i det preventiva arbetet.
- För patienter med kardiovaskulär sjukdom bör planeringen av den preventiva vården ske redan under vårdtiden.

FAKTA 1. Målsättning

TOBAK. Ingen exponering för tobak i någon form.

MATVANOR. Låg halt av mättat fett och högt intag av fullkornsprodukter, grönsaker, frukt och fisk.

FYSISK AKTIVITET. Minst 150 minuter per vecka av måttlig aerob fysisk aktivitet (30 min 5 dagar/vecka) eller 75 minuter i veckan av tyngre aerob fysisk aktivitet (15 minuter 5 dagar/vecka) eller en kombination av båda.

VIKT/BMI. BMI 20–25 kg/m^2. Midjemått <94 cm (män) och <80 cm (kvinnor).

BLODTRYCK. <140/90 mm Hg.

»Lagstiftning föreslås för att reducera mängden energi, salt, mättat fett och tillsats av socker i livsmedel.«



Foto: Colourbox

En av rekommendationerna på folkhälsonivå är att skolor ska erbjuda lättillgängliga vattenfontäner och motverka sockrade drycker.

tioner är <53 mmol/mol för de allra flesta med diabetes, både typ 1 och 2.

I dokumentet finner man även särskilda preventiva råd för kvinnor, personer från etniska minoriteter, socioekonomiskt utsatta och personer med psykosocial problematik.

Patientföljsamheten är ett stort problem

Patienternas följsamhet till den givna behandlingen förblir ett stort problem. Särskilt inom preventionen tenderar individer att inte uppleva sig själva som sjuka, och behovet att ta läkemedel under resten av livet känns inte alltid klart.

Därför ges särskilda råd om hur man kan påverka följsamheten. För första gången anses att förenklad medicinering, där flera verksamma substanser kombineras i en enda tablett (s k polypiller) kan bli ett hjälpmedel för att förbättra följsamheten.

Stärkt prevention på befolkningsnivå

I dokumentet finner man både gradering av vetenskaplig evidens och rekommendationer för åtgärder på folkhälsoplanet. Bland riktlinjerna med högsta styrkan (grad I) kan följande nämnas:

Tobak. Priset bör höjas för att minska bruket, prisskillnader som driver gränshandel bör försvinna och man bör införa reklamneutrala förpackningar. Rökning bör inte tillåtas på offentliga platser. Rökning bör inte förekomma där barn vistas, särskilt inte i privata bostäder eller bilar.

Alkohol. Reklamen för alkoholhaltiga drycker bör minskas, gränsvärdet för alkohol vid bilkörning bör sänkas ytterligare (nolltolerans), och man rekommenderar en större satsning på det alkoholpreventiva arbetet i primärvården.

Matvanor. Lagstiftning föreslås för att reducera mängden energi, salt, mättat fett och tillsats av socker i livsmedel. Man rekommenderar prissättning som metod för att begränsa användningen av dessa produkter. Information om näringsinnehållet bör uniformt finnas på framsidan av förpackningar och vara läsbar. Skolor ska erbjuda lättillgängliga vattenfontäner och motverka användning av sockrade drycker.

Fysisk aktivitet. Vid planering av städer och större byggnader bör dessa utformas så att fysisk aktivitet underlättas. Ökad satsning bör även göras på skolgårdar så att de inbjuder till fysisk aktivitet.

Allmänläkaren förblir nyckelperson

Allmänläkaren förblir nyckelpersonen i det preventiva arbetet i primärvården, och man rekommenderar att sjuksköterskor och andra hälsoprofessioner engageras, särskilt för gruppen med hög kardiovaskulär risk.

Rådgivning om levnadsvanor och planering av den fortsatta preventiva vården bör ske redan under vårdtiden på sjukhuset för patienter med kardiovaskulär sjukdom. Efter utskrivning efter akut koronart syndrom eller vård för hjärtsvikt ska patienten erbjudas möjlighet att delta i program för hjärtrehabilitering för fortsatt stöd och råd vad gäller hälsosamma levnadsvanor (grad I-rekommendation). Deltagande i dessa program bör ske redan inom de första veckorna efter utskrivningen. Planering och uppföljning av detta kan med fördel delegeras till sjuksköterska (grad IIa).

En systematisk kvalitetsgranskning av det preventiva vårdarbetet behövs, någonting som i Sverige redan sker inom ramen för det nationella SEPHIA-registret [3]. Dessa råd ligger helt i linje med det nya vårdprogrammet för sekundär prevention som kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor i samverkan med Riksförbundet HjärtLung och arbetsgruppen för SPICI-studien [4] nyligen presenterade på det kardiologiska vårmötet.

Avsnittet »Vad ska eller kan man göra och vad ska man inte göra« i slutet av dokumentet är nytt och informativt: 24 »att göra«-råd (t ex »en hälsosam kost rekommenderas som en hörnsten i preventionen till alla«) och 5 »icke göra«-råd (t ex att bedömning av risk för hjärt-kärlsjukdom hos män <40 år och kvinnor <50 år utan några kända riskfaktorer inte rekommenderas). En bättre balans mellan »att göra« och »icke göra« hade sannolikt varit mera värdefull.

Bearbetas för svenska förhållanden

Sammanfattningsvis lägger 2016 års preventionsriktlinjer större fokus på både den enskilda patienten och folkhälsan. Hälsosamma levnadsvanor och full följsamhet till föreskriven behandling sätts i centrum. I detta sammanhang ligger dokumentet väl i linje med de senaste svenska rekommendationerna (från Socialstyrelsen [5] och Läkemedelsverket [6]).

Den aktuella kunskapsöversikten som berör folkhälsan kan leda till ökat intresse bland beslutsfattare, särskilt när detta sker i samverkan med nationella organisationer som yrkes- och patientföreningar. Man uppmanar läkare och andra hälsoprofessioner att ta större plats i debatten för god folkhälsa. Det är tydligt att den vetenskapliga evidensen finns för att agera från professionens sida. Politiska åtgärder för att minska hjärt-kärlsjukdom har tidigare efterlysts i Läkartidningen [7].

Nu vidtar arbetet med att anpassa dessa riktlinjer till svenska förhållanden. Det arbetet kommer i hög grad att involvera primärvården. För att bearbeta de europeiska riktlinjerna för svenska förhållanden har kontakt redan etablerats mellan SFAM:s (Svensk förening för allmänmedicin) levnadsvaneråd och Svenska kardiologföreningens arbetsgrupp för prevention och levnadsvanor. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D7HM

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81.
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-701.
3. SEPHIA. Årsrapport 2015. http://www.ucr.uu.se/swedeheart/index.php/arsrapport-2015
4. Perk J, Hambraeus K, Burell G, et al. Study of patient information after percutaneous coronary intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? EuroIntervention. 2015;10:e1-7.
5. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-11.

Screening för bukaortaaneurysm hos män är ännu kostnadseffektiv

Egenreferat. Ultraljudsscreening för abdominellt aortaaneurysm (AAA) hos 65-åriga män reducerar både AAA-relaterad och total mortalitet. Screeningen bedöms som kostnadseffektiv och utförs nu av alla svenska sjukvårdshuvudmän. Förutsättningarna har dock förändrats jämfört med när tidigare analyser genomförts. Framför allt har AAA-incidensen minskat från tidigare 4 procent till nu 1,5–2 procent, vilket lett till att screeningen ifrågasatts.

Vid vår enhet har dessutom endovaskulär operationsmetodik, EVAR (endovascular aortic repair), blivit den dominerande och alla män med små aneurysm upptäckta via screening har erbjudits farmakologisk sekundärprevention med ASA, statiner och blodtrycksreglering.

I en aktuell studie har det utvärderats om screening under dessa förutsättningar är kostnadseffektiv. En Markovmodell med 11 olika hälsotillstånd användes för att utvärdera kostnadseffektivitet. Bakgrundsdata avseende rupturrisk, kostnader och data relaterade till kirurgiska ingrepp inhämtades i första hand från kärlcentrum, i andra hand från Swedvasc-registret och i sista hand från litteraturen. Hörsamheten till screening var 78,3 procent och AAA-prevalensen 1,8 procent.

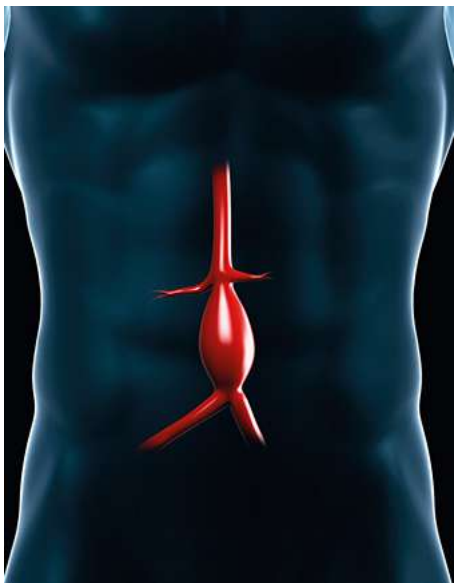


Illustration: Sebastian Kaulitzki/Fotolia/IBL

AAA-incidensen har minskat, vilket har lett till att screeningen ifrågasatts.

Tilläggskostnaden för AAA-screening motsvarade 1 620 kronor per person och år. Hälsovinsten per individ i den screenade gruppen var 0,011 extra kvalitetsjusterade levnadsår (QALY), motsvarande en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER) om 150 617 kronor per QALY. Vid en uppskattad 10-procentig minskning av dödligheten genom tillägg av farmakologisk sekundärprevention blev tilläggskostnaden för screening 1 678 kronor per person och år och hälsovinsten per individ i den screenade gruppen 0,013 extra QALY, motsvarande en ICER på 133 472 SEK per QALY.

Under nya förutsättningar med exempelvis lägre prevalens, EVAR-behandling och farmakologisk sekundärprevention är ultraljudsscreening för AAA hos 65-åriga män fortsatt kostnadseffektiv, enligt riktlinjer från både Socialstyrelsen och brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Moncef Zarrouk,
specialistläkare, kärlkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Zarrouk M, Lundqvist A, Holst J, Troëng T, Gottsäter A. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2016;51(6):766-73.

Kliniska aspekter vid njur- och njurtransplantatbiopsier i Sverige

Avhandling. Njur- och njurtransplantatbiopsier utförs för att ställa diagnoser och kontrollera terapieffekter. Metoden introducerades 1944 av Nils Alwall i Lund, som även uppfann den första kliniskt användbara dialysmaskinen. Trots att det har blivit säkrare att utföra sådana biopsier finns det fortfarande risker för allvarliga komplikationer.

Ett svenskt register över njur- och njurtransplantatbiopsikomplikationer för att utforska riskfaktorer och biopsikomplikationer har byggts upp sedan 2006 med start på Skaraborgs sjukhus i Skövde. Sedan har alla sjukhus i Västsverige samt Norrlands universitetssjukhus i Umeå bidragit med data till registret.

I en ny avhandling undersöks risker och komplikationer med njur- och njurtransplantatbiopsier. Syftet var att identifiera och kartlägga komplikationer och riskfaktorer för utveckling av biopsikomplikationer och att kunna överföra resultaten till den kliniska vardagen och på så sätt förbättra patientsäkerheten.

En undersökning gjordes av 1 299 biopsier i 1 039 nativa och 260 transplanterade njurar hos 1 178 patienter utförda i Sverige. Av patienterna var 456 kvinnor och 722 män. Medianålder var 55 år (16–90 år).

Undersökningen visade att ålder under 45 år, BMI under 26, kvinnligt kön samt IgA-nefrit leder till högre risk att utveckla allvarliga biopsirelaterade komplikationer. Generellt sågs komplikationer hos 8,8 procent av dem med nativa njurar (allvarliga 6,7 procent respektive mindre allvarliga 2,1 procent) och hos 6,5 procent av transplanterade patienter (allvarliga 3,8 procent respektive mindre allvarliga 2,7 procent). Inga dödsfall rapporterades.

Hos kvinnor var biopsi från höger njure i högre utsträckning associerad med komplikationer. Även biopsinål med mindre diameter (18G jämfört med 16G) var associerad med högre komplikationsrisk. Njurfunktionen generellt påverkade inte risken för komplikationer.

Patienter som är i riskzonen för allvarliga komplikationer vid njurtransplantatbiopsi kan identifieras genom ett förhöjt så kallat resistivt index (RI ≥0,8), ett radiologiskt mått på motstånd och blodflöde som skattas med hjälp av ultraljud.

Slutsatsen är att faktorer som yngre ålder, kvinnligt kön, lägre BMI och förhöjt RI kan vara relevanta vid bedömning av risk för komplikationer när det föreligger behov av njurbiopsi.

Björn Peters,
Skaraborgs sjukhus, Njurmedicin, Skövde; institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
bjorn.peters@vgregionen.se

Peters B. Clinical and quality aspects of native and transplant kidney biopsies in Sweden. Umeå: Umeå universitet; 2016.

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Palliativ medicin

7A ODENPLAN, NORRTULLSGATAN 6, STOCKHOLM, 23 NOVEMBER 2016

Nästan överallt i sjukvården finner vi patienter som har behov av palliativmedicinsk kompetens. Det kan röra sig om allt från en enklare bedömning till omfattande insatser kombinerat med den palliativa vårdens helhetssyn och närvaro dygnet runt. Symposiet spänner över stora delar av den palliativa vårdens huvudinnehåll: smärt- och symtomlindring, kommunikation, vård av den döende, existentiella frågor, etik, stöd till närstående samt organisation och vårdutveckling.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 23 NOVEMBER



10:30–11:00	**Registrering och kaffe**
11:00–11:05	**Inledning** Professor Carl Johan Fürst, Lunds universitet
11:05–11:20	**Hur är den palliativa vården organiserad i Sverige i dag?** Docent Bertil Axelsson, Umeå universitet
11:20–11:45	**Klinisk vardag – hur identifierar vi patienten som snart ska dö?** Docent Anna Milberg, Linköpings universitet
11:45–12:10	**Behov av symtomlindring – vanliga symtom, smärta och existentiella perspektiv** Leg läkare Meis Omran, Karolinska universitetssjukhuset, Med dr Staffan Lundström och professor Peter Strang, Karolinska institutet
12:10–13:10	**Lunch**
13:10–13:40	**Behov av symtomlindring, fortsättning**
13:40–14:05	**Närstående i palliativ vård – betydelsen av att vara förberedd** Docent Anette Alvariza, Ersta Sköndal Högskola
14:05–14:35	**Samtalets betydelse för den tid som är kvar** Anders Danielsson, Palliativt utvecklingscentrum, Lund
14:35–14:55	**Kaffe**
14:55–15:20	**Behandling har ett pris – när är det klokt att avstå?** Överläkare Gunnar Eckerdal, Sahlgrenska sjukhuset
15:20–15:45	**Hur god är den palliativa vården?** Överläkare Greger Fransson, Länssjukhuset, Kalmar
15:45–16:00	**Avslutning och sammanfattning av dagen** Carl Johan Fürst och Anna Milberg

Moderator: Professor Carl Johan Fürst, Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet samt docent Anna Milberg, Linköpings universitet

Programansvariga: Carl Johan Fürst och Anna Milberg

Välkommen!

1 895 kr + moms. 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.
TID & PLATS: 23 november 2016 kl 10:30–16:00. 7A Odenplan, Norrtullsgatan 6, Stockholm

Läkartidningen

Central sensitisering bakom svårbehandlad specifik smärta

SMÄRTMEKANISM VID FIBROMYALGI KAN FÖRKLARA ÄVEN ORGANRELATERADE LÅNGVARIGA SMÄRTTILLSTÅND

Jan Lidbeck, med dr, specialistläkare, Multimodala smärtteamet, VE Råå, Helsingborg; knuten till Kunskapscentrum smärta, Region Skåne
● lidbeckjan@gmail.com

Centralt störd smärtmodulering är en viktig smärtförstärkande mekanism vid långvarig muskuloskeletal smärta (duration > 3 månader), som vid fibromyalgi (utbredd smärta), nackskadesyndrom och lumbago [1]. Detta har tidigare belysts i Läkartidningen [2-4] och sedan 2011 även i Läkemedelsboken [5]. Under senare år har ett ökande antal rapporter och litteraturöversikter [6, 7] beskrivit störningar i den centrala smärtregleringen även vid långvariga mer specifika smärttillstånd, till exempel svårbehandlad smärta vid kronisk pankreatit, kronisk prostatit, endometrios och reumatoid artrit.

Här avses att kortfattat belysa begreppet centralt störd smärtmodulering (central sensitisering) och ge exempel på smärttillstånd relaterade till olika organspecialiteter (organrelaterad smärta) där centrala mekanismer anses spela en viktig roll.

Central sensitisering

»Central pain hypersensitivity« beskrevs 1983 av smärtforskaren Clifford Woolf, som rapporterade om smärtöverkänslighet efter trauma till följd av sensorisk signalförstärkning i det centrala nervsystemet [8]. Det numera oftast använda begreppet central sensitisering (central sensitisation) infördes av forskargruppen kring Clifford Woolf i slutet av 1980-talet [9]. Primärt avsågs endast sensitisering av neuron i ryggmärgens dorsalhorn [10] men central sensitisering används i dag som ett paraplybegrepp [11] för flera centralt smärtförstärkande mekanismer [7, 12], så även i denna översikt.

Med sensitisering avses överretbarhet för nociceptiva stimuli i perifera och/eller centrala neuron. Perifer sensitisering kan förekomma vid exempelvis posttraumatisk neuropatisk smärta (nervskada), muskelskada [13] eller annan perifer retning. Detta kan i sin tur leda till (central) sensitisering av neuron i ryggmärgens bakhorn. Abnorm känslighet för smärtstimuli kan även uppkomma i hjärnan, vilket visats med positronemissionstomografi (PET) och funktionell magnetkameraundersökning (fMRI) [14, 15].

Central sensitisering är en fysiologisk smärtförstärkande mekanism som är beroende av pågående afferent impulsflöde både vid akut och mer långvarig perifer retning. Den centrala smärtförstärkningen är normalt reversibel om den nociceptiva, neuropatiska eller inflammatoriska retningen upphör [16]. Men hos predisponerade individer tycks genetiska och emotionella/kognitiva faktorer kunna samverka med afferent inflöde [17] och leda till irreversibelt ökad central smärtkänslighet och långvarig smärta.

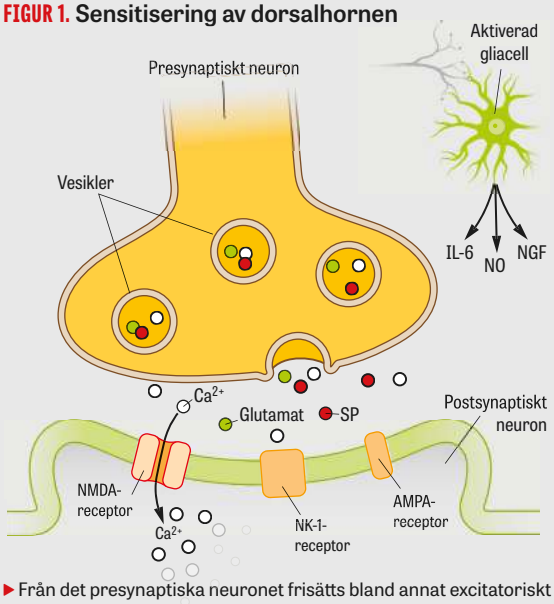
Den neurokemiska processen bakom central sensitisering är komplex. Förenklat antas afferent stimulering leda till synaptiskt inflöde i ryggmärgens dorsalhorn av olika neurotransmittorer och neuromodulatorer [18], bland annat glutamat och substans P (Figur 1). Aktivering av postsynaptiska NMDA (N-metyl-D-aspartat)-receptorer [7] leder till sänkta retningströsklar (dorsalhornssensitisering) och ökad signalering i uppåtgående bansystem med förstärkt smärtupplevelse (Figur 2). Till detta har associerats symtom som abnorm ömhet (allodyni), abnorm smärta (hyperalgesi) samt smärta som kvarstår efter ringa perifer retning (delayed pain; eftersmärta) [19]. Även en neuroanatomisk ombyggnad har föreslagits som förklaringsmodell med aktivering av latenta synapser och sensitisering av neuron inom angränsande dorsalhornssegment och/eller kontralateralt [20], vilket associerats till symtom som diffus smärtutstrålning (refererad smärta) och smärtspridning [7, 21].

Det bredare begreppet central sensitisering omfattar även störning i nedåtgående smärthämmande bansystem (Figur 2) som anses vara en mekanism bakom utbredd smärta, som vid fibromyalgi [11, 22]. Även nedåtgående smärtförstärkande (faciliterande) bansystem [23] har beskrivits utgående från cerebrala strukturer för affektiv och kognitiv kontroll [17, 24]. Emotionella faktorer har sålunda del i den centrala smärtförstärkningen [25]. Den intresserade hänvisas

HUVUDBUDSKAP

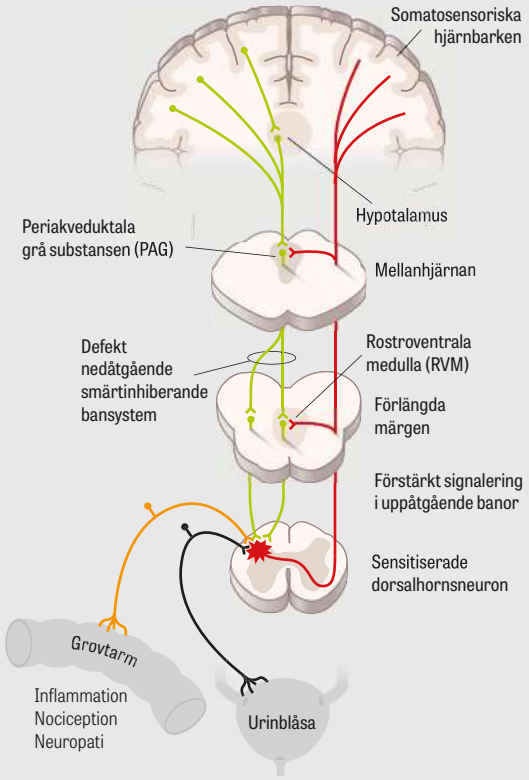
- Central sensitisering är en förstärkande mekanism vid långvarig muskuloskeletal smärta. Ökat stöd finns för att central sensitisering kan bidra till även mer specifik långvarig organrelaterad smärta.
- Klinisk smärtdiagnostik kan ge vägledning för identifiering av central sensitisering när svårbehandlad smärta inte enbart kan förklaras av smärtgenererande faktorer i ett specifikt organ.
- Implikationerna är flerfaldiga. De omfattar bland annat behovet av breddad läkarutbildning i mekanismgrundad smärtdiagnostik. Identifiering av central sensitisering kan ge stöd till att avstå från omfattande utredningar och ingrepp, gör smärtpatienten mer begriplig och utgör grunden för ett bättre omhändertagande.

FIGUR 1. Sensitisering av dorsalhornen



▶ Från det presynaptiska neuronet frisätts bland annat excitatoriskt glutamat och substans P (SP). Glutamat binder till postsynaptiska AMPA (alfa-amino-3-hydroxi-5-metyl-4-isoxazol-propansyra)- och NMDA (N-metyl-D-aspartat)-receptorer. Depolarisering av AMPA leder till aktivering av NMDA, och neurokininreceptorer (NK-1) aktiveras av SP. Detta leder till ökat kalciuminflöde och sänkta retningströsklar (sensitisering). Aktiverade gliaceller deltar i processen genom frisättning av cytokiner (IL-6), kväveoxid (NO) och neuropeptiden NGF (nerve growth factor).

FIGUR 2. Störd central smärtmodulering leder till ökad smärta



▶ Afferent inflöde genom inflammation, nociception, neuropati och perifer sensitisering (orange) kan leda till sensitiserade dorsalhornsneuron och förstärkt signalering i uppåtgående smärtbanor (rödmarkerade). Till detta kan även bidra störningar i nedåtgående smärthämmande banor (gröna). Figuren illustrerar schematiskt hur grovtarm och urinblåsa kan ha afferent konvergens till gemensamma sensitiserade dorsalhornsneuron. Nociceptiv signalering vid till exempel IBS (irriterade tarmens syndrom) skulle sålunda kunna bidra till både förstärkt grovtarmsrelaterad buksmärta och symtom som vid överaktiv blåsa (cross organ sensitisation).

till mer utförliga översikter om centralnervösa mekanismer vid långvarig smärta [7, 21].

Diagnostik

Inom smärtvården används i dag klinisk symtombaserad diagnostik för identifiering av olika smärtmekanismer inklusive central sensitisering [3, 26]. I rapporteringen om långvarig organrelaterad smärta och centrala sensitiseringsmekanismer har mer forskningsinriktade diagnosmetoder kommit till användning. En sådan är kvantitativ sensorisk testning, QST (quantitative sensory testing), där sänkta smärttrösklar för tryck, PPT (pressure pain thresholds), värme och kyla [27, 28] kan tala för central smärtkänslighet om andra orsaker (till exempel perifer neuropati) kunnat uteslutas. Andra metoder är påvisande av störd central smärthämning med utebliven smärttröskelhöjning vid smärtprovokation och undersökning med fMRI som visat på abnormt hög aktivitet i cerebrala smärtnätverk [29, 30].

Nedan ges några exempel på organrelaterade smärttillstånd inom olika specialiteter där central sensitisering rapporterats vara en sannolik smärtmekanism. En mer fullständig diagnosförteckning visas i Fakta 1.

Ortopedi

Lateral epikondylit. I en studie på smärttrösklar vid lateral epikondylit påvisades signifikant sänkta värden inte endast över armbågen utan även i halsryggen och underbensmuskulaturen [31]. Graden av sådan utbredd allodyni var relaterad till armbågssmärtans intensitet. Detta ansågs tala för att lokal nociception kan leda till utbredd smärtkänslighet förstärkt av centrala sensitiseringsmekanismer. I en större liknande studie hade sålunda nära hälften av patienterna utbredd smärta [32]. I ytterligare en kontrollerad studie påvisades sänkta smärttrösklar både i arm och ben [33], men i mindre grad, hos patienter med tecken på inflammatorisk epikondylit. En slutsats var att patienter med epikondylit skulle kunna subgrupperas beroende på inslaget av lokal inflammation eller graden av central sensitisering och ges olika behandling.

Inklämningssyndrom. Hos patienter med skuldersmärta betingad av subakromial inklämning (impingement) har sänkta smärttrösklar påvisats även på den friska sidan och på underbenet [34]. En signifikant andel patienter med tecken på preoperativ central sensitisering får kvarstående smärta efter operation [35]. Vid en systematisk litteraturgenomgång av skuldersmärtsyndrom (inklusive inklämningssyndrom) fanns stöd för att en undergrupp patienter utvecklade abnorm smärta till följd av central sensitisering [36]. Författarna konkluderade dock att ytterligare studier behövdes.

Urologi

Kronisk prostatit. Vid kronisk prostatit har sökandet efter lokalt smärtgenererande faktorer inte kunnat förklara behandlingsresistens eller det kroniska för-

FAKTA 1. Smärttillstånd

Exempel på svårbehandlade smärttillstånd där ett starkt inslag av central sensitisering ofta föreligger. Diagnoser relaterade till respektive organspecialitet.

NEUROLOGI:
- Huvudvärkssyndrom inklusive migrän [103, 104]

INTERNMEDICIN:
- Icke kardiella bröstsmärtor [105, 106]
- Irriterade tarmens syndrom (IBS)

NEUROKIRURGI:
- Cervikobrakialt syndrom (diagnostiserat som cervikalt diskbråck) [107-109]

KIRURGI:
- Postoperativ smärta [110-112]
- Kronisk pankreatit [113, 114]

ORTOPEDI:
- Nackskadesyndrom [115-117]
- Impingement
- Lateral epikondylit
- Karpaltunnelsyndrom [118, 119]
- Knäledsartros [120-122]
- Lumbago [123, 124]
- Postoperativt ryggsyndrom (failed back surgery syndrome [125]

UROLOGI:
- Kronisk prostatit
- Överaktiv blåsa (interstitiell cystit)
- Recidiverande uretärkolik [126, 127]

GYNEKOLOGI:
- Vulvodyni
- Vestibulodyni
- Premenstruellt syndrom [128]
- Endometrios
- Andra bäckensmärtsyndrom [129]

REUMATOLOGI:
- Reumatoid artrit
- SLE (systemisk lupus erythematosus)

FAKTA 2. Undersökningsfynd som talar för starkt inslag av central sensitisering vid muskuloskeletal smärta [74].
- Smärta icke-proportionerlig till känd skada eller patologi
- Diffus smärtutbredning med allodyni och hyperalgesi
- Symtom på generell överretbarhet (hypersensitivity) icke relaterad till muskuloskeletala systemet (till exempel abnorm känslighet för kyla, värme, stress, buller, ljud och lukt), verifierad med > 40 enligt Central sensitisation inventory [73].

Övriga icke obligata symtom: Domningar, hyperestesi, muskelsvaghet, koordinationsstörning, stelhet, kognitiva defekter, sömnstörning, svullnadskänslor med varierande symtomintensitet.

Neuropatisk smärta definierad enligt internationellt konsensus [130] ska vara exkluderad.

FAKTA 3. Smärtsyndrom där central sensitisering kan ha stor betydelse (centrala sensitiseringssyndrom, CSS) [77, 78].
- Generell smärta/fibromyalgi
- Nack–skuldersyndrom
- Kronisk huvudvärk
- Temporomandibulärt smärtsyndrom
- Irritabel kolon
- Premenstruellt syndrom
- Interstitiell cystit/överaktiv blåsa
- Posttraumatiskt stressyndrom

loppet [37]. Under senare år har centralt störd smärtmodulering beskrivits som en bidragande mekanism vid långvarig prostatitsmärta [38]. I Läkartidningen har rapporterats att detta till del skulle kunna betingas av störd central smärthämning liknande den vid fibromyalgi [37]. Centrala sensitiseringsmekanismer vid kronisk urogenital bäckensmärta har även belysts i en systematisk litteraturgenomgång [39].

Överaktiv blåsa. Som vid kronisk prostatit anses inte perifert nociceptiva faktorer kunna förklara behandlingsresistens eller smärtans kronicitet vid överaktiv urinblåsa (interstitiell cystit). Resultat från nyare rapporter har pekat på att central sensitisering kan spela en viktig roll [40-42]. I en kontrollerad studie påvisades suprapubisk segmentell hyperalgesi (motsvarande T 10–12), troligen förstärkt av spinal sensitisering [42]. Urinblåsa och tarm är närliggande organ med liknande funktioner och innervering, och runt en tredjedel av patienter med överaktiv blåsa är även drabbade av IBS (irriterade tarmens syndrom) [43]. Denna samsjuklighet har kopplats till en gemensam patofysiologi vid svårbehandlad smärta (cross organ sensitisation) [44-46], där blåsa och tarm kan ha neurogen afferent konvergens till gemensamma dorsalhornsneuron (Figur 2) [41]. Långvarig smärta vid överaktiv blåsa antas sålunda kunna leda till svår smärta även vid IBS genom sensitisering av gemensamma spinala neuron (viscero-visceral hyperexcitabilitet).

Gynekologi

Vulvodyni. I en aktuell litteraturöversikt [47] över studier på medicinskt oförklarlig smärta vid kronisk vulvodyni och vestibulodyni sammanfattades att smärtan till väsentlig del kunde betingas av perifer och central sensitisering. Vid en annan litteraturgenomgång [48] av rapporter om sänkta smärttrösklar vid kronisk bäckensmärta fann man utbredd och ökad smärtkänslighet i hud och muskulatur över områden med refererad smärta, i urinblåsan och grovtarmen samt i hud och muskulatur utanför det lokala smärtområdet.

Endometrios. Även hos patienter med endometrios har smärtintensiteten rapporterats vara oberoende av aktiviteten eller utbredningen av påvisad endometrios

[49]. Flera studier har visat på låga smärttrösklar relaterade till inverkan av centrala sensitiseringsmekanismer [50-52]. I en kontrollerad studie undersöktes visceral smärtöverkänslighet genom smärtprovokation med rektal ballongdilatation på patienter med olika grad av verifierad endometrios [50]. Sänkta smärttrösklar påvisades i patientgruppen men inte hos de friska kontrollerna. Detta tolkades som att visceral smärtöverkänslighet är vanlig vid endometrios. I en annan studie med distal smärtstimulering (injektion av hyperton koksaltlösning i handen) rapporterade endometriospatienter högre smärtintensitet och större smärtutbredning än de friska kontrollerna [53].

Gastroenterologi

IBS. Visceral smärtöverkänslighet och central sensitisering relaterad till IBS har redan omnämnts. Låga smärttrösklar vid rektal smärtstimulering, refererad smärtutstrålning, utbredd hudöverkänslighet (dysestesi) och muskulär hyperalgesi har beskrivits hos patienter med IBS [54-56]. En del patienter uppfyller även diagnoskriterierna för fibromyalgi [57, 58], och som vid fibromyalgi tycks störd central smärthämning ha betydelse för den abnorma smärtupplevelsen [59]. Perifer nociception efter exempelvis tarminfektion med ändrad tarmflora [60] skulle kunna trigga igång sensitiseringsprocessen. En mer utförlig översikt av perifera och centrala smärtmekanismer vid funktionella mag-tarmsyndrom har nyligen presenterats [61].

Reumatologi

Reumatoid artrit. Vid reumatoid artrit anses inflammatorisk artritsmärta kunna förstärkas av central sensitisering och därmed försvåra bedömningen av den reumatiska sjukdomsaktiviteten [62]. En svensk studie av patienter med reumatoid artrit med lång sjukdomsaktivitet (>5 år) påvisade allodyni även över smärtfria områden [63]. I en systematisk litteraturöversikt ansågs det svaga sambandet mellan sjukdomsaktivitet och smärta jämte påvisad utbredd hyperalgesi över smärtfria områden tala för smärtförstärkning genom centrala mekanismer [64]. Däremot fann man inget stöd för att störd central smärthämning eller kognitiv/affektiv sensitisering spelade någon roll för smärtupplevelsen. Andra översikter har beskrivit central sensitisering vid samsjuklighet mellan reumatoid artrit och fibromyalgi, och prevalensen för fibromyalgi hos patienter med reumatoid artrit har rapporterats vara runt 15 procent [65]. Utbredd smärta vid andra inflammatoriska bindvävssjukdomar, särskilt SLE (systemisk lupus erythematosus), har även associerats till central sensitisering och fibromyalgi [66].

DISKUSSION

Några viktiga implikationer relaterade till central sensitisering och långvarig organrelaterad smärta diskuteras nedan.

Stort utbildningsbehov. I dag är det mer regel än undantag att långvarigt smärtdrabbade patienter remitteras till smärtvården först efter frekventa vårdkontakter, upprepade utredningar och fruktlösa behandlingsförsök. Ibland har operativa ingrepp lett till ökat smärtlidande. Inom smärtvården görs regelmässigt mekanismgrundad smärtdiagnostik för att differentiera mellan nociceptiv, neuropatisk och psykogen smärta och smärtförstärkning genom central sensitisering [3, 26]. Oftast finner man belägg för att central sensitisering är den dominerande smärtmekanismen och att kliniska tecken på detta funnits längre tillbaka i sjukhistorien men blivit förbisedda i sjukvården som helhet.

Många smärtpatienters lidande skulle kunna hanteras bättre med ökade kunskaper om att långvarig smärta inte enbart betingas av sjukdomsprocesser i ett specifikt organ [49, 50]. Det behövs en breddad professionell utbildning i smärtfysiologi och mekanismgrundad smärtdiagnostik [67-69], men ännu saknas en strukturerad smärtkurs i läkares grundutbildning, och de systematiska fortbildningarna är få [70]. Smärtläkarföreningen har dock under senare år tagit kraftfullt initiativ till förbättrade akademiska smärtutbildningar [71].

Förenklad klinisk smärtdiagnostik. Även med utökade kunskaper är det inte troligt att mer avancerade tekniker för mekanismbaserad smärtdiagnostik kommer att användas inom organspecialiteterna. I stället krävs enklare och mindre resurskrävande metoder. För långvarig muskuloskeletal smärta har en sådan tidigare beskrivits i Läkartidningen [3] och har fått ökad relevans efter validitetsstudier av kliniska symtom associerade till central sensitisering [72]. Ett diagnostiskt screeninginstrument med hög reliabilitet och validitet (Central sensitisation inventory) har nyligen beskrivits [73], och en aktuell multicenterstudie [74] har tagit fram diagnostiska kriterier för central sensitisering (Fakta 2). Liknande metodik har föreslagits vid svårdiagnostiserad osteoartrossmärta [75] och reumatologiska sjukdomar [76].

Identifiering av riskfaktorer. Under senare år har fibromyalgi, nack-skuldersyndrom, kronisk huvudvärk, temporomandibulärt smärtsyndrom, premenstruellt syndrom, IBS, överaktiv blåsa och posttraumatiskt stressyndrom beskrivits under begreppet centrala sensitiseringssyndrom, CSS (central sensitivity syndromes) [77, 78]. Det finns en samsjuklighet inom gruppen med en rad gemensamma neurofysiologiska och neuroendokrina dysfunktioner [79]. Anamnes på CSS hos en och samma individ och/eller biologiskt närstående anses predisponera för utveckling av annan långvarig smärta [78] inklusive organrelaterade smärttillstånd [79]. Stöd från undersökningsfynd (Fakta 2) och samtidig förekomst av CSS (Fakta 3) skulle i många fall kunna tala för svårbehandlad organrelaterad smärta förstärkt av centrala sensitiseringsmekanismer.

Multimodal smärtrehabilitering. Oftast krävs ett teambaserat (multiprofessionellt) omhändertagande med deltagande av läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog. Sådan specialiserad smärtrehabilitering omfattar förutom patientpedagogik olika former av KBT, fysioterapi, fysisk aktivering, aktivitetsanalys, avspänningsmetodik och farmakoterapi [80, 81]. Positiva behandlingseffekter har dokumenterats i form av

färre sjukbesök, reducerat läkemedelsbruk, minskad sjukskrivning och ekonomiska vinster som överstiger kostnaderna [82-85].

Men långt ifrån alla svårt smärtdrabbade kan erbjudas sådan vård. De få specialistkliniker som finns har begränsade resurser [71, 86] och är vanligen profilerade mot smärta i rörelseapparaten. Det är inte heller troligt att patienter med långvarig organrelaterad smärta kommer att erbjudas teambaserad behandling på somatiska kliniker inom överskådlig framtid. Inom vissa specialiteter finns dock redan sådan verksamhet. Exempel är teambehandling av kvinnor med endometrios och kroniska bäckensmärtor [87, 88] samt patienter med reumatoid artrit [82, 89].

Vad den enskilde läkaren kan göra. Med relativt enkla medel kan den enskilde läkaren bidra till ökad smärtkontroll och livskvalitet.

- *Smärtförklaringens betydelse:* Vid långvarig smärta är det mer regel än undantag att såväl läkare som patient ger uttryck för besvikelse och frustration över utebliven bot och lindring. Ömsesidigt misstroende är vanligt, och patient–läkarrelationen riskerar att försämras [90, 91]. Men med ökade kunskaper om central sensitisering kan den smärtdrabbade ges en rimlig smärtförklaring. En sådan bör innehålla pedagogisk information (utbildning i smärtneurofysiologi) om lättprovocerbart »överkänsligt smärtsinne«, att symtom som allodyni, hyperalgesi och eftersmärta ofta inte är tecken på svår sjukdom eller skada och att emotionella/kognitiva faktorer (»stress«) påverkar den centrala smärtkänsligheten [92]. Sådan information kan de facto leda till minskad smärta genom aktivering av den centrala smärthämningen [93], är avdramatiserande och befrämjar ökat fysiskt och psykiskt välbefinnande [94]. Med detta följer minskad symtomrädsla, ökat egenansvar och förståelse för behovet av mer helhetsinriktad (biopsykosocial) behandling [95, 96].
- *Läkemedelsbehandling:* Både perifert och centralt verkande analgetika har dålig smärtlindrande effekt vid långvarig smärta. I stället kan behandlingsförsök prövas med tricyklika i låg dos (främst amitriptylin), antidepressiva av typ serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare, SNRI (duloxetin, mianserin), eller antikonvulsiva (gabapentin, pregabalin). Den intresserade hänvisas till aktuella översikter [97].
- *Paramedicinsk behandling:* Genom att även involvera fysioterapeut, arbetsterapeut och beteendevetare kan behandlingen ges en mer biopsykosocial inriktning.

Den problematiska smärtpatienten blir begriplig. Inom specialiserad smärtvård har central sensitisering sedan länge varit ett etablerat begrepp [3] men det har funnits svårigheter att nå ut med denna kunskap till den övriga sjukvården. Detta kan bero på att svårförståelig smärta inte har ansetts passa in i den biomedicinska sjukdomsmodellen och därmed haft låg professionell status [98-100]. Sålunda har rapportering om neurobiologiska perspektiv på långvarig smärta setts som uttryck för medikalisering [101], och nackskadesyndrom jämte utbredd smärta (till exempel fibromyalgi) har ensidigt betraktats som ifrågasatta kultursjukdomar [102]. Den ökande rapporteringen om central sensitisering som en väsentlig mekanism bakom även långvarig organrelaterad smärta kommer att ge ökad förståelse för den problematiska smärtpatienten. Detta är ännu en viktig implikation.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4YA

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

REFERENSER

3. Lidbeck J. Centralt störd smärtmodulering vid muskuloskeletal smärta. Läkartidningen. 2007;104:2960-4.
6. Staud R. Abnormal endogenous pain modulation is a shared characteristic of many chronic pain conditions. Expert Rev Neurother. 2012;12:577-85.
7. Woolf CJ. Central sensitisation: implications for the diagnosis and treatment of pain. Pain. 2011;152(3 Suppl):S2-15.
10. Hansson P. Translational aspects of central sensitization induced by primary afferent activity: what it is and what it is not. Pain. 2014;155:1932-4.
11. Woolf CJ. What to call the amplification of nociceptive signals in the central nervous system that contribute to widespread pain? Pain. 2014;155:1911-2.
13. Gerdle B, Ghafouri B, Ernberg M, et al. Chronic musculoskeletal pain: review of mechanisms and biochemical biomarkers as assessed by the microdialysis technique. J Pain Res. 2014;7:313-26.
21. Kosek E. Smärtans fysiologi och reglering. I: Kosek E, Lampa J, Nisell R, redaktörer. Smärta och inflammation vid reumatiska sjukdomar och vanliga smärttillstånd i rörelseapparaten. Lund: Studentlitteratur; 2014. p. 203-24.
26. Stålnacke B, Bäckryd E, Roeck Hansen E, et al. Smärtanalys och diagnossättning vid kroniska smärtor inom specialiserad smärtvård. Diagnosgruppen inom Nationellt register över Smärtrehabilitering (NRS); 2014. Rapport 2014:3.
67. Arnér S, Meyerson B. Skilj på smärta och smärta! En förutsättning för val av rätt behandling är att smärtgenerande mekanismer differentieras. Läkartidningen. 2001;46:5162-6.
70. Svenska smärtläkarföreningen, Swedish Pain Society. Behovet av en nationell smärtplan. 2013. http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Specialitetsforening/Svenska-Smartlakarforeningen/Aktuella-projekt/Kraft-ansamling-mot-smarta/
71. Svenska smärtläkarföreningen, Svenskt smärtforum. Kraftsamling kring svensk smärtvård. 2015. http://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Specialitetsforening/Svenska-Smartlakarforeningen/Aktuella-projekt/Kraft-ansamling-mot-smarta/
72. Smart K, Blake C, Staines A, et al. The discriminative validity of »nociceptive«, »peripheral neuropathic«, and »central sensitization« as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. Clin J Pain. 2011;27:655-63.
73. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract. 2012;12:276-85.
74. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen CP, et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. Pain Physician. 2014;17:447-57.
77. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semin Arthritis Rheum. 2008;37:339-52.
78. Kindler LL, Bennett RM, Jones KD. Central sensitivity syndromes: mounting pathophysiologic evidence to link fibromyalgia with other common chronic pain disorders. Pain Manag Nurs. 2011;12:15-24.
91. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. Soc Sci Med. 2003;57:1409-19.
101. Malmquist J, Petersson C. Psyket som försvann – eller helhetssynen som plattade till patienten. Läkartidningen. 2005;102:2640-5.
102. Beland M. Kultursjukdomar med högt pris. Läkartidningen. 2003;100:3998-01.

Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till fortbildningsdag

Kardiologi i primärvården



Biograf Bergakungen, Skånegatan 16, Göteborg, tisdagen den 29 november, 2016

Efter vinterns välbesökta evenemang i Stockholm är vi glada att kunna arrangera en repris i Göteborg.

På plats finns några av landets främsta specialister inom området som guidar dig genom dagen.

Seminariet vänder sig till dig som möter patienter med vanliga kardiologiska sjukdomar i första hand inom primärvården. Syftet är att uppdatera om det senaste i diagnostik och behandling av ischemisk hjärtsjukdom, vanliga arytmier, klaffel och hjärtsvikt.

Dagen är indelad i fyra delar som leds av två experter på respektive område. Med utgångspunkt från fallbeskrivningar diskuteras angina pectoris, genomgången hjärtinfarkt, ventrikulära och supraventrikulära arytmier inkluderande förmaksflimmer. Vidare kommer de vanligaste och viktigaste medfödda eller förvärvade klaffsjukdomarna att belysas liksom hjärtsviktens patofysiologi, diagnostik och behandling.

Preliminärt program 29 november, 2016

08:00–08:30	*Registrering och kaffe*
08:30–10:15	***Ischemisk hjärtsjukdom*** Överläkare Annica Ravn Fischer och överläkare Oskar Angerås, båda Sahlgrenska sjukhuset
10:15–10:30	*Kaffe*
10:30–12:15	***Arytmier*** Överläkare Piotr Szamlewski och kardiolog Runa Sigurjónsdóttir, båda Sahlgrenska sjukhuset
12:15–13:00	*Lunch*
13:00–14:45	***Klaffsjukdom*** Professor Elisabeth Ståhle, Akademiska sjukhuset och överläkare Magnus Settergren, Karolinska sjukhuset
14:45–15:15	*Kaffe*
15:15–17:00	***Hjärtsvikt*** Professor Bert Andersson och överläkare Entela Bolano, båda Sahlgrenska sjukhuset

Moderator
Per Albertsson, verksamhetschef Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Programansvarig
Professor Jan Östergren, med. huvudredaktör, Läkartidningen.

Pris
2 595 kr + moms. 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.

För program och anmälan: **www.lakartidningen.se/events**

Utställare

Edwards

Science For A Better Life

Program för EU-utbildade läkare överbryggar kulturella skillnader

Inger Hagqvist, specialistläkare, Västra Götalandsregionen; programansvarig, PLUS
● inger.hagqvist@vgregion.se

Stig Rödjer, docent, Sahlgrenska akademin

Anna Aggeryd, distriktsläkare, Borås

Ebba Holmberg, överläkare, NU-sjukvårdens psykiatri

Göran Bondjers, senior professor, Sahlgrenska akademin; samtliga knutna till PLUS-programmet, Västra Götaland

Under de senaste tio åren har andelen läkare med utländsk utbildning ökat, och cirka hälften av de svenska läkarlegitimationerna utfärdas i dag till utlandsutbildade [1]. De flesta har utbildats inom EU. En kartläggning 2012 i Västra Götalandsregionen visade att den språkliga och kulturella kompetensen hos icke-nordiska läkare behövde säkerställas, medan verksamheterna inte uppfattade problem med den allmänna medicinska kompetensen. De utländska läkarna beskrev en osäkerhet i arbetet och svårigheter i den sociala situationen – upplevelser som medför att en del flyttar tillbaka till hemlandet [2].

Regionens budget 2012 angav att »den tillgång som medarbetare med utländsk bakgrund har ska tas tillvara och utvecklas. Det gäller såväl språkkunskaper som kulturkompetens«. Detta är i samklang med WHO:s kodex (Fakta 1) om etisk rekrytering av vårdpersonal [3]. Denna artikel beskriver förberedelserna inför och erfarenheterna av det första gemensamma introduktionsprogrammet i Västra Götalandsregionen för EU-utbildade läkare 2013–2014.

Förberedelser och programupplägg

Pedagogik och innehåll. En projektgrupp, inklusive en pedagog med lång erfarenhet av vuxenpedagogik och arbetsplatslärande, arbetade fram introduktionsprogrammets struktur – en kombination av klinisk tjänstgöring, teori och grupphandledning [4, 5]. Programinnehållet inriktades på kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet samt på språk och kultur för att skapa sammanhang och förståelse och ge en trygg grund för arbetet. Innehållet innefattade områden och problem specifika för svensk sjukvård: kommunikation, patientsamtal, läkemedelsanvändning, hälso- och sjukvårdsorganisation, författningskunskap, försäkringsmedicin samt professionell utveckling (Tabell 1). Några rent medicinska ämnen ingick inte. Drygt halva programtiden bestod av språkutbildning och grupphandledning. Projektgruppen inbjöd företrädare för ingående ämnesområden och de tre specialistområdena somatisk sjukvård, psykiatri och allmänmedicin att medverka i planering och genomförande av programmet. Inför programmets start intervjuades samtliga deltagare av två personer från projektgruppen för att kartlägga förväntningar och för att individanpassa programmet så långt som möjligt.

Språkutbildning. För de deltagare som inte hade svenska som förstaspråk ingick språkutbildning, och en lärare med erfarenhet av att utbilda hälsovårdspersonal rekryterades.

Annan klinik. För att ge en bild av svensk sjukvård ingick en 4-veckors auskultation på de två områden där deltagaren inte hade sin tjänst.

Grupphandledning utgjorde en central del i programmet, med reflektion kring teorimoment samt deltagarnas egna upplevelser. I grupphandledningen bidrog deltagarna själva aktivt till lärandet med erfarenheter från sina arbetsplatser. Handledningsgrupperna innehöll deltagare med olika erfarenheter vad gällde språk, medicinsk kunskap och erfarenhet. Tre läkare med lång erfarenhet av utbildning rekryterades som grupphandledare.

Programredovisning

Deltagare och genomförande. PLUS, program för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård, startade i april 2013 med två introduktionsveckor och omfattade totalt 40 veckor. Under startveckorna presenterades programinnehållet, och tre handledningsgrupper bildades som höll samman under hela programmet. Varje vecka avsattes en dag för PLUS med halva dagen för de olika programpunkterna (Tabell 1) och andra halvan för grupphandledning. En dag varannan vecka användes för språkutbildning.

Deltagarna hade utbildats i Rumänien, Ungern, Tjeckien, Slovakien, Grekland eller England och bestod av tre kategorier: icke svenskspråkiga läkare, nyligen examinerade eller specialister samt svenskar som läst medicin i EU. Femton deltagare kom från primärvård och åtta från slutenvård. Nio kvinnor och tolv män fullföljde programmet. Åldern varierade mellan 27 och 48 år. Två deltagare avbröt programmet. Tjänstgöringstiden i Sverige varierade från 6 månader till 4 år. Deltagarna var anställda inom Västra Götalandsregionen och förväntades därmed ha kunskaper i svenska språket motsvarande B2 enligt den europeiska språkskalan. Sex deltagare hade svenska eller norska som första språk.

FAKTA 1. WHO:s uppförandekodex om etisk rekrytering av vårdpersonal.

- Allas rätt att söka bättre levnadsvillkor.
- Ansvaret för introduktion och patientsäkerhet hos myndigheter och organisationer, inte hos individer.
- Bättre personalplanering på olika nivåer.
- Stimulera nyckelkompetenser – allmänmedicin.
- Bilaterala överenskommelser.

HUVUDBUDSKAP

- PLUS står för program för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård. Programmet som omfattar 1 dag/vecka under 30 respektive 1 ½ dag/vecka under 40 veckor har blivit en del i introduktionen av läkare anställda inom Västra Götalandsregionen med läkarutbildning från EU/EES-länder.
- PLUS baseras på vuxenpedagogiska principer med handledning i grupp som genomgående komponent. Målet är att deltagarna ska bli förtrogna med det svenska hälso- och sjukvårdsystemet och nå en god och i klinisk praktik fungerande språknivå.
- Ett pilotprogram pågick under ett år med start i april 2013. Erfarenheterna av det första programmet redovisas. Det har följts av tre program per år 2014 och 2015.

TABELL 1. Innehållet i PLUS, program för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård.

Ämne	Omfattning
Språk	22 heldagar
Kommunikation	I alla delar
Konsultation	7 halvdagar
Läkemedel	8 halvdagar
Författningar	10 halvdagar
Försäkringsmedicin	6 halvdagar
Psykiatriseminarier	4 heldagar
Professionell utveckling	10 halvdagar
Grupphandledning	22 halvdagar

Utvärderingar

Utvärderingar av programmet utfördes av en extern utvärderare ett halvår efter start samt ett halvår efter avslutat program [6]. Antalet intervjuade personer bestämdes av mättnadsuppfyllelse (det vill säga när teoretisk mättnad uppnåddes och inga nya synpunkter framkom i intervjuerna) och kom att omfatta fyra kvinnor och sju män. Av dessa var två ST-läkare uppvuxna i Sverige, sex ST-läkare var uppvuxna utanför Sverige och tre var specialistläkare. Dessutom intervjuades sju chefer. I slutet av programmet skrev deltagarna en rapport där de reflekterade över sin personliga och professionella utveckling under PLUS samt över de olika teoriavsnitten.

Erfarenheter och diskussion

Ett språktest som gjordes vid programstart visade att alla inte uppnådde B2. Vid programmets slut hade nästan samtliga deltagare som haft språkundervisning en språknivå motsvarande C1. Vi anser att samtalen på svenska i handledningsgrupperna haft stor betydelse för deltagarnas goda språkutveckling. Det förbättrade språket märktes i grupphandledningen, där samtliga efter 3–4 månader kunde delta aktivt i diskussionerna. En av deltagarna uttryckte det såhär: »Jag bidrar i diskussionen och är en aktiv person på arbetsplatsen jämfört med tidigare.« Vi tror att utveckling av den språkliga kompetensen är av avgörande betydelse för integrationen i svensk sjukvård [7].

Grupphandledningen utgick från programinnehållet, litteraturuppgifter och upplevelser under den gångna veckan. Frågor och erfarenheter i samband med möten med patienter, personal, kollegor och chefer kom upp till diskussion. Praktiska problem med remittering, intygs- och journalskrivande dryftades. Handledarna stimulerade alla deltagarna att vara aktiva med synpunkter. Även olika rutiner och regler på deltagarnas arbetsplatser kunde redovisas. För en del var det en stor frustration när grupphandledaren inte omedelbart gav »ett rätt svar« utan framhöll att det ofta finns flera lösningar och möjligheter.

Att dela sina erfarenheter med andra i samma situation utan tidigare arbete i svensk sjukvård upplevdes ha ett stort värde och underlättade förståelsen för den svenska sjukvården. Samtidigt fick deltagarna genom

versatis®
5% lidokain medicinskt plåster
WORKS WHERE IT HURTS

För patienter med postherpetisk neuralgi (PHN)[1,2] med lokal
- brännande, stickande och strålande smärta
- beröringsöverkänslighet (allodyni)

- Effekt jämförbar med pregabalin.[1]
- Systembiverkningar är osannolika.[1]
- Också för långtidsbehandling.[1]*



1. Versatis® (lidokain) produktresumé 2015-02-05
2. Rowbotham et al. Zoster-associated pain and neural dysfunction. Pain. 2001;93:1–5

* Behandlingen bör utvärderas med jämna mellanrum. Om inget svar erhållits på behandlingen med Versatis, eller om eventuell symptomlättnad kan hänföras enbart till plåstrets hudskyddande egenskaper, måste behandlingen avbrytas eftersom eventuella risker kan uppväga dessa fördelar.

Namn: Versatis® ATC-kod N01BB02. **Substans och egenskap:** Medicinskt plåster med 5% lidokain. Recept belagt. **Indikation:** Symptomlättnad av neuropatisk smärta orsakad av tidigare herpes zoster-infektion (postherpetisk neuralgi, PHN) hos vuxna. **Kontraindikation:** Överkänslighet mot den aktiva substansen. Får inte appliceras på inflammerad eller skadad hud (t.ex. aktiva herpes zoster lesioner). **Varningar och försiktighetsåtgärder:** Bör inte appliceras på slemhinnor eller ögon. **Graviditet:** Kategori B:2. **Amning:** Grupp II. **Begränsning:** Versatis® ingår endast i högkostnadsskyddet för de patienter som inte tolererar eller inte får tillräcklig smärtlindrande effekt av antingen amitriptylin eller gabapentin. **Förpackning:** 6 × 5 styck påse. Datum för den senaste godkända produktresumén: 2015-02-05. Läkemedelsföretagets ombud: Grunenthal Sverige AB, Fösundaviks allé 15, 169 70 Solna. Tel 08-643 40 60. För fullständig information och priser se: www.FASS.se

GRÜNENTHAL

versatis®
5% lidokain medicinskt plåster
WORKS WHERE IT HURTS

För patienter med postherpetisk neuralgi (PHN)[1,2] med lokal
- brännande, stickande och strålande smärta
- beröringsöverkänslighet (allodyni)

- Effekt jämförbar med pregabalin.[1]
- Systembiverkningar är osannolika.[1]
- Också för långtidsbehandling.[1]*



1. Versatis® (lidokain) produktresumé 2015-02-05
2. Rowbotham et al. Zoster-associated pain and neural dysfunction. Pain. 2001;93:1–5

* Behandlingen bör utvärderas med jämna mellanrum. Om inget svar erhållits på behandlingen med Versatis, eller om eventuell symptomlättnad kan hänföras enbart till plåstrets hudskyddande egenskaper, måste behandlingen avbrytas eftersom eventuella risker kan uppväga dessa fördelar.

Namn: Versatis® ATC-kod N01BB02. **Substans och egenskap:** Medicinskt plåster med 5% lidokain. Recept belagt. **Indikation:** Symptomlättnad av neuropatisk smärta orsakad av tidigare herpes zoster-infektion (postherpetisk neuralgi, PHN) hos vuxna. **Kontraindikation:** Överkänslighet mot den aktiva substansen. Får inte appliceras på inflammerad eller skadad hud (t.ex. aktiva herpes zoster lesioner). **Varningar och försiktighetsåtgärder:** Bör inte appliceras på slemhinnor eller ögon. **Graviditet:** Kategori B:2. **Amning:** Grupp II. **Begränsning:** Versatis® ingår endast i högkostnadsskyddet för de patienter som inte tolererar eller inte får tillräcklig smärtlindrande effekt av antingen amitriptylin eller gabapentin. **Förpackning:** 6 × 5 styck påse. Datum för den senaste godkända produktresumén: 2015-02-05. Läkemedelsföretagets ombud: Grunenthal Sverige AB, Fösundaviks allé 15, 169 70 Solna. Tel 08-643 40 60. För fullständig information och priser se: www.FASS.se

GRUNENTHAL

PLUS en möjlighet att bygga upp ett eget nätverk. En mycket positiv sida av PLUS var att deltagarna fick möta och lära känna andra i samma situation. Många har blivit vänner och stöttat varandra under etableringen på den svenska arbetsmarknaden [6]. Ett viktigt inslag i programmet blev utbildningen i den patientcentrerade konsultationen, som flertalet inte tidigare hade erfarenhet av. Kunskaperna kunde enligt deltagarna omedelbart omsättas i vardagsarbetet och underlätta patientkontakten. PLUS bygger på vuxenpedagogik med utgångspunkt i utmaningar som läkarna ställs inför i sin yrkesutövning, ett upplägg som gav upphov till frågor och frustration hos deltagarna. I synnerhet avspeglades detta i grupphandledningen som är basen i programmet. Den grundläggande utbildningen som många av de utlandsutbildade läkarna fått utgår från utbildningslandets sjukvårdssystem, som ofta är en mer auktoritär utbildningsmodell.

Deltagarna bedömde att viktiga färdigheter som de tillägnade sig i programmet, utöver god svenska, var förmågan till reflektion, att arbeta i grupp, att lära av varandra och att se sammanhang inom den svenska sjukvården. Till detta kom ren faktakunskap kring specifikt svenska företeelser, som svensk försäkringsmedicin, läkemedelstradition, författningskunskap, kultur och svenskt samhällsliv. Viktiga erfarenheter var också ökad kunskap om andra yrkeskategorier inom sjukvården och förbättrad förståelse för svenska patienter och deras förväntningar. I huvudsak har erfarenheterna från pilotprogrammet efter utvärderingar förts vidare som bas för fortsatt utveckling av PLUS. Utvecklingen och genomförandet av PLUS visar på behov hos de läkare som fått sin utbildning utanför Sverige. I den externa utvärderingen framhölls att det var »ett delvis djärvt upplägg som hade hög relevans för deltagarna« och att »det utgör ett viktigt led i att kvalitetssäkra hälso- och sjukvården«.

Det vuxenpedagogiska programupplägget med grupphandledning som bas har blivit ett signum för introduktionen av nyanställda utlandsutbildade läkare i Västra Götalandsregionens sjukvård. PLUS kan användas som modell vid introduktion och stöd till alla nyanställda läkare och kan för tredjelandsläkare anpassas till tjänstgöringar under legitimationsprocessen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4FL

CITAT FRÅN EN DELTAGARE I PLUS MED NÅGRA ÅRS ERFARENHET AV SVENSK SJUKVÅRD:

»... ett nödvändigt program, speciellt för dem som flyttat till Sverige och inte har så mycket information om det svenska sjukvårdssystemet, om svenska kulturen och samhället.«

»... att programmet hjälpt mig att bättre förstå de kulturella skillnaderna som ibland kan vara viktiga i anpassningsprocessen.«

»Jag har också förstått att olika saker speciellt i talet och beteendet kan ha helt annorlunda betydelse i Sverige jämfört med mitt hemland och kanske var det så att jag fick en bättre kommunikationsförmåga, som gjorde att jag blev bättre förstådd.«

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Agerberg M. Utlandsutbildade läkare håller igång svensk sjukvård. Läkartidningen. 2013;110:CE94.
2. Ström M. Utlandsrekryteringens bittra eftersmak. Läkartidningen. 2015;112:DIEP.
3. WHO Global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Illeris K. Lärande. Lund: Studentlitteratur; 2007.
5. Dornan T, Mann K, Scherpbier, et al (redaktörer). Medical education. Theory and practice. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2011.
6. Program för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård (PLUS) – utvärderingsstudie av PLUS-piloten. Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademin; 2015. http://www.vgregion.se/upload/PLUS/PLUS%20utvärdering%20slutrapport%20Lars%20Edgren2015-03-09.pdf
7. Wolanik Boström K, Öhlander M. Polska läkare i Sverige. Om läkarroll, status och kulturella processer. Socialmedicinsk Tidskrift. 2011;88:273-81.

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

2016 KARRIÄR KVÄLL för läkare

10 november, kl 17.00-20.30

Malmö

Jubileumsaulan Jan Waldenströms gata 5, plan 1 SUS Malmö

Välkommen till en inspirerande kväll om din framtida karriär

Nu är det dags att boka in karriärkvällen för läkare i Malmö. På karriärkvällen kommer några kollegor att berätta om sin väg genom karriären. Passa på att ställ frågor under kvällen och mingla och träffa utställare i pauserna. Vi bjuder på mat och kaffe i pausen.

PROGRAM

17.00–18.00 Registrering, mat och mingel

18.00–18.10 Inledning

18.10-18.40 Ola Bergstrand tillhörde den första kullen i Region Skånes Ledarskaps-ST och har nyligen avslutat ett uppdrag som verksamhetschef på VC Löddeköpinge. Ola har även arbetat med läkarrekrytering och skrivit den medialt uppmärksammade Gröna öar-rapporten, vilken beskriver hur man behåller och lockar läkare till primärvården. Ola arbetar nu som verksamhetsstrateg i divisionsledningen Primärvården SUND. Vi får höra Ola berätta om hur spex, Sunwing och irritation kan leda till en framtid inom ledarskap och verksamhetsutveckling.

18.40-19.10 Christina Östberg Lloyd, läkare och specialist i obstetrik och gynekologi har tagit ett kliv in i en forskande näringslivsbransch där strategiskt tänkande och ett tydligt ledarskap är en förutsättning för att lyckas. För henne är det en passion att vara en aktiv part i svensk Life Science och att bryta ny mark inom samverkan mellan näringsliv, sjukvård och akademi.

19.10-19.40 Kaffe

19.40-20.10 Henrik Jörnvall är anestesiläkare på Karolinska sjukhuset i Solna. Som narkosläkare har Henrik varit ute på flera uppdrag med Läkare Utan Gränser, bland annat i katastrofens Haiti, krigets Afghanistan, det laglösa Port Harcourt i södra Nigeria, samt senast jordbävningsdrabbade Nepal..

Anmäl dig på www.lakarforbundet.se/karriarevent

Karriärkvällen är exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet och deltagandet är kostnadsfritt. Som medlem kan du ta med dig en läkarkollega som inte är medlem i Läkarförbundet. Om du får förhinder är det viktigt att du meddelar oss detta till karin.johnsdotter@slf.se. Vi tar ut en avgift på 250 kr för de som inte kommer och inte har avanmält sig för att kunna planera för mat och lokal.

Karriärkvällens utställare:

Alfa

FÖRSVARSMAKTEN

DEDICARE

Folksam

Praktikertjänst

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

2016 KARRIÄR KVÄLL för läkare

24 november, kl 15.50-20.45

Göteborg

Gothia Towers/Svenska Mässan

Välkommen till en inspirerande kväll om din framtida karriär

Nu är det dags att boka in karriärkvällen för läkare i Göteborg. På karriärkvällen kommer några kollegor att berätta om sin väg genom karriären. Passa på att ställa frågor under kvällen, mingla, tävla om fina priser och träffa utställare i pauserna. Vi bjuder på mat och kaffe.

PROGRAM

15.50–17.00 Registrering, mat och mingel

17.00–17.15 Välkommen och ínledning, Heidi Stensmyren, ordförande Sveriges läkarförbund

17.15-17.45 **Katrin Hruska** är specialist i akutsjukvård och ordförande för Svensk Förening för Akutsjukvård, SWESEM. Hon har länge varit aktiv i sociala media och twittrar som @akutdoktorn. Någon vidare karriär har hon inte och sedan årsskiftet faktiskt inte ens någon anställning. I stället engagera hon sig i allt som leder svensk akutsjukvård framåt.

17.45-18.15 **Arvin Yarollahi** är ortoped och en av Västra Götalandsregionens yngsta verksamhetschefer. Ta del av hans resa från ST-läkaren som startade ett vårdupprop med målet att belysa konsekvenserna av nedskärningar i vården till att själv vara en del av samma arbetsgivare han en gång kritiserat.

18.15-18.45 Kaffe

18.45-19.15 **Johan Ullman,** specialist i anestesi och intensivvård samt FHV, var först ut med att forska på ryggskador på högfartsbåtar. Resultatet blev bl.a. dämpade båtsäten, som nu används i mer än 70 länder. UllmanDynamics AB är idag världsledande på skadeprevention till sjöss.

19.15-19.45 **Matilda Lundblad** är idrotts- och lagläkare för allsvenskans Elfsborg och Göteborg. Hon är grundare av diagnosverktyget Urinkollen.se och har även skapat en fotbollsmedicinsk app, DocOnside, tillsammans med FC Barcelonas läkare.

19.45-20.05 Bensträckare/frukt

20.05-20.35 **Christian Unge** är överläkare i internmedicin på Huddinge akutklinik och författare. Han disputerade 2010 på en avhandling i Global hälsa vid Karolinska Institutet om bromsmediciner i Afrika. Han driver sedan tre år den medicinska podcasten ”Ronden” och har publicerat tre fristående thrillers om kirurgen Martin Roeykens.

20.35 – 20.45 Avslutning och dragning av kvällens vinnare

Anmäl dig på www.lakarforbundet.se/karriarevent

Karriärkvällen är exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet och deltagandet är kostnadsfritt. Som medlem kan du ta med dig en läkarkollega som inte är medlem i Läkarförbundet. Läs mer på www.lakarforbundet.se/karriarevent

Karriärkvällens utställare:

DEDICARE

FÖRSVARSMAKTEN

BACKA Rehab FYSIOTERAPI • ARBETSTERAPI

Praktikertjänst

Alfa

Folksam

RÄTTSMEDICINALVERKET

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Laparoskopisk kolorektal kirurgi inte längre en ful ankunge

ANDELEN LAPAROSKOPISKA OPERATIONER ÖKAR I SVERIGE

Peter Matthiessen, docent, överläkare, kolorektalsektionen, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro; fakulteten för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet; ordförande Arbetsgruppen för laparoskopisk kirurgi i Sverige
● peter.matthiessen@regionorebrolan.se

Arbetsgruppen för laparoskopisk kolorektal kirurgi i Sverige [1] bildades 2009 på uppdrag av Svensk förening för kolorektal kirurgi (SFKRK) för att befrämja ett välkontrollerat införande av laparoskopisk kolorektal kirurgi i Sverige, bibehålla hög kvalitet samt för att bidra till en konstruktiv dialog mellan olika vårdgivare. Arbetsgruppen har tidigare rapporterat om utvecklingen i Sverige och internationellt [2, 3].

Denna artikel beskriver tre aspekter av laparoskopisk kolorektal kirurgi i Sverige:

- Utvecklingen av kirurgi för cancer i kolon och rektum nationellt under perioden 2009–14.
- Laparoskopisk kolorektal kirurgi regionalt och på sjukhusnivå 2014.
- Jämförelse mellan laparoskopisk och öppen kirurgi för koloncancer nationellt 2012–2014 med avseende på korttidsresultat samt tänkbara selektionsmekanismer.

Laparoskopi är sällan förekommande vid akut kolonkirurgi, vilket utgör ungefär en femtedel av all koloncancerkirugi, och här redovisas därför endast elektiv kolonkirurgi. Då rektalcancer praktiskt taget aldrig opereras akut redovisas här samtliga utförda rektalcanceroperationer. Presenterade data kommer från Svenska kolorektalcancerregistret [4] och har erhållits via Regionalt cancercentrum Norr, Umeå universitetssjukhus. Vår ambition med denna presentation är att övergripande beskriva det aktuella läget i Sverige.

Kolorektal laparoskopi – en historik

Laparoskopisk kolonkirurgi introducerades i början på 1990-talet, och internationellt sågs en mer allmän utbredning i mitten på 00-talet efter att onkologiska långtidsresultat från internationella randomiserade multicenterstudier, som inte visade någon onkologisk skillnad mellan laparoskopisk och öppen kolonkirurgi, publicerats [5-7]. Man kunde i dessa studier påvisa mindre blödning, kortare vårdtid och snabbare återhämtning, vilket motiverade en fortsatt utveckling av laparoskopisk kolorektal kirurgi. Laparoskopisk rektalcancerkirurgi praktiseras också sedan 1990-talet och nyligen har två internationella randomiserade multicenterstudier visat långtidsresultat på att öppen och laparoskopisk teknik vid rektalcancerkirurgi är onkologiskt likvärdiga [8-9]. Utvecklingen av den laparoskopiska kolorektala kirurgin har dock generellt gått trögt i Sverige med ett fåtal aktiva kliniker sedan slutet av 1990-talet, men under andra halvan av 00-talet har ett flertal kliniker startat kolorektal laparoskopi. Under åren 2007–2009 låg andelen laparoskopisk resektionskirurgi för cancer i kolon och rektum konstant på 5 procent i Sverige samtidigt som den ökade kraftigt i våra nordiska grannländer. Detta var ett skäl till att Arbetsgruppen för laparoskopisk kirurgi i Sverige bildades 2009 på initiativ av Svensk förening för kolorektal kirurgi.

Kolorektal laparoskopi i Sverige 2009–2014

Från att att ha legat på 5 procent fram till 2009 ökade andelen laparoskopisk kolonkirurgi till 27 procent och laparoskopisk rektumkirurgi till 26 procent 2014. Samtidigt låg konverteringsfrekvensen, vilket innebär att under operationen övergå från laparoskopi till öppen kirurgi, på cirka 20 procent under hela perioden. Konverteringsfrekvensen kan anses vara ett mått på det kirurgiska teamets erfarenhet och kompetens, och bör under en inlärningsfas inte vara för låg. I takt med teamets stigande erfarenhet bör den dock sjunka.

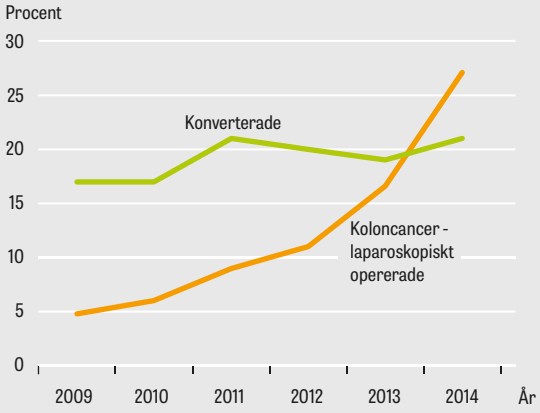
I den internationella randomiserade multicenterstudien COLOR II, i vilken öppen och laparoskopisk rektalcancerkirurgi jämfördes, låg konverteringsfrekvensen på 17 procent [9]. I detta sammanhang bedö-

»Utvecklingen av den laparoskopiska kolorektala kirurgin har dock generellt gått trögt i Sverige med ett fåtal aktiva kliniker sedan slutet av 1990-talet …«

HUVUDBUDSKAP

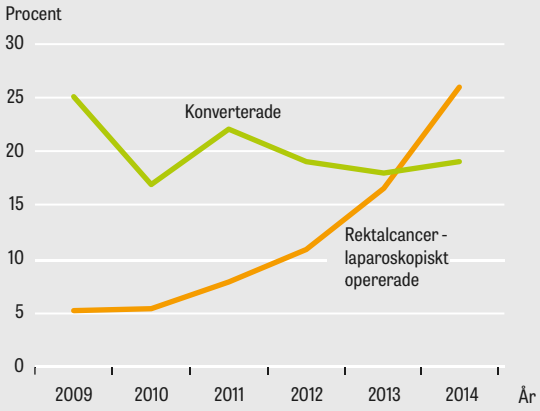
- Andelen patienter med kolorektal cancer som opereras laparoskopiskt i Sverige ökar; 2014 opererades mer än var fjärde patient laparoskopiskt.
- Tidigare regionala skillnader tenderar att utjämnas, men det finns fortfarande betydande skillnader på sjukhusnivå.
- Vårdtiden var kortare och de kirurgiska korttidsresultaten var bättre vid laparoskopisk kirurgi jämfört med öppen kirurgi, men det senare kan ha påverkats av patientselektion.
- De onkologiska korttidsresultaten för laparoskopisk operation var likvärdiga jämfört med öppen operation.
- Öppen kirurgi valdes oftare vid lokalt avancerat cancerstadium och vid metastatisk sjukdom. I övrigt föreligger ingen tydlig selektion med avseende på patientdemografi.

FIGUR 1. Laparoskopisk operation för koloncancer



▶ Andel laparoskopisk operation för koloncancer i Sverige under perioden 2009–2014 samt andel som konverterats

FIGUR 2. Laparoskopisk operation för rektalcancer



▶ Andel laparoskopisk operation för rektalcancer i Sverige under perioden 2009–2014 samt andel som konverterats.

TABELL 1. Sjukhus i Sverige som 2014 utförde >50 procent laparoskopi vid elektiv resektion av koloncancer

Sjukhus	Andel (procent)	Antal operationer
Halmstad	70	(32/46)
Hudiksvall	62	(18/29)
Gävle	61	(39/64)
Ersta	57	(51/90)
Danderyd	55	(62/113)
Värnamo	55	(18/33)

TABELL 2. Sjukhus i Sverige som 2014 utförde >50 procent laparoskopi vid resektion av rektalcancer

Sjukhus	Andel (procent)	Antal operationer
Halmstad	95	(20/21)
Trollhättan (NU-sjukv)	89	(46/52)
Örebro	71	(29/41)
Skövde	69	(29/42)
Karlskrona	67	(14/21)
Danderyd	59	(17/29)

TABELL 3. Operationer utförda i Sverige under perioden 2012–2014 för cancer i högerkolon och i colon sigmoideum.

	Laparoskopisk operation (n)	Öppen operation (n)
Högersidig hemikolektomi – (tumör i cekum, ascendens eller i närheten av höger kolonflexur)	689	4 448
Sigmoideumresektion/hög främre resektion av rektum – (tumör i colon sigmoideum)	675	2 457
Totalt	1 364	8 269

mer vi att en konverteringsfrekvens nationellt på omkring 20 procent i nuläget är rimlig (Figur 1 och 2).

Kolorektal laparoskopi på regional nivå 2014

De regionala skillnaderna har de senaste åren blivit allt mindre uttalade. Högst andel laparoskopi 2014 hade Stockholm/Gotland med 35 procent, följt av Södra 33 procent, Uppsala/Örebro 29 procent, Västra 24 procent, Sydöstra 16 procent samt Norra med 14 procent. Konverteringsfrekvensen var nationellt 20 procent. Vad gäller andelen laparoskopi för resektion av rektalcancer ses större skillnader mellan olika regioner. Högst andel laparoskopi hade Västra med 42 procent, Sydöstra 33 procent, Södra 26 procent, Stockholm/Gotland 24 procent, Uppsala/Örebro 18 procent samt Norra med 2 procent. Konverteringsfrekvensen i hela riket var 19 procent.

Kolorektal laparoskopi på sjukhusnivå 2014

Under 2014 utfördes kolonresektion för cancer vid 55 sjukhus. Fem av dessa utförde <10 operationer per år och utelämnas därför i denna redovisning. Av de 50 sjukhus som utförde ≥10 operationer per år användes laparoskopi av 82 procent (41/50), och andelen laparoskopisk operation (inklusive operationer som konverterades) varierade mellan 6 procent och 70 procent. Rektalcancer opererades vid 46 sjukhus varav 36 utförde ≥10 operationer per år. Av dessa använde 81 procent (29/36) laparoskopisk teknik, och andelen laparoskopiskt opererade låg på mellan 4 procent och 95 procent. Tolv procent (6/50) av sjukhusen utförde mer än hälften av koloncancerkirurgin laparoskopiskt och 17 procent (6/36) mer än hälften av rektalcancerkirurgin laparoskopiskt (Tabell 1 och 2).

Sedan 2010 utförs laparoskopisk kolorektalkirurgi även med robotassisterad laparoskopi, men möjligheten att i kolorektalcancerregistret registrera robotlaparoskopi introducerades först 2014. I denna redovisning görs ingen skillnad på konventionell laparoskopi och robotlaparoskopi då samtliga rapporter redovisar liknande resultat avseende vårdtid, blödning och återhämtning [10].

Öppen och laparoskopisk kolonkirurgi 2012–2014

Jämförelser mellan öppen och laparoskopisk kirurgi i svenska patientmaterial har tidigare presenterats men har haft begränsningar då andelen laparoskopioperationer i landet länge varit låg [11]. I och med att

frekvensen laparoskopisk kirurgi nu har ökat finner emellertid arbetsgruppen tiden mogen att utvärdera de resultat som uppnåtts och överväga i vilken mån en eventuell patientselektion med avseende på laparoskopisk teknik förekommer. Vi har valt att redovisa högersidig hemikolektomi med tumören belägen i cekum, colon ascendens eller vid höger kolonflexur, samt sigmoideumresektion eller hög främre resektion av rektum med tumören belägen i colon sigmoideum. Den totala andelen laparoskopi inklusive konverteringar var för dessa operationstyper under den aktuella perioden 17 procent (Tabell 3). Patientdata och tumörkarakteristika presenteras i Tabell 4.

Vad gäller postoperativa komplikationer och händelser inkluderades komplikationer enligt Clavien-Dindos skala [12] av graden 3a–5, oplanerad återinläggning, reoperation, tidig mortalitet (de tre senare inom 30 dagar postoperativt) samt vårdtid. Onkologiskt resultat redovisades med surrogatmåtten antal lymfkörtlar i operationspreparatet samt andel patienter med färre än 12 lymfkörtlar, se Tabell 5.

Resultat

De laparoskopiskt opererade patienterna var något yngre och hade i lägre utsträckning annan sjuklighet (större andel ASA-klass [American Society of Anesthesiologists] 1-2), men ingen skillnad sågs vad gäller övervikt (BMI).

Avseende cancersjukdomen hade de öppet opererade en större andel med lokalt avancerat tumörstadium (T4) respektive metastaserad sjukdom (cancerstadium IV) (Tabell 4).

De laparoskopiskt opererade patienterna hade något längre operationstid, men mindre intraoperativ blödning. De laparoskopiskt opererade hade en lägre andel som utvecklade allvarliga komplikationer (Clavien-Dindo ≥3a), en lägre andel som reopererades, lägre postoperativ mortalitet, färre med oplanerad återinläggning samt kortare vårdtid (Tabell 5). Vad gäller antalet lymfkörtlar i operationspreparatet var detta något högre hos de öppet opererade, median 20 jämfört med 19.

TABELL 4. Patientdemografi och tumörkarakteristika.

	Laparoskopisk operation, procent (n = 1364)	Öppen operation, procent (n = 6 905)	P-värde
● Kön			
Kvinnor/män	46/54	51/49	0,001
● Ålder (År)			
Kvinnor	73	75	<0,001[a]
Män	71	73	0,009[a]
● ASA-klass			
ASA 1–2	72	53	
ASA 3–4	26	30	<0,001
Data saknas[c]	1	17	
● BMI			
<25	43	37	
25–29,9	38	28	
30–34,9	11	10	
≥35	3	3	0,083[b]
Data saknas[c]	4	23	
● Preoperativt cancerstadium			
Cancer stadium I–III	58	42	
Cancer stadium IV	7	18	<0,001
Data saknas[c]	35	40	
● Preoperativt T-stadium			
T1–3	59	42	
T4	4	13	<0,001
TX (T registrerad som okänd)[c]	26	28	
Data saknas[c]	11	17	

χ^2-test där inte annat anges
[a]Students t-test
[b]Kruskal–Wallis envägs-ANOVA
[c]Patienter för vilka data saknas är exkluderade ur analysen

Diskussion

Laparoskopi vid kolon- och rektalcancer i Sverige har de senaste fem åren ökat sin andel från 5 procent till 27 respektive 26 procent, och den relativa ökningen från 2013 till 2014 var i storleksordningen 60 procent för både kolon och rektum. Om de sjukhus som opererar färre än tio patienter årligen exkluderas så utför nu drygt 80 procent av alla svenska sjukhus kirurgi för både koloncancer och rektalcancer med laparoskopisk teknik, om än med stor variation vad gäller frekvens. Trots denna positiva utveckling ligger Sverige fortfarande som helhet långt efter både våra nordiska grannar och de flesta övriga europeiska länder. Här kan nämnas att 74 procent av all koloncancerkirurgi och 87 procent av all rektalcancerkirurgi i Danmark 2015 utfördes laparoskopiskt, en i ett internationellt perspektiv mycket hög andel. Givet det intresse för kolorektal laparoskopi som nu finns i Sverige och de utbildningsinsatser som pågår, tror vi att framtiden kan ses an med tillförsikt vad gäller den kolorektala laparoskopins fortsatta utveckling i Sverige.

»Svensk kolorektal laparoskopisk kirurgi är nu inne i en positiv och dynamisk fas.«

Kontinuerlig utvärdering av nya kirurgiska metoder är viktigt inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv, och detta är bakgrunden till arbetsgruppens årliga rapporter. Registerdata från 2012–2014 visar en viss förväntad patientselektion, exempelvis att T4-tumörer oftare opererades öppet. Orsaken är att dessa tumörer, som ofta växer över på ett annat organ, kan vara mer komplexa att operera ur såväl onkologiskt som kirurgtekniskt perspektiv, och det kan därför betraktas som ett tecken på gott kirurgiskt omdöme att andelen T4-tumörer oftare opererades öppet. Ett liknande förhållningssätt visade sig även gälla för patienter med cancer i stadium IV, således med metastaserad sjukdom, som oftare opererades med öppen kirurgi. Arbetsgruppen menar att det vore önskvärt att

dessa patienter i större utsträckning opererades laparoskopiskt för att minimera det kirurgiska traumat och underlätta det postoperativa förloppet.

Det fanns även en viss övervikt för friskare patienter (ASA-klass 1-2) bland de laparoskopiskt opererade, en selektion som inte heller var helt oväntad. Vad gäller BMI sågs inga skillnader. Det är positivt att patienter med högt BMI, vilka kan vara tekniskt utmanande att operera men som har stor potentiell vinst av laparoskopins bättre postoperativa återhämtning och minskade risk för ärrbråck, inte selekterades till öppen kirurgi. Den intraoperativa blödningen var mindre vid laparoskopi och operationstiden något längre. Dessa skillnader är dock så små att de i praktiken saknar klinisk relevans.

Vad beträffar postoperativa händelser och komplikationer av mer allvarlig karaktär (Clavien-Dindo ≥3a), reoperation, oplanerad återinläggning liksom tidig mortalitet var samtliga dessa mer förekommande i den öppet opererade gruppen. Det är dock viktigt att understryka att vi inte kan dra några vetenskapliga slutsatser på basen av dessa resultat då vi bedömer att det här sannolikt föreligger en viss patientselektion; exempelvis var de laparoskopiskt opererade patienterna något yngre och en lägre andel hade komorbiditet.

Antalet lymfkörtlar i operationspreparatet anses vara ett viktigt kvalitetsmått, men får betraktas som ett onkologiskt surrogatmått, och vi kan konstatera att antalet lymfkörtlar var något högre hos de öppet opererade. Om några år kommer det viktigaste utfallsmåttet, långtidsöverlevnad, att kunna analyseras och även sättas i relation till antal lymfkörtlar.

Svensk kolorektal laparoskopisk kirurgi är nu inne i en positiv och dynamisk fas. Flera sjukhus genomgår utbildningsprogram med sikte på att starta laparoskopi, och olika strategier används för detta ändamål. Vissa sjukhus som redan utför konventionell laparoskopi inför även robotlaparoskopi, andra går direkt från öppen kirurgi till robotlaparoskopi, och några introducerar både konventionell laparoskopi och robotlaparoskopi parallellt.

Enligt de nationella riktlinjerna ska patienter med kolorektal cancer kunna erbjudas laparoskopisk operation, konventionell laparoskopi eller robotlaparoskopi. Om detta inte kan tillhandahållas på hemsjukhuset ska patienten erbjudas möjligheten att remitteras till sjukhus med laparoskopisk kompetens [13]. Ett antal sjukhus har ännu inte kommit igång med kolorektal laparoskopi.

Sammanfattningsvis visar presenterade data att svensk kolorektal laparoskopisk kirurgi håller hög kvalitet oavsett fas av inlärningskurva som de enskilda klinikerna för närvarande befinner sig i.

TABELL 5. Perioperativa händelser och korttidsutfall och onkologiskt korttidsutfall.

	Laparoskopisk operation (n = 1 364)	Öppen operation (n = 6 905)	P-värde
Operationstid (min), median	176	165	<0,001[a]
Perop blödning (ml), median	50	100	<0,001[a]
Postoperativa komplikationer, Clavien-Dindo 3a–5, procent	8,7	12,1	<0,001
Reoperation inom 30 dagar (oavsett orsak), procent	5,5	7,3	0,011
Mortalitet inom 30 dagar (oavsett orsak), procent	1,8	2,8	0,006
Oplanerad återinläggning, procent	6,4	8,6	0,005
Vårddagar, median	4	6	<0,001[a]
Antal lymfkörtlar i operationspreparatet	19	20	<0,001[a]
Andel med <12 lymfkörtlar i operationspreparatet[b], procent	8,7	7,5	0,110

χ^2-test där inte annat anges
[a]Students t-test
[b]Patienter för vilka data saknas är exkluderade

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

● Artikeln är skriven av Peter Matthiessen för och i samråd med Arbetsgruppen för laparoskopisk kolorektal kirurgi i Sverige: Eva Angenete, Göteborg; Joakim Folkesson, Uppsala; Ulf Gustafsson, Stockholm; Olof Hallböök, Linköping; Ulf Kressner, Stockholm; Peter Mangell, Malmö; Håkan Olsson, Umeå; Mattias Prytz, Trollhättan; Stefan Skullman, Skövde; Marit Tiefenthal, Stockholm; Peter Matthiessen, Örebro (ordförande).

● Omnämnande: Lena Nathanaelsson, Umeå, för arbete med registerdata.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DZWD

REFERENSER

1. Svensk förening för kolorektal kirurgi (SFKRK). Arbetsgrupper. Laparoskopisk kolorektal kirurgi. http://www.sfkrk.se/om-sfkrk/arbetsgrupper-6099675
2. Matthiessen P, Machado M, Folkesson J, et al. Laparoskopisk kolorektal kirurgi i Sverige. För patienten? För kirurgen? För hälso- och sjukvården? Svensk Kirurgi. 2011;69(3):126-8.
3. Matthiessen P. Andelen laparoskopisk kolorektal cancerkirurgi bör öka. Sverige är på efterkälken – stora regionala skillnader inom landet. Läkartidningen. 2013;110(25–26):CC3H.
4. Regionala cancercentrum i samverkan (RCC). Nationellt kvalitetsregister för tjock- och ändtarmscancer. http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/tjock--och-andtarm/kvalitetsregister
5. Fleshman J, Sargent DJ, Green E, et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. Ann Surg. 2007;246(4):655-62; discussion 662-4.
6. Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group; Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. Lancet Oncol. 2009;10(1):44-52.
7. Jayne DG, Thorpe HC, Copeland J, et al. Five-year follow-up of the Medical Research Council CLASICC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. Br J Surg. 2010;97(11):1638-45.
8. Jeong SY, Park JW, Nam BH, et al. Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2014;15(7):767-74.
9. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, et al; COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. N Engl J Med. 2015;372(14):1324-32.
10. Park JS, Choi GS, Park SY, et al. Randomized clinical trial of robot-assisted versus standard laparoscopic right colectomy. Br J Surg. 2012;99(9):1219-26.
11. Syk I, Matthiessen P. Laparoskopisk kolorektal cancerkirurgi – var står vi idag? Svensk Kirurgi. 2011;69(3):120-3.
12. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg. 2009;250(2):187-96.
13. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-4-2.

Missa inte tåget!



Tänk på att platserna brukar fyllas snabbt!



AT-Stämman 30 mars – 1 april 2017

Anmälan öppnar 1 november kl 18:00

www.at-stamman.nu

AT-STÄMMAN

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



Att tänka på när du söker jobb som läkare

□□□ Vare sig det är ditt första jobb eller om du går vidare i karriären finns det några saker att tänka på när du; ansöker om en tjänst, förbereder dig för en intervju eller för löneförhandlingen.

Meritförteckning/CV

En meritförteckning eller CV ska ge en tydlig bild av dig och din bakgrund. Här framgår dina utbildningar, erfarenheter och färdigheter. Det är viktigt att du strukturerar meritförteckningen/CV väl.

Det kan vara svårt att veta vad som ska tas upp i en meritförteckning respektive ett CV. Generellt kan sägas att det beror på hur långt du har kommit i karriären. Ju längre du har arbetat desto mer avlägset ter sig till exempel vikariat och förtroendeuppdrag under studietiden. Har du många tidigare erfarenheter, ta med de uppgifter som är mest relevanta för det aktuella jobbet.

Det vanliga är att uppgifterna presenteras i omvänd kronologisk ordning. Du börjar med den senaste meriten och går sedan bakåt i tiden. Ange alltid start- och slutdatum. Det som är bra att tänka på är att innan du startar den kronologiska ordningen lyft den erfarenhet som bäst matchar den tjänst du söker.

Som läkare är det också viktigt att framhålla pedagogiska och administrativa meriter. Så gott som alla tjänster för vidareutbildade läkare innehåller visst utbildningsansvar. Det gäller särskilt läkartjänster vid undervisningssjukhusen där läkarna har skyldighet att handleda läkarstudenter och kan åläggas att undervisa och examinera. I de flesta specialistkompetenta läkares arbetsuppgifter ingår också att handleda underläkare och medverka i fortbildningen av såväl läkarkolleger som annan personal.

Personligt brev

Det personliga brevet ska ge en kort presentation av varför du söker tjänsten och varför just du är intressant för arbetsgivaren. Ditt brev ska lyfta fram de egenskaper, kunskaper och färdigheter som är särskilt relevanta för den tjänst du söker. Använd annonsen som utgångspunkt för att se vilken erfarenhet och formell utbildning som efterfrågas och vilka personliga egenskaper som är önskvärda.

Var kortfattad och skriv bara sådant som är relevant, helst inte längre än en A4. Brevet ska inte ge dig jobbet utan ta dig till en intervju.

Undvik standardansökan som du skickar till flera olika arbetsgivare. De blir oftast intetsägande.

Skriv det viktigaste först och upprepa inte allt som står i ditt CV. Lyft istället fram dina meriter. Det är viktigare att peka på vad du har fått ut av det du gjort, än att berätta vad du har gjort.

Nämn inte bara dina egenskaper, försök i stället att exemplifiera genom att visa hur de har kommit till användning. Genom att koppla egenskaper till en erfarenhet förankrar du det du påstår om dig själv och det blir mer trovärdigt. Ta upp sådant som är relevant för arbetsuppgifterna.

➳ www.slf.se/Soka_jobb



Förberedelse – checklista

DET ÄR VIKTIGT att vara väl förberedd inför en ny anställning. Förutom att sammanställa meriter och erfarenheter i ett CV och fundera över vad du vill och vad anställningen/uppdraget innebär i ansvar, befogenheter, arbetsuppgifter och utvecklingsmöjligheter – behöver du också förbereda dig genom att ta reda på följande:

- **Har arbetsgivaren kollektivavtal?** Vilka anställningsvillkor gäller? Läkarförbundet har kollektivavtal som gäller på alla sektorer. Fråga arbetsgivaren om anställningen omfattas av kollektivavtal och i sådant fall vilket.
- **Har arbetsgivaren gott rykte?** Är arbetsmiljön god? Finns någon facklig kontakt utsatt i annonsen? Känner du någon som arbetar eller har arbetat på arbetsplatsen? Kontakta i så fall.
- **Löneläget – finns lönestatistik?** Börja med att titta i Saco LönesSök. Kontakta den lokala läkarföreningen för att om möjligt få lönestatistik på den aktuella arbetsplatsen. Det ger dig ett riktmärke inför mötet och du kan sätta upp mål för ditt lönebud.
- **Vad vill du förhandla om?** Finns det inte ett kollektivavtal på arbetsplatsen måste du förhandla alla dina villkor själv i det enskilda anställningsavtalet. Till exempel:
  - Anställningsform: tillsvidare- eller tidsbegränsad?
  - Uppsägningstid – vad gäller?
  - Jour- och beredskap – vad gäller?
  - Rätt till övertidsersättning eller annan ledighet med lön?
  - Antal semesterdagar utöver semesterlagen? Det vill säga mer än 25.
  - Sjukdom och föräldraledighet – vad gäller?
  - Försäkringar?
  - Pension – vad gäller?
  - Kompetensutveckling, vad har du för önskan och behov avseende din fortbildning? Hur arbetsgivaren ser på kompetensutveckling/fortbildning vad avser tid och pengar som ska sättas av till detta.

Vid anställning som AT/ST-läkare är det särskilt viktigt att ta upp frågor som rör utbildningsinnehållet i tjänstgöringen, handledning och villkor för placeringar/randningar. ☐

2016 KARRIÄR MÄSSAN för läkare

Karriärkvällar med mingel

Vill du få inspiration av andra läkares karriärval, mingla och knyta kontakter med potentiella arbetsgivare? Välkommen att anmäla dig till någon av höstens karriäraktiviteter:

10 november Malmö
24 november Göteborg

ARRANGÖR:
Läkarförbundet och Läkartidningen

PROGRAM OCH ANMÄLAN:

➳ www.slf.se/karriarseminarier

Här hittar du jobben

Platsannonser
Läkartidningen är Sveriges ledande forum för lediga tjänster. De flesta lediga tjänster för läkare annonseras i Läkartidningen, dels som annonser i tidningen men också på deras webbplats Läkarkarriär.se.

Tips! Abonnera på Läkartidningens bevakningsmail för nya platsannonser. Du kan här själv välja vilka olika typer av tjänster som du vill få information om.

Kontakter
Ditt eget nätverk och dina kontakter är en viktig tillgång. Prata med personer i din omgivning om att du är på jakt efter ett arbete. Besök mässor och event där arbetsgivare finns. Ta själv kontakt med företag där du skulle önska arbeta även om de inte aktivt söker tjänster just nu.

För fler tips, mallar och utförligare information om hur du söker jobb som läkare, besök:

➳ www.slf.se/Soka_jobb

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
ALLMÄNMEDICIN		
Chefs-och läkarjobb, Myrvikens hälsocentral, Myrviken		41
Distriktsläkare, 2-3 tjänster, Tegs Hälsocentral, Umeå		42
Distriktsläkare, Vårdcentralen City, Eskilstuna		43
Företagsläk el spec i allmänmed, FHV Runstenen, Malmö/Helsingborg	4/11	41
Spec-läkarchef Med klin, Närsjv , östra Östergötland, Norrköping	6/11	42
Spec-läkare & ST-läkare i allmänmedicin, Vibblaby HLM, Jakbosberg	31/10	41
Spec-läkare & ST-läkare, allmänmed el geriatrik, VC, Vansbro	30/11	41
Spec-läkare Närhälsan Eriksberg vårdcentral, Göteborg	7/11	43
Spec-läkare samt ST-läkare, Närhälsan Källstorp VC, Trollhättan	16/11	43
Spec-läkare, Närhälsan, VC Skogslyckan, Uddevalla	30/10	41
Spec-läkare, Primärvården södra Öland, Färjestaden och Mörbylånga		41
Spec-läkare, Vårdcentralen Kusten , Ytterby/Kungälv		43
Spec-läkare/Distr läkare, Vårdcentralen Läkehjälpen Olofström		41
Spec-läkare/Överläkare, Neuropatiska smärtmott, Karolinska, Sthlm	10/11	42
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Spec-läkare/Överläkare, Neuropatiska smärtmott, Karolinska, Sthlm	10/11	42
Vårdenhetsöverläkare/Spec-läkare Sahlgrenska Univ sjh, Göteborg	28/10	42
Överläkare anestesi Capio Lundby Närsjukhus, Göteborg		43
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Professor i pediatrik förenad med bef som Spec-läkare, UU, Uppsala	17/11	43
Spec-läkare/Överläkare (ÖV-barnläkare) Lindesbergs lasarett,		41
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Barnpsykiater, Barn- & ungdomspsykiatrin,, Östersund		41
Överläkare till BUP Sollentuna, Stockholm		43
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering i kirurgi till salu, Stockholm	5/12	42
Ersättningsetablering i psykiatri, Södermalm, Stockholm	5/12	43
Ersättningsetablering ortopedi, Götebrog	10/11	41
Ersättningsetablering till salu, Allmänmedicin, Stockholm	21/11	41
Ersättningsetablering, Internmedicin, Stockholm	17/11	43
Etablering i allmänpsykiatri, Östermalm, Stockholm		43
Gynekologmottagning överlåtes, Vällingby-Vinsta, Stockholm		41
Ögonläkarmottagning till salu, Blekinge		41
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Företagsläk el spec i allmänmed, FHV Runstenen, Malmö/Helsingborg	4/11	41
Spec-läkare, Feelgood Företagshälsa, Sverige		41
GERIATRIK		
Spec-läkare & ST-läkare, allmänmed el geriatrik, VC, Vansbro	30/11	41
Spec-läk ger el internmed, Med klin, Kullbergska sjh, Katrineholm		42
GYNEKOLOGISK ONKOLOGI		
Spec-läkare, Radiumhemmet, Stockholm	26/10	41
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Verksamhetschef VO Infektionssjd, Skånes univ sjukv, Malmö/Lund		
INTERNMEDICIN		
Sektionschef Södersjukhuset, Stockholm		42
Spec-läk ger el internmed, Med klin, Kullbergska sjh, Katrineholm	9/11	42
Underläkarchef (Spec-läkare eller ST) Södersjukhuset, Stockholm		43
KARDIOLOGI		
Kardiolog, internmedicinsk vård, Gotland	27/11	41
KIRURGI		
Överläkare, VO Kirurgi-Urologi Södertälje Sjukhus, Södertälje		43
KLINISK FYSIOLOGI		
Överläkare/spec-läkare, Danderyds Sjukhus, Stockholm		41
KLINISK KEMI		
Områdeschef (Baskemi)Medicinsk service, Reg Skåne, Lund/Malmö		42
KÄRLKIRURGI		
Spec-läkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg		43
LUNGSJUKDOMAR		
Spec-läkare, LUS, Medicincentrum Norrlands univ sjh, Umeå		43
Spec-läkare/BÖL/ÖL Lung-/Allergiklin, Karolinska Univ sjh, Sthlm	3/11	42
Spec-läkare/överläkare, Lungkliniken Mälarsjukhuset, Eskilstuna		41
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Spec-läkare i gastroenterologi, Västra Götaland	2/11	42
NEONATOLOGI		
Neonatolog/ST-läkare (LUS), Barn- & ungdomscentrum, Umeå		41
NEUROLOGI		
Spec-läk/Överläk, Neuropatisk smärtmott, Karolinska Univ sjh, Sthlm	10/11	42
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Professor, inrikt obstetrik förenad befattn spec-läkare, UU, Uppsala	17/11	43
Spec-läkare, LUS Kvinnoklin. Norrlands universitetssjukhus, Umeå		42
Spec-läk/Överläk, område graviditet & förlossning. Karolinska, Sthlm	2/11	42
Överläk/medicinsk chef, LUS, Kvinnoklin, Norrlands univ sjh, Umeå		42

ONKOLOGI

Sektionschef för ST-läkare, Sahlgrenska Univ sjh, Göteborg	3/11	43

ORTOPEDI

Fotortoped, avancerad fotkirurgi, Aleris, Motala		41
Knäprotesoperatör VO Ortopedi, Skånevård Kryh		41

PLASTIKKIRURGI

Spec-läk/överläk Plastik- och käkkirurgiska klin. Univ sjh, Örebro	2/11	41

PSYKIATRI

Läkare till Vuxenpsykiatri Öppenvård,, Halland		43
Spec-läkare, avd. för kunskapsstyrning, Socialstyrelsen		41
ST-läkare, psykiatri, Östergötland	13/11	43
Verksamhetschef till Psykiatri Nordväst, Stockholm	18/11	43
Överläkare, BUP Skärholmen, Stockholm		41
Överläkare, psykiatriska mottagningar i Alvik, Stockholm		42
Överläkare/Spec-läkare, allmänpsykiatriska ÖV, Reg Skåne , Malmö	30/11	43

RADIOLOGI

Läkarchef/radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	41
Radiolog Vestre Viken, Norge	31/10	42
Radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	41
Spec-läkare, MSK-radiologi, Karolinska Univ sjh, Solna och Huddinge	28/10	41
Röntgenläkare, teleradiologi, över 30 svenska sjukhus		41
Sektionschef Till Röntgenkliniken Universitetssjukhuset , Linköping	13/11	43
Överläkare/Spec-läkare VO Diagnostik, Region Skåne, Trelleborg	9/11	42

REHABILITERINGSMEDICIN

Spec-läkare el överläkare, Smärtcentrum Akademiska sjh, Uppsala		42
Spec-läk/Överläk Neuropatisk smärtmott Karolinska Univ sjh,. Sthlm	10/11	42

STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG

Forskningsanslag, Stiftelsen Konung Gustaf V:s 80-årsfond	28/11	42
För forskning – barn o deras levnadsvillkor, Majblommans Riksförb	2/12	43
Postdoktoral utb f klin verksam forskare, Sv Sällsk f Medicinsk forskn	15/11	41

ST-TJÄNSTER

Neonatolog/ST-läk neonatologi (LUS), Barn- & ungd centrum, Umeå		41
Spec-läkare & ST-läkare i allmänmedicin, Vibblaby HLM, Jakobsberg	31/10	41
Spec-läkare & ST-läkare, allmänmed el geriatrik, VC, Vansbro	30/11	41
Spec-läkare samt ST-läkare, Närhälsan Källstorp VC, Trollhättan	16/11	43
St-läkare Geriatrik, Akademiska sjukhuset, Uppsala		43
ST-läkare i gastroenterologi, Västra Götaland	2/11	42
ST-läkare i gynekologi & obstetrik, Kvinnoklin, lasarettet, Nyköping		43
ST-läkare i internmed m inriktn njur- el lungmed, NUS, Umeå		43
ST-läkare internmedicin, Skaraborgs Sjukhus, Skövde	15/11	43
ST-läkare till hälsocentralen Mörbylånga, Öland		41
ST-läkare VO Diagnostik, Skånevård Kryh, Reg Skåne, Kristianstad/Hässleholm/Ystad		42
ST-läkare, Beckomberga Vårdcentral, Stockholm		41
ST-läkare, Habiliteringen, Sundsvall		43
ST-läkare, Klinisk mikrobiologi, Centralsjukhuset, Karlstad		41
ST-läkare, Medicinklin, Njursektionen, Universitetssjukhuset, Örebro	31/10	41
ST-läkare, Närhälsan, VC Skogslyckan, Uddevalla	30/10	41
ST-läkare, Oxelösunds vårdcentral		43
ST-läkare, psykiatri, Östergötland	13/11	43
ST-läk, tre st, barn- & ungd med, Sachsska barn- & ungd sjh, Sthlm		43
Underläkarchef Internmed (Spec-läkare el ST-läk) Södersjh, Sthlm		43
Forskar-ST, Akademiska sjukhuset, Uppsala		43

UROLOGI

Spec-läkare, Urologspecialisterna Södra Stockholm, Skärholmen		42

VIKARIAT

Leg läkare, lätt akutsjukvård, reserådgivning, vaccinering, Stockholm		41

ÖGONSJUKDOMAR

Spes-lege/overlege Univ sykehuset Nord-Norge , Harstad, Norge		42
Överläk/Spec-läk/Kataraktkirurg, Ögonmott, Mälarsjh, Eskilstuna		41

ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR

Universitetslektor, inst kirurgiska vetenskaper, UU, Uppsala	15/11	42

ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER

Chef för vårdstrategisk fastighetsutveckling & medicinsk rådgivning, Västerbottens läns landsting		41
Chefsläkare och chef för patientsäkerhetsenheten, landst Sörmland		41
Enhetschef, Läkarenheten vid Radiologin, Landst i Värmland, Karlstad		42
Kommunelege/fastlege, Tysfjord kommune, Norge	6/11	41
Kommuneoverlege/fastlege, Tysfjord kommune, Norge	6/11	41
Ledare för framtidens hälso-& sjukv, Karolinska Univ sjh, Solna, Sthlm		41
Leg läkare, lätt akutsjukvård, reserådgivning, vaccinering, Stockholm		41
Läkarchef/radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	41
Läkare enheten för klassifikationer och terminologi, Socialstyrelsen		43
Läkare Skandinavisk Hälsovård		41
Läkare, Habilitering & Hälsa, Habiliteringen, Göteborg	28/10	41
Regionläkare, Koncernkontoret, avd Data och Analys	26/10	41
Sektionschef, Akutkirurgiska sektionen, Capio S:t Görans Sjh, Sthlm	10/11	43
Smittskyddsläkare/avdelningschef, Smittskydd, Stockholm	4/11	43
Spec-läkare Primärvård och Psykiatri, Insp vård & omsorg (IVO)		41
Spec-läkare Transportstyrelsen, Borlänge		42
Spec-läkare, Habilitering & Hälsa, Habiliteringen, Göteborg	28/10	41
Spec-läkare/Utvecklingsläkare Försvarsmedicincentrum, Göteborg		42
Transmedica söker psykiatriker och radiologer, Sverige		43
Transmedica sökerpsykiatriker radiologer, Norge		43
Verksamhetschef, kirurgkliniken i Kronoberg, Ljungby och Växjö		43

ÖVRIGA TJÄNSTER

Dekan for health, Aarhus Universitet, Danmark	11/12	41
Enhetschef, Läkarenheten vid Radiologin, Landst Värmland, Karlstad		42
Knäprotesoperatör VO Ortopedi, Skånevård Kryh		41
Ledare för framtidens hälso-& sjukvård, Karolinska Univ sjh, Solna		41
Verksamhetschef Kärl-Thoraxkliniken Universitetssjukhuset, Örebro	16/11	43
Verksamhetschef Röntgenkliniken, Motala	16/11	43
Verksamhetschef, Anestesi, OP och IVA, Västerbottens läns landsting	15/11	43
Verksamhetschef till Kirurgi, Västerbottens läns landsting	15/11	43
Verksamhetschef till Kvinnokliniken, Västerbottens läns landsting	15/11	43
Verksamhetschef till Psykiatrin, Västerbottens läns landsting	15/11	43
Verksamhetschef, Rörelseorganens centr, Västerbottens läns landst	15/11	43
Verksamhetschef VO Inf sjd, Skånes universitetssjukv, Malmö/Lund		42
Verksamhetschef, Psykiatriska kliniken, Ersta sjukhus, Stockholm	6/11	43

BLI EN LEDARE HOS OSS!

REGION KRONOBERGS CHEFER ÄR MODIGA OCH MOTIVERADE LEDARE

Helhet, tillit, tydlighet

VERKSAMHETSCHEF TILL KIRURGKLINIKEN

Kirurgkliniken i Kronoberg är länsövergripande och omfattar elektiv och akut kirurgi på sjukhusen i Ljungby och Växjö. Vi har full bemanning med 11 utbildningsläkare och 25 specialister. Vi arbetar i sektioner med god utveckling inom alla specialiteter. Till kirurgkliniken hör tre vårdavdelningar och två välfungerande mottagningar.

Sedan den 1 oktober 2016 har kliniken delat ledarskap. Teamarbete mellan olika professioner är en förutsättning för att förstärka ledningen och underlätta verksamhetsutveckling, både inom medicinsk vård och inom omvårdnad. Därför är en av verksamhetscheferna läkare som har det medicinska ansvaret medan den andra verksamhetschefen är sjuksköterska som har ansvaret för allmän och specifik omvårdnad.

Vi vill skapa bästa möjliga förutsättningar för dig som ny verksamhetschef och erbjuder ett introduktionsprogram där nuvarande verksamhetschef spelar en viktig roll.

Du som är läkare i din grundprofession, som är modig och motiverad till att dela ansvaret för en kirurgklinik i stark utveckling: sök tjänsten nu!

Ansökan och mer information om tjänsten finns på www.regionkronoberg.se
eller kontakta Centrumchef Annika Hull Laine, telefon 0709 67 32 51.

VÄLKOMMEN MED DIN ANSÖKAN!

REGION KRONOBERG
regionkronoberg.se

Vi är Västra Götalandsregionen

Varje dag får ca 9 800 personer vård på någon av våra vårdcentraler.

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB I SVERIGE

Just nu söker vi:

Specialist i allmänmedicin
Närhälsan Eriksberg vårdcentral, Göteborg
Ref.nr: 2016/5826
Sista ansökningsdag: 2016-11-07

ST-läkare internmedicin
M1, Läkare Medicin, Skaraborgs Sjukhus Skövde
Ref.nr: 2016/5972
Sista ansökningsdag: 2016-11-15

Sektionschef för ST-läkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Onkologi
Ref.nr: 2016/5975
Sista ansökningsdag: 2016-11-03

Specialist i allmänmedicin samt en ST-läkare
Närhälsan Källstorp vårdcentral
Ref.nr: 2016/6095
Sista ansökningsdag: 2016-11-16

Specialistläkare Kärlkirurgi
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område 5, Hybrid och Intervention, Kärlkirurgi
Ref.nr: 2016/6051
Sista ansökningsdag: 2016-11-09



Margareta Neumann, ögonläkare,
Frölunda Specialistsjukhus.
En av våra cirka 50 000 medarbetare.

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vi söker dig som vill göra skillnad.



Västerbottens läns landsting tar nu ännu ett steg för att samordna den specialiserade sjukhusvården i länet. Till dagens 16 länskliniker, varav tre centrumbildningar, skapas nu 5 nya basenheter med läns- och regionuppdrag. Målet är som alltid att leverera en jämlik, god och tillgänglig vård för invånarna.

Verksamhetschef till Rörelseorganens centrum Västerbotten
Referensnummer: ACLA 16/11

Verksamhetschef till Psykiatrin Västerbotten
Referensnummer: ACLA 16/15

Verksamhetschef till Kvinnokliniken Västerbotten
Referensnummer: ACLA 16/10

Verksamhetschef till Kirurgi Västerbotten
Referensnummer: ACLA 16/12

Verksamhetschef till Anestesi, operation- och intensivvårdsverksamheterna, Västerbotten
Referensnummer: ACLA 16/13

Arbetsbeskrivning
Vi erbjuder ett utmanande chefsarbete i en förbättringsinriktad organisation. Som verksamhetschef har du det samlade ansvaret för verksamhet, medarbetare och ekonomi. Ditt uppdrag är att leda, utveckla och följa upp verksamheten i nära samarbete med din chefsgrupp. Du förväntas vara en aktiv deltagare i ledningsgruppen för verksamhetsområdet sjukhusvård samt i instituens samråds- och beslutsgrupp.

Vi söker dig som
- Är tydlig, lyhörd och engagerad i ditt ledarskap.
- Har förmåga att i dialog med medarbetarna formulera visioner, tydliggöra syftet med verksamheten, sätta upp mål och därigenom skapa engagemang och resultat.
- Har förmåga att verka utifrån landstingets värdegrund.
- Har helhetssyn och skapar goda relationer och bra förutsättningar för samarbete inom och utanför verksamheten.
- Kan medverka till att stärka klinikens ställning regionalt och nationellt.
- Har förståelse för såväl länsdelssjukhusens som universitetssjukhusets särskilda uppdrag och förutsättningar och kan stimulera medarbetare till klinisk forskning, utbildning och utvecklingsarbete.

Vi vill att du ...
... har lämplig högskoleutbildning eller annan utbildning/erfarenhet som arbetsgivaren bedömer likvärdig.
Du ska också ha erfarenhet som chef eller ledare inom hälso- och sjukvård. Vetenskaplig, pedagogisk och klinisk kompetens samt erfarenhet av utvecklingsarbeten är meriterande liksom erfarenhet från nationellt nätverksarbete.

Ansök senast: 2016-11-15
Läs mer om respektive tjänst samt gör en digital ansökan via vår rekryteringsportal på www.vll.se/ledigajobb där det finns en specifik ansökningslänk för respektive tjänst.

Läs mer om vår verksamhet finns på www.vll.se

www.vll.se

Västerbottens läns landsting

UPPSALA UNIVERSITET

Uppsala universitet är ett brett forskningsuniversitet med stark internationell ställning. Uppgiften är att bedriva forskning och utbildning av högsta kvalitet och att på olika sätt samverka med samhället. Vår viktigaste tillgång är alla de individer som med sin nyfikenhet och sitt engagemang gör Uppsala universitet till en av landets mest spännande arbetsplatser. Uppsala universitet har 40 000 studenter, 7 000 anställda och en omsättning på 6,5 miljarder kronor.

Professor i pediatrik förenad med befattning som specialistläkare

vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Upplysningar om befattningen lämnas av
Dekanus professor Eva Tiensuu Janson, tel. 018-611 42 89,
e-post: eva.tiensuu_janson@medsci.uu.se eller prefekten professor Agneta Skoog Svanberg, tel. 018-611 01 70,
e-post: Agneta.Skoog_Svanberg@kbh.uu.se

Fullständig annons finns på Uppsala universitets webbplats www.uu.se/jobb.

Välkommen med din ansökan senast den 17 november 2016,
UFV-PA 2016/2507.

www.uu.se

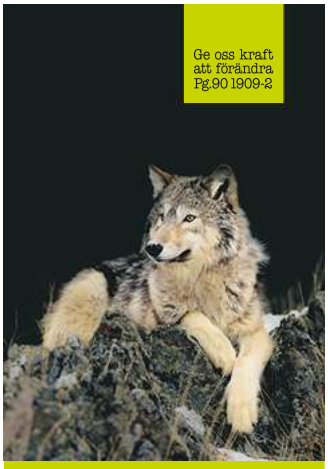


BLI MÅNADS-GIVARE BLI EN FAMILJE-SUPPORTER

Läs gärna mer om familjernas vardag på www.ronaldmcdonaldhus.se

Ronald McDonald Barnfond

i'm lovin' it



Stöd vårt rovdjursarbete!

Hjälp oss trygga rovdjurens framtid så att kommande generationer får uppleva dem i sin naturliga miljö.

Bli medlem eller skänk en gåva!

Läs mer på:
www.naturskyddsforeningen.se

Naturskyddsföreningen

Kör inte
över *oss!*

SAMARBETE FÖR BARNS TRAFIKSÄKERHET
NTF

UPPSALA UNIVERSITET

Uppsala universitet är ett brett forskningsuniversitet med stark internationell ställning. Uppgiften är att bedriva forskning och utbildning av högsta kvalitet och att på olika sätt samverka med samhället. Vår viktigaste tillgång är alla de individer som med sin nyfikenhet och sitt engagemang gör Uppsala universitet till en av landets mest spännande arbetsplatser. Uppsala universitet har 40 000 studenter, 7 000 anställda och en omsättning på 6,5 miljarder kronor.

Professor i obstetrik och gynekologi med inriktning mot obstetrik förenad med befattning som specialistläkare

vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Upplysningar om befattningen lämnas av
Dekanus professor Eva Tiensuu Janson, tel. 018-611 42 89,
e-post eva.tiensuu_janson@medsci.uu.se eller prefekten professor Agneta Skoog Svanberg, tel. 018-611 01 70,
e-post: Agneta.Skoog_Svanberg@kbh.uu.se

Fullständig annons finns på Uppsala universitets webbplats www.uu.se/jobb.

Välkommen med din ansökan senast den 17 november 2016,
UFV-PA 2016/2506.

www.uu.se

REGION SKÅNE SÖKER:

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Vill du vara med och utveckla den allmänpsykiatriska öppenvården i Malmö?

Rekryteringen i våras har resulterat i sammanlagt sju nya specialister inom området - men vi vill bli fler!

Vi söker därför ett flertal överläkare/specialistläkare till mottagningarna Fosievägen och Drottninggatan. Respektive mottagning har cirka 50 medarbetare inom olika professioner som arbetar teampsykiatriskt.

Här finns en unik chans att bygga upp något nytt! Vi erbjuder en fantastisk möjlighet att lägga upp arbetet och forma den framtida allmänpsykiatriska öppenvården i Malmö tillsammans med nyligen rekryterade specialister.

Vill du veta mer?
Kontakta Lena Larsson-Ahlin, Områdeschef, tfn: 0736- 25 05 96 eller Lena.Larsson-Ahlin@skane.se

Sista ansökningsdatum: 2016-11-30
Välkommen med din ansökan!
Läs mer 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.

Stöd forskningen kring Alzheimer och andra demenssjukdomar
Pg 90 08 58 - 2
Demensförbundet
08-658 52 22

Aktiv Livs-hjälp
Gåvogiro 90 10 07-5
Sjukdomar som Stroke, Parkinson och ALS kan drabba vem som helst. Hittills har ingen kunnat botas. Det kan du ändra på.
Neurologiskt Handikappades Riksförbund
Telefon 08-677 70 10

Tänk på kommande generationer

Bevara en levande jord – ge din minnesgåva till Världsnaturfonden WWF.

De anhöriga får ett kondoleansdiplom från dig.

Kontakta Medlemsservice – tel. 08-624 74 14 (kl 9–13), medlemsservice@wwf.se

Stöd WWF. Pg 90 1974-6 • Hemsida: www.wwf.se

Läkarkarriär.se

Trafik-
skadefonden

PlusGiro 90 00 06-8

RTP
Riksförbundet för Trafik-,
Olycksfalls- och Polioskadade
Tel: 08-629 27 80 www.rtp.se

Socialstyrelsen
Socialstyrelsen värnar hälsa, välfärd och
allas lika tillgång till god vård och omsorg

Läkare

enheten för klassifikationer och terminologi

- Utveckling av klassifikationer
- Internationell samverkan
- Projekt

www.socialstyrelsen.se/ledigajobb

REGION HALLAND SÖKER

Läkare

till Vuxenpsykiatri Öppenvård, Halland
Bli del av en välfungerande psykiatri med patientens fokus! Vi söker dig som är psykiater eller i slutet av din ST till vår öppenvård.

Mer information om
tjänsterna hittar du på
www.regionhalland.se/jobb

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Stockholms läns sjukvårdsområde söker

Verksamhetschef

till Psykiatri Nordväst

Mer information hittar du på
www.jobb.sll.se/SLSO-16-66194

Sista ansökningsdag 2016-11-18

Psykiatri Nordväst
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

AKADEMISKA
SJUKHUSET

ST-läkare med intresse för Geriatrik?

Geriatriken på Akademiska sjukhuset i Uppsala söker nu ST-läkare, verksamheten är en av landets mest heltäckande kliniker för medicinsk vård, utredning och rehabilitering av äldre patienter. Här finns tre vårdavdelningar och en omfattande öppenvårdsverksamhet inkluderande minnesmottagning samt dag- och hemrehabilitering. Här får du växa genom mötet med våra patienter, samarbetet med dina kollegor och de möjligheter Akademiska sjukhuset erbjuder. Vi bedriver även specialistansluten hemsjukvård i Norduppland. Läs mer om tjänsten på vår hemsida, sök efter referensnummer AS819/2016.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN



ST-läkare, psykiatri

Är du legitimerad läkare eller AT-läkare i slutet på allmäntjänstgöringen och intresserad av specialisttjänstgöring på en fungerande klinik med fast personal är detta något för dig. Vi har tio psykiatriker och fem ST-läkare för närvarande men vill öka antalet ST-tjänster. Kliniken är inrymd i moderna lokaler på ett av Sveriges vackraste sjukhus. Vi har årligen bra resultat på AT- rankningen.

Välkommen med din ansökan senast
den 13 november 2016.

regionostergotland.se/jobb

Region
Östergötland



Transmedica söker psykiatriker och radiologer till Norge och Sverige
Ersättning upp till 180-200.000 SEK per månad

Transmedica kan erbjuda dig trygga och spännande uppdrag i hela Norge och Sverige.
Vi är med i **HINAS** avtalet med samtliga sjukhus i Norge och flertal i Sverige.

- Betalning av norsk legitimation samt specialistbevis.
- Bästa personliga vägledning vid skattetekniska frågor eller andra ärenden.
- Nya attraktiva bonusförmåner, upp till **22.000 SEK** vid längre vikariat.

Du har möjlighet att uppleva ditt drömvikariat med den bästa ersättningen.

För Norge
Rekryteringskonsult
Henrik Thornström
hth@transmedica.dk
Mobil: +46 70 82 14 548

För Sverige
Rekryteringskonsult
Anette Hagel Olsen
aol@transmedica.dk
Mobil: +45 41 85 18 67

TRANSMEDIC

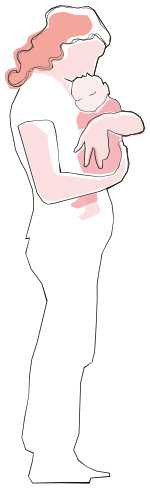
Sachsska barn- och ungdomssjukhuset söker

Tre ST-läkare

inom barn- och ungdomsmedicin

Välkommen med din ansökan
Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS
SÖDERSJUKHUSET



Vi är en del av Stockholms läns landsting

Vi söker

Överläkare i kirurgi

till VO Kirurgi-Ortopedi-Urologi

Läs mer om tjänsten och ansök via
www.jobb.sll.se/STS-16-40023

Södertälje Sjukhus

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Landstinget Västernorrland söker

ST-läkare

till habiliteringen i Sundsvall

Läs mer och ansök på
www.lvn.se/jobb

Landstinget Västernorrland

www.lvn.se

Ledarskap Patientsäkerhet Arbetsmiljö Medarbetarskap

Internmedicin skapar ny organisation och söker

Underläkarchef

Du är specialist i internmedicin eller ST-läkare med huvuddelen av ST-utbildningen klar. Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb

SÖS
SÖDERSJUKHUSET

Vi är en del av Stockholms läns landsting



Region Örebro län söker

Verksamhetschef

till Kärl-Thoraxkliniken Universitetssjukhuset Örebro

www.regionorebrolan.se/uso/jobb Ansökan senast 16 november 2016

Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

Smittskyddsläkare/ avdelningschef

till Smittskydd Stockholm

Läs mer och ansök på **www.jobb.sll.se**

Sista ansökningsdatum: **2016-11-04**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Specialistläkare, LUS, i lungsjukdomar

ST-läkare i internmedicin med inriktning mot njur- eller lungmedicin

Medicincentrum,
Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Läs mer och ansök på www.vll.se/ledigajobb

Västerbottens läns landsting

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

BUP Sollentuna söker

Överläkare

Se hela annonsen och sök jobbet här:
www.bup.se/lediga-jobb

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vi vill utöka vår besättning med fler läkare



Är du företagsläkare eller specialist i allmänmedicin och vill vara med på nya resor?
Vi finns i både Malmö och Helsingborg.

Vill du jobba på en arbetsplats där vi månar om god arbetsmiljö, korta beslutsvägar och där du själv har stort inflytande över din arbetssituation?

Vi erbjuder rätt person goda villkor och flexibla arbetstider. Kontinuerlig vidareutbildning för att utveckla din kompetens är en självklarhet. Läs mer på www.fhv-runsten.se

Välkommen med din ansökan senast 4 november

Företagshälsan Runstenen

Fråga om patienten har körkort när du ställer en diagnos som innebär trafikfara.

www.transportstyrelsen.se

TRANSPORT STYRELSEN



Verksamhetschef

Röntgenkliniken i Motala är en modern klinik som med DT-, MR- och ultraljudsundersökningar bedriver diagnostisk och viss interventionell radiologi. Vår verksamhet står inför spännande utmaningar med en mycket snabb teknisk utveckling och en ökad efterfrågan av våra tjänster.

Vi söker dig som genom ett engagerat och tryggt ledarskap vill vara med och driva kliniken framåt!

Välkommen med din ansökan senast den 16 november 2016.

regionostergotland.se/jobb

Region Östergötland

AKADEMISKA SJUKHUSET



Är du intresserad av forskar-ST på Akademiska sjukhuset?

Nu erbjuder vi forskar ST-tjänster med valfri specialistutbildning som inkluderar fyra månaders betald forskning per år. Vår ambition är att vara ett av Sveriges främsta universitetssjukhus för forskning, undervisning och vård. Välkommen att ansöka eller läs mer på vår hemsida www.akademiska.se/arbeta, sök efter ref.nr AS890/2016 eller ring till oss 018-6113126 om du vill veta mer.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

Capio S:t Görans Sjukhus

Sektionschef

Vi söker en sektionschef till akutkirurgiska sektionen med ett brinnande intresse för att utveckla den akutkirurgiska verksamheten i öppen och sluten vård.

Vi vill att du är specialist i kirurgi och du kan ha akutsjukvård som tilläggsspecialitet och/eller forskningsmeriter men det är inget krav. Du har intresse för kvalitetsutveckling och förbättringsarbete samt en god ledarskapsförmåga.

För mer information om tjänsten kontakta verksamhetschef Christian Kylander på telefon 08-5870 1850. Välkommen med din ansökan via www.capiostgoran.se/jobb eller e-post till christian.kylander@capiostgoran.se senast 2016-11-10.

www.capiostgoran.se/jobb

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

ST-läkare till Oxelösunds vårdcentral
Vårdcentralen Oxelösund
RPV-16-134

ST-läkare i gynekologi och obstetrik
Kvinnokliniken, Nyköpings lasarett
RNLN-16-148

Distriktsläkare,Vårdcentralen City
Vårdcentralen City, Eskilstuna
RPV-16-137

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.



Sektionschef

Röntgenkliniken i Linköping är en modern och högspecialiserad röntgenklinik med metoder i framkant och hög utvecklingstakt. Kliniken är en del av Universitetssjukhuset i Linköping vilket speglas tydligt i vårt uppdrag där forskning och utbildning är en naturlig del av verksamheten.

Som sektionschef hos oss ingår du i klinikens ledningsgrupp och har personal-, arbetsmiljö- och resultatansvar för läkarna på din sektion. Rollen är en blandning av kliniskt och administrativt arbete och vi söker dig som har specialistkompetens inom bild- och funktionsmedicin.

Välkommen med din ansökan senast den 13 november 2016.

regionostergotland.se/jobb

Region Östergötland

ST-läkare

Beckomberga Vårdcentral

Vi söker dig som är legitimerad läkare med siktet inställt på att bli specialist inom allmänmedicin.

Vi är en privat vårdcentral med 5000 listade patienter som erbjuder vård i Bromma, Vällingby och Spånga. Området är i en expansiv fas och antal patienter förväntas öka.

Vi är ett välfungerande team distriktsläkare, ST-läkare och AT-läkare tillsammans med övriga yrkesgrupper. Enheten består av distriktsläkare- och distriktssköterskemottagning samt psykologmottagning. Utöver egen provtagningsenhet finns tillgång till röntgen och övrig provtagning på vår husläkarmottagning, Bromma sjukhus. Vi har ett gott samarbete med geriatriken i samma lokaler.

Vi erbjuder anpassade lösningar på arbetstider och bra arbetsmiljö på en välfungerande vårdcentral. Löneform; individuell lönesättning Varaktighet; tillsvidare.

Kontaktuppgifter: Enhetschef Kristina Carlsson Follingbogatan 32A, 168 62 Bromma tel: 08-12079833

Ansökan per e-post till: gina.messina@trygghalsa.se eller kristina.carlsson@beckombergavv.se

Ersta sjukhus
en del av Ersta diakoni

Verksamhetschef till Psykiatriska kliniken

Ersta sjukhus är Sveriges största icke vinstsyftande sjukhus för planerad vård. Vi bedriver högkvalitativ och specialiserad sjukvård med bredd och spetskompetens.

Ersta sjukhus psykiatriska klinik har sjukvårdspersonal som främsta målgrupp. Vi vårdar dig som vårdar.

Här arbetar ett femtiotal medarbetare som är psykiatriker, psykologer, psykoterapeuter, psykiatrisjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, skötare och medicinska sekreterare.

Kliniken består av en öppenvårdsmottagning och en avdelning för heldygnsvård. Forskning är en naturlig del av vår verksamhet.

Nu söker vi dig som vill leda och utveckla psykiatriska kliniken och tillsammans med dina medarbetare omsätta Ersta diakonis värdegrund i handling.

I den här rekryteringen samarbetar vi med Pro Astri.
Ansök på: www.proastri.se senast den 6 november.

För mer information kontakta: Agneta Värmon 070-732 55 00 eller Jan-Åke Zetterström, sjukhuschef, 070-730 31 00



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Kardiolog
- internmedicinsk vård

Radiolog
- röntgenavdelningen

Läkarchef/radiolog
- röntgenavdelningen

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 2016-11-27

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/ledigajobb

Region Gotland

Vi söker dig som vill göra skillnad. Hjälp oss bygga världens bästa hälsa.



Distriktsläkare, 2–3 tjänster

Tegs hälsocentral, Umeå

Vi söker dig som vill arbeta i centrala Umeå i ett upptagningsområde med både stad och landsbygd. I dag är listan på 17 400 patienter och den ökar.

Vi arbetar i team och prioriterar kontinuitet, patientsäkerhet och kvalitet. I år har vi satsat mycket på vårt psykosociala team för att ge en snabbare första bedömning samt öka vår tillgänglighet och patientgenomströmning. För att fortsätta utvecklingen behöver vi fler läkare.

Låter det intressant? Hör av dig så berättar vi mer!

Läs mer och ansök på www.vll.se/ledigajobb

Hälsoval Västerbotten

Landstingets Primärvård

Capio Lundby Närsjukhus

Vill du bli vår nya medarbetare?

Välkommen med din ansökan!

Överläkare
anestesi

Vi erbjuder
- En dynamisk arbetsplats med korta beslutsvägar
- Ett stimulerande arbetsklimat bland duktiga medarbetare med patienten i fokus
- En arbetsplats med tydliga mål, där kvalitet och service prioriteras
- Flexibla arbetsförutsättningar

Goda möjligheter ges till fortbildning.

Är du intresserad och vill veta mer? Välkommen att kontakta
Agnetha Folestad, VD/Verksamhetschef
agnetha.folestad@capio.se, 031-65 70 00

Capio Lundby Närsjukhus i Göteborg är en del av Capiokoncernen, www.capio.se, som bedriver hälso- och sjukvård i fyra europeiska länder.

Läs mer om tjänsten och ansök på www.capiolundbynarsjukhus.se

VÅRDCENTRALEN KUSTEN YTTERBY
I KUNGÄLVS KOMMUN SÖKER

SPECIALISTLÄKARE I ALLMÄNMEDICIN

FÖR MER INFORMATION
Verksamhetschef Agneta Hamilton
0707-98 03 02

Ansökan sänds senast **27 november** till
Vårdcentralen Kusten
Stationsgatan 1, 442 50 Ytterby
eller **eva.klasson@ptj.se**

Läs mer om tjänsten på
www.vckusten.se

Praktikertjänst

VÅRDCENTRALEN KUSTEN

Forskningsbidrag
Barns hälsa



Majblomman utlyser 1 miljon kronor per år i forskningsbidrag till samhällsvetenskaplig, pedagogisk och medicinsk forskning om barn och barns levnadsvillkor.

Majblomman beviljar medel till projekt som förbättrar livskvaliteten för barn och ungdom i Sverige genom att förebygga psykisk och fysisk ohälsa eller bota och lindra sjukdom och funktionsnedsättning. Tvärvetenskapliga forskningsprogram och forskningsprogram under uppbyggnad ges hög prioritet.

Vi välkomnar projekt där barn och ungdomar själva kommer till tals och projekt som inriktas på tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.

Ansökan ska vara inlämnad/poststämplad senast 2 december 2016. Blankett och mer information finns att hämta på www.majblomman.se från och med 10 oktober 2016.

Majblommans Riksförbund
Kungsgatan 28
411 19 GÖTEBORG
Lillemor Emring
Telefon 031 - 60 68 94

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering i psykiatri
Stockholm/Södermalm

Läs mer: opic.com **eller** vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/lagreglerade/ansokningsinbjudan
Verksamheten kan flyttas till annan del av Stockholms innerstad.
Info: Kersti Flygare, tfn: 070 7489879 **eller** mail: kersti.flygare@gmail.com
Sista ansökningsdag: 2016-12-05

Ögonläkarmottagning
med nationella taxan till salu

Mycket välutrustad ögonmottagning i Blekinge säljes. IOL op med avtal Landstinget giltigt och Excimerlaser för refraktiv kirurgi finns liksom OCT Spektralis. Intresse finns för mig/oss att delvis jobba kvar om så önskas t v.

Förfrågningar via mail : info@lasek.se

Internmedicin, ersättningsetablering i SLL

Läs mer: www.opic.com eller www.vardgivarguiden.se

Info: perake.lagerback@gmail.com eller
070-747 08 25 (vardag 19:00-22:00 eller helg)

HSN 2016-2658. **Sista anbudsdag: 2016-11-17**

Överlåter

ETABLERING i ALLMÄN PSYKIATRI
ÖSTERMALM i STOCKHOLM

Annons: www.opic.com/upphandlingar/, sök ”ersättningsetablering”

Ansökan: http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/lagreglerade/ansokningsinbjudan

Info: Åsa Pravitz, tel 070 733 84 53 eller asapravitz@hotmail.com

Ersättningsetablering i Kirurgi till salu
attraktivt läge i centrala Stockholm

Läs mer på http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/lagreglerade/ansokningsinbjudan/**ELLER**
http://www.opic.com/upphandlingar/

Ytterligare information: peterakerud@gmail.com eller 073-6267382

Ansökan ska vara landstinget tillhanda senast 2016-12-05

Ersättningsetablering ortopedi i Göteborg
HSNG 2016-00343

Får även överlåtas till annan specialist i gruppen ”Vissa opererande specialister” (handkirurgi, kirurgi, urologi, plastikkirurgi, barnkirurgi, thoraxkirurgi, neurokirurgi)

Läs på: http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Forvardgivare/Information-for-privata-vardgivare/Ersattningsetablering/Annonsering-av-Ersattningsetableringar/

OBS! Etableringen är personlig men kan köpas genom köparens bolag.

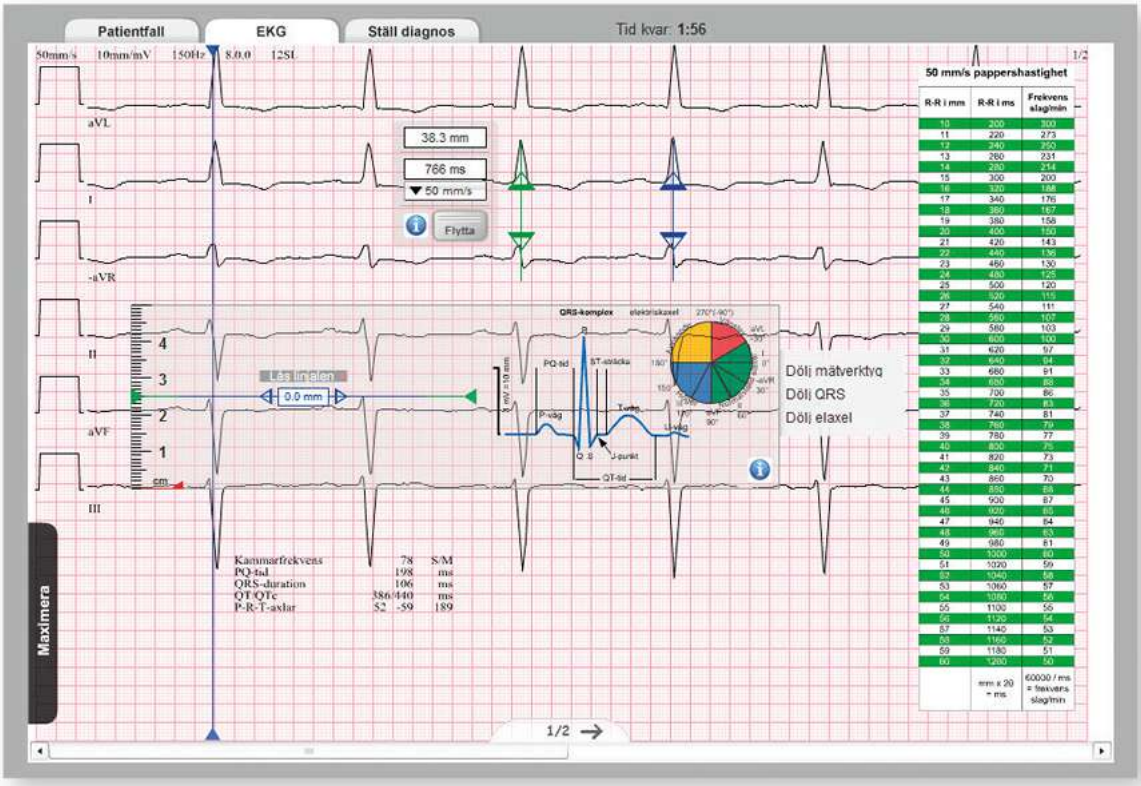
Mer info: Dr Ulf Andén tel 0704-132114 eller ulf.anden@telia.com

Sista anbudsdag: 2016-11-10

ekgtolkning.se

Läkartidningen och ekgtolkning.se har ett utbildningssamarbete.

Syftet är att stärka kompetensen för läkare i EKG-tolkning.



Nu kan du träna EKG-tolkning under flexibla förhållanden.
Den webbaserade utbildningen innehåller autentiska patientfall, självstudie frågor och förklarande texter med länkade artiklar.
Vid beställning ingår boken *EKG-tolkning – en klinisk guide.*
En bok som du alltid kan ha med dig.

Utbildningen är godkänd av LIPUS.

ST-läkare med godkänd kursexaminationen får intyg då **ekgtolkning.se** täcker delar av vissa mål enligt Socialstyrelsens målbeskrivning för ST.
Läs mer på **ekgtolkning.se**.

Är du AT-, ST-, specialistläkare eller läkarstudent?
Beställ din webbaserade utbildning nu på **ekgtolkning.se**

Ett samarbete mellan

Läkartidningen BÄWER OCH NILSSON



Extracellulär autofagi

Studium av intracellulär autofagi och dess underliggande mekanismer har gett Nobelpriset i medicin eller fysiologi till Yoshinori Ohsumi. Den farliga extracellulära autofagin, driften att automatiskt gapa över mycket, är också intressant.

En fågel nödlandade på Sibbjens gräsmatta den 27 juli 2016. Det var en tornseglare. Tornseglare är luftakrobater och flyger underbart vackert, blixtsnabbt, precist, i ständigt jublande lekar tillsammans med de sina.

Vänster ögas hornhinna var förstörd, vitärrig och ogenomskinlig. Munnen var helt uppspärrad av döda getingar. Krävan under näbben var kraftigt utvidgad av en teskedsstor massa av döda insekter. Tornseglaren låg helt utmattad i min hand och flämtade efter luft. Med en liten tunn pinne kunde jag peta ut den torra insektsmassan. Men fågeln blev inte bättre, den verkade intorkad och kunde nog inte dricka. Kanske låg det kvar torra insekter i matstrupen? Jag droppade lite vatten över den öppna flämtande näbben med en tesked och fågeln blev lite piggare. Den fick lite mer vatten och kräktes plötsligt upp gulaktigt maginnehåll. Andningen blev lugnare. Jag la den högt på en mur och efter några minuter flög den iväg.

Tornseglare har skarp syn och en otrolig flygförmåga. De fångar insekter i luften med sitt öppna gap. Den här tornseglaren såg bara med ett öga och hade svårt att bedöma avstånd. Den klarade nog inte att fånga små insekter. Större byten gick troligen bättre. De stora getingarna kunde inte passera ner genom matstrupen. Krävan överfylldes, hungern ökade och den kunde inte få ner vätska. Fågeln blev allt mattare. Den segnade ner på vår gräsmatta och blev liggande.

När jag fått bort de stora blockerande insektsmassorna och lite vatten och kräkningen rensat strupen, kunde fågeln lyfta och segla iväg. Men den stackars handikappade fågeln skulle nog följa sin drift att fixa mat till ungarna och fortsätta att gapa över för stora insekter. En lyckad akutsjukvårdinsats av en van ÖNH-kirurg hjälpte bara kortsiktigt. Ingen verklig bot och bättring. Ensidigt blind. Detta blev nog tornseglarens sista sorgliga och ensamma luftfärd mot slutet.

EN MAN I MEDELÅLDERN sökte på 1970-talet Karolinska sjukhusets akutmottagning för stopp i matstrupen. Han hade flera ärr i övre delen av buken. Röntgen visade att en matgaffel glidit ner i magsäcken och att han måste opereras akut för att få ut gaffeln. Läkaren påminde sig då en varning i Läkartidningen: En patient har fått en fix idé, en stark drift att svälja matbestick. Han söker sedan sjukvård för att bli opererad igen och återigen. Han hade varit på flera olika sjukhus från Kalmar till Uppsala och akutopererats med snitt genom bukväggen och magsäcken för att få ut skedar och gafflar.

Detta var kanske den tionde gången. Hans benägenhet att skaffa sig stopp i matstrupen var ett rop på hjälp eller en längtan till självdestruktion. Han vårdades några dagar efter operationen, träffade en psykiater och lämnade sjukhuset.

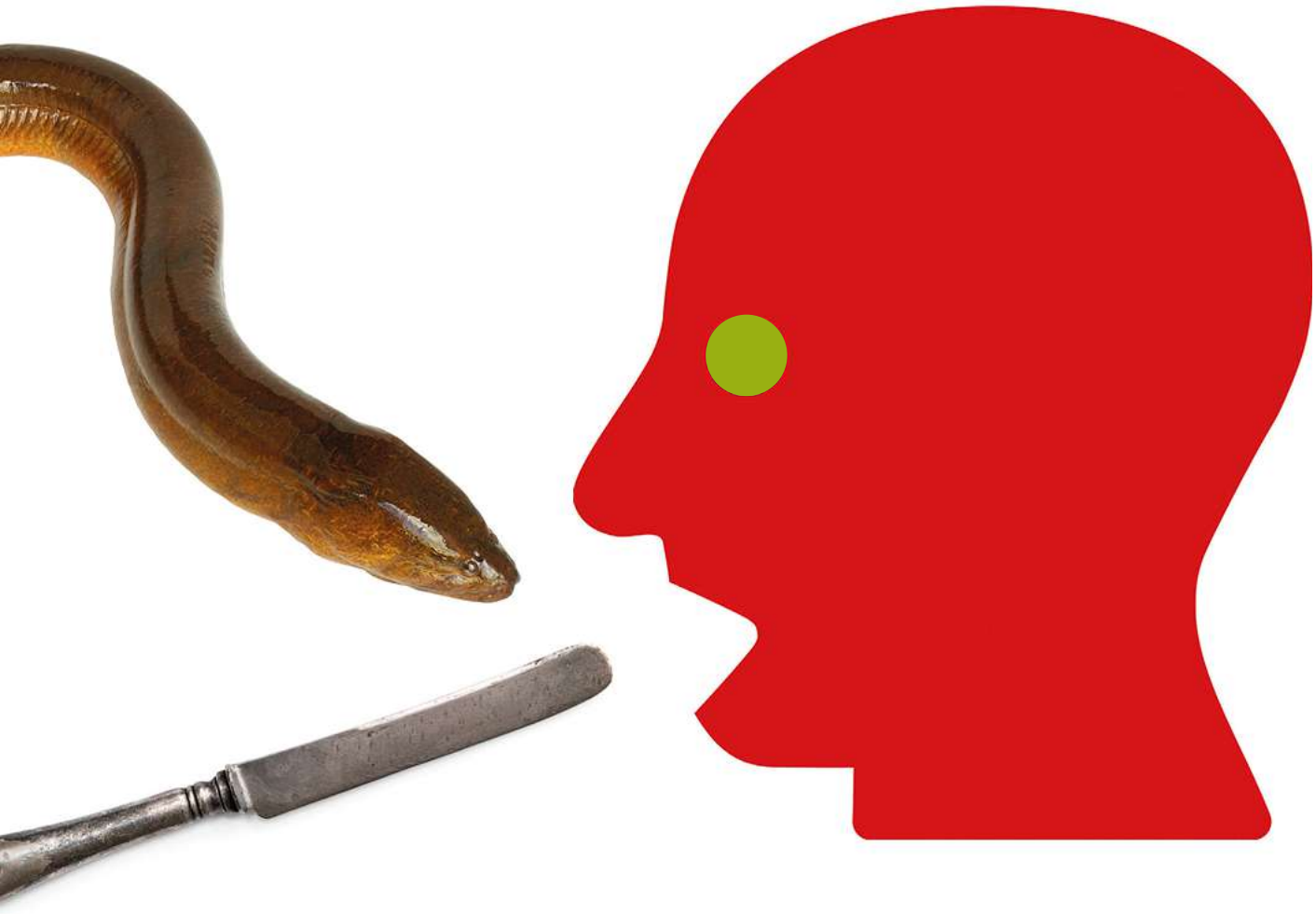


Foto: Colourbox Illustration: Colourbox

Hans vidare öden är okända. Hans sjukliga drift att svälja matbestick skulle nog kräva återkommande akutoperationer. Men gafflar och skedar i strupen är ett dödligt farligt symptom på psykiska problem som inte kan botas med kirurgi, inte opereras bort ur kroppen. Operationen var mest ett slags handgriplig men troligen bara tillfällig symtomlindring.

EN ÄLGKVIGA hittades kring 1980 död i en trädgård på Torsviksnäs, Ornö. Öns mest erfarna jägare kallades till platsen och fann att älgen låg under ett äppelträd och att hon satt ett helt äpple i halsen och kvävts till döds. Uppsparkad gräsmatta under äppelträdet visade att dödsdansen varit våldsam och att syrebrist tvingat ner älgkvigan i dess sista lega.

Älgar har en drift att äta äpplen, men måste tugga ordentligt för att inte sätta i halsen. Även här gäller att den som gapar över mycket ofta mister hela stycket. Äldre, erfarna älgar sväljer troligen äppelskörden bättre.



En äppeltjuv hade en sen höstkväll på 1990-talet brutit ner staketet runt en tomt i Ornö-Brevik. Mannen i huset hörde konstiga ljud i trädgården, gick ut och fann att det var en älgtjur som haft sönder staketet och stal deras äpplen. Han hötte mot äppeltjuven men den gav igen, reste sig på bakbenen och sparkade med frambenen, som gled över hans huvud och slog i axeln. Han föll och blev liggande. Älgen försvann.

> I all medicin måste man vara öppen för de mest oväntade diagnosalternativ.

Han vaknade till, vacklade in till hustrun och förklarade att bullret berodde på en älg som han skrämt bort. På morgonen fann de att älgen bokstavligen gått i väggen. Den låg död invid husväggen, som bar djupa spår efter hornen. När för mycket äpplen hamnar i magen och jäser blir älgar redlöst berusade och ställer till det för sig.

EN BONDE I AIYA GALINI på Kretas södra kust brukade fiska i en å med ett nät uppspänt mellan ändarna av en böjd lång trädgren. I maj 1963 tentamensläste jag kirurgi tillsammans med min fästmö Ingela, som tentamensläste litteraturhistoria. Det fanns inga hotell och vi var de enda turisterna. Utanför byn låg en dalgång med olivträd, mängder av blommande vallmo och en del odlingar. Den bördiga marken hade skapats av den lilla älv som rann från det snötäckta berget Ida, ner utmed bergssidorna och ut till havsstranden som en bred å. Där satt vi och läste på förmiddagarna. Ibland kom någon för att sköta odlingarna eller för att fiska. Nätet sattes ner mot botten vid åkanten och fiskaren grävde med handen inne i hålorna under grästorven för att skrämma ut ålar. En ål är hal som smord i olja och helt omöjlig att hålla fast med händerna. När ålen kom grep fiskaren den automatiskt och blixtsnabbt och lyfte den mot munnen, bet över huvudet och höll fast den med tänderna. Ålen ringlade utmed hans



Foto: Magnus Lind

Ålfiske på Kretas södra kust. Bit inte huvudet av ålen – den kan slinka ner i halsen.

hals och slog med stjärten mot bröstet. Fiskaren visade stolt upp scenen för oss. Jag fick ta ett foto av det hela.

FEMTON ÅR SENARE, 1978, var jag medförfattare till en artikel i Läkartidningen om »Främmande kropp i matstrupen«. När jag gick igenom litteraturen fann jag en artikel från 1926 av en engelsk läkare i Indien som rapporterade 31 fall av död på grund av levande ål i matstrupen. Indiska fiskare höll fast ålar med tänderna på samma sätt som kretensiska fiskare. Men när man släppte taget och gapade för att ta ut ålen fanns risk för att den skulle slinka in en bit så att man satte den i halsen. Den kunde då ringla sig längre ner i svalget och vidare in i matstrupen, där den fastnade för att det blir för trångt. Tyvärr kunde man inte dra ut den, för ålens fenor är riktade bakåt och hugger tag i matstrupens väggar. Drar man med våld brister matstrupsväggen och fiskaren avlider. Drar man inte så dör fiskaren av infektion eller svält. Artikeln illustrerades med mitt foto av det livsfarliga ålfisket på Kretas södra kust.

I ALL MEDICIN MÅSTE MAN vara öppen för de mest oväntade diagnosalternativ. Sedan uppkommer frågan om hur långt man ska gå när det gäller att varna allmänheten. Läkare har genom åren entusiastiskt och välmenande ömsom slagit larm, ömsom gett kostråd. Det är väl känt att »Socialstyrelsen anser att du bör äta 6–8 brödskivor om dagen«. Den kloka allmänheten har intagit en vänligt avvaktande attityd till alla nya sensationella rön. Jag borde kanske ha övervägt att informera Socialstyrelsen eller larma alla gäster på skånska ålagillen: »Kontrollera alltid att den serverade ålen verkligen är död på sitt fat innan du stoppar den i munnen.«

EN TROLLKARL I MAHABALIPURAM hade på 1990-talet satt upp sin skylt vid vägen. Fantastiska runda, slipade, röda klippor avgränsade sandstränderna från bergen i sydöstra Indien. Inskriptioner och hela tempel var inhuggna i den röda graniten. Då hade inte särskilt många turister hittat dit. Ingela och jag gick in genom grinden och fram till ett litet hus. En vänlig indier kom fram och frågade om vi vill ha en trolleriföreställning av yppersta klass.

Han trollade häpnadsväckande för oss två. Till slut bad han oss titta i hans mun, vilket jag gjorde noggrant men utan fynd. Sedan harklade han upp sex, sju stycken druvstora, salivdränkta runda stenar ur svalget, spottade ut dem och frågade om vi var nöjda. Han kunde ta fram lite mer. Han ulkade nu upp fyra stycken knappt äggstora stenar ur matstrupen. Jag frågade hur det var möjligt att gapa över så mycket sten. Han berättade att hans far hade lärt honom detta och att det gick bra efter lång träning, meditation och koncentration på matstrupens rörelser. Fadern var också trollkarl och hade i sin tur lärt sig alla trick av farfadern, som reste till Europa och trollade för kejsar Wilhelm II i Tyskland.



Foto: Colourbox

VARJE FÖRNUFTIG MÄNNISKA inser att sex druvstora stenar långt ner i svalget ger risk för stopp i luftstrupen och att fyra äggstora stenar i matstrupen är livsfarligt. Det borde vara omöjligt att ta upp en sten i taget med hjälp av matstrupsgymnastik. Trollkarlen berättade att trolleriet var som en drift och att han nästan alltid lyckades. Men tyvärr hade farfadern satt en sten för mycket i halsen och dött.

Det är ljuvligt att stoppa i munnen, livsbejakande att njuta av läckerheterna, en underbar drift att svälja, härligt att mätta magen. Men du får inte vara glupsk. Frosseri är en av de sju dödssynderna.

Den allra vanligaste risken är bukfetma. Den förkortar ditt liv.

Avstå därför från den överfyllda munnens tarvliga känsla av rikedom. Var sparsmakad. Smakupplevelsen är som musikupplevelsen. Teman med variationer. Symfonier eller lätta stycken. Mozart, Händel eller Leonard Cohen. Jazz eller en polska till efterrätt. Smaka och lyssna också på det spröda.

Att uppleva allt mindre kan bli att uppleva allt mer.



Magnus Lind,
tidigare överläkare, tumörsektionen, ÖNH-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset

NOTERAT



Illustration: Colourbox

Kommer du ihåg mig?

▶ Föreläsningen är slut, och som vanligt kommer en del studenter fram och vill diskutera. Det har varit en laddad förmiddag. Studenterna (termin 5 på läkarutbildningen i Göteborg) har deltagit i ett rollspel arrangerat av Röda Korset. De har levt sig in i rollen som flyktingar undan en militärkupp i Sverige och hamnat någonstans i Nordafrika. Efter rollspelet har jag berättat om arbetet på primärvårdens flyktingmottagning i Göteborg. Om hälsoundersökningar, om de människor vi träffar, om de berättelser vi får höra.

Litet vid sidan om står en manlig student i 25-årsåldern. Efter en stund kommer han fram och presenterar sig.

»Kommer du ihåg mig?«, frågar han. Jag tvekar, men svarar nekande.

»För fyra år sedan gjorde jag en hälsoundersökning på mottagningen du berättat om. Jag hade kommit från Syrien och sökte asyl här. Jag ville bara säga hej och tacka för bemötandet jag fick.«

Vi står tysta en kort stund. Så kramar vi om varandra, rörda till tårar. Sedan går han raskt därifrån.

Tankarna rusar genom skallen. Han kom till Sverige för fem år sedan och har redan gjort fem terminer på utbildningen. Vilken kraft! Och vilken tur att han kom då och inte nu. Enligt den nya lagen hade han ju inte fått permanent uppehållstillstånd, och vem skulle då kunna koncentrera sig på läkarstudier?

Kristian Svenberg, leg läkare, MD, avdelningen för allmänmedicin, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet
kristian.svenberg@vgregion.se

Stafettläkaren driver egen klinik i kurdiskt flyktingläger

Du är läkare i Sverige och driver en klinik i ett flyktingläger i den irakiska delen av Kurdistan. I september 2014 berättade Läkartidningen om arbetet där. Hur är situationen nu?

– I vårt läger finns det 7 500 flyktingar och 960 tält där mellan 7 och 15 personer bor i varje. En stor del av de boende i lägret är barn och många har bevittnat hur närstående dödas. Rädslan är en ständig följeslagare, och det blir fler och fler faser av eländigheter. Och vi kämpar mot resursbrist. Tidigare hade vi ett bageri i lägret, men det har vi fått stänga på grund av ekonomin. Men de flesta i lägret förväntar sig inte pengar. De är rädda för att bli bortglömda, och det som är viktigast för dem är deras värdighet. I lägret jobbar jag inte bara som läkare, skulle jag göra det skulle jag inte få översikt över vad som händer. Jag vill kunna se de dolda problemen och få indikationer på vad som händer i hela familjer.

Du delar din tid mellan att arbeta som stafettläkare i Sverige och Norge med arbetet i Kurdistan. Hur fungerar det?

– Jag kommer hem och jobbar två, max tre veckor. Sen åker jag ner och stannar i fyra till sex veckor, så länge pengarna räcker. I början kunde jag stanna längre, i två–tre månader, men då hade vi ett bättre stöd ekonomiskt som gjorde att vi kunde driva kliniken och bageriet. Nu är det färre som ger och jag spenderar mer och mer privat. Jag jobbar genom den frivilliga och ideella organisationen Joint help for Kurdistan.

Du var i Kurdistan när IS attackerade jesidier vid Sinjar den 3 augusti 2014. Och du var en av dem som mötte de människor som hade tvingats på flykt. Berätta om tiden efter det.

– Den 5 augusti åkte vi upp till gränsen vid Fish Khabour för att möta flyktingarna som strömmade ner. Det var en katastrof som ingen hade översikt över och myndigheterna förstod inte djupet av den här. Folk hade vandrat i flera dagar med extrem hetta och det fanns ingenstans att få skugga. Vi bara gick steg för steg och vi visste inte vad som skulle hända. Vi var tvungna att ge vård var som helst. De där dagarna var overkliga, vi kan fortfarande inte tro att det var så som det var. Det var väldigt hemskt och otroligt att de kunde överleva.



Foto: Rebecka Uhlin

»Vi var tvungna att ge vård var som helst. De där dagarna var overkliga, vi kan fortfarande inte tro att det var så som det var«, berättar läkaren Neman Ghafouri om när hon mötte en ström av flyktingar i Kurdistan.

NEMAN GHAFOURI

YRKE: Läkare, medicine doktor, allmänläkare, thoraxkirurg.

ÅLDER: 48 år.

FAMILJ: Ja.

BOR: Hos vänner eller på hotell i Sverige och Kurdistan.

AKTUELL: Delar tiden mellan att arbeta som stafettläkare i Sverige och Norge med att driva en klinik i flyktinglägret Bajid Kandal i Kurdistan. Jobbar två–tre veckor åt gången i Sverige, åker sedan till lägret och stannar så länge pengarna räcker.

När du är i lägret befinner du dig i ett oroligt område. Känner du dig rädd någon gång?

– Jag var i Kirkenes, där jag jobbar, och satt tillsammans med en kollega och drack te. Hon frågade samma sak, och efter att ha reflekterat lite kom jag fram till att jag inte är rädd. Men samtidigt som vi satt där kom det två militärjaktplan över huset och jag tappade andan direkt. Jag blev så rädd, som om jag blev kastad in i en katastrof. Det var första gången som jag kände rädslan. Kanske för att jag inte var beredd på att höra krigets ljud i idylliska Kirkenes. Jag utsätter mig inte för onödiga faror på fältet, utan försöker att acceptera situationen och vara så försiktig som möjligt.

Hur är det att komma tillbaka från fältet?

– Det är då jag hämtar min ork och kraft, och laddar mina batterier. Jag tycker att det är jätteskönt att folk har det så bra att de kan gnälla över lillfingret. Varför kan inte alla ha det så? Varför ska vi alltid försöka dra ner dem som har det bättre till det sämre, i stället för att lyfta upp dem som har det sämre? Jag tycker att livet ska vara så att man har så mycket resurser, ork och tid att man kan bekymra sig för småsaker. Även om det är jobb när jag kommer tillbaka, känns det ändå som en uppladdning. Det ger mig nöje och glädje att se att folk har det bra.

Anna Sofia Dahl

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

NYTT OM NAMN



Foto: Maria Wågberg

Margareta Böttiger får Guldarken för pionjärarbete.

PIONJÄR FÖRST ATT FÅ NYINSTIFTADE GULDARKEN

Professor **Margareta Böttiger** är den första mottagaren av Guldarken, Riksförbundet Noaks Arks nyinstiftade årliga utmärkelse. Guldarken ska i fortsättningen delas ut för förtjänstfulla insatser som bidragit till begränsning av hiv och dess konsekvenser.

Margareta Böttiger var Sveriges statsepidemiolog 1976–1993 och en pionjär när det gällde att rikta sjukvårdens uppmärksamhet på hivsmitta och dess handläggning. Hennes insatser var avgörande för att väcka hivfrågan även bland beslutsfattare, medier och allmänhet.

Hon tog emot Guldarken vid Noaks Ark Stockholms 30-årsfirande den 6 oktober.

BELÖNAD FÖR STUDIE OM BELÖNINGSMEKANISMER

Karolina Skibicka, biträdande universitetslektor vid sektionen för fysiologi, har utsetts till årets mottagare av Lilla Fernströmpriset vid Sahlgrenska akademin. Hon får priset för banbrytande studier kring nervsystemets belöningsmekanismer. Karolina Skibicka och hennes kollegor har studerat hormonet GLP-1, som reglerar kroppens blodsockernivåer. GLP-1 har tidigare studerats främst av diabetesforskare. Karolina Skibickas forskargrupp är först i världen att visa att GLP-1 också riktar in sig mot hjärnans belöningssystem.



Karolina Skibicka

Lilla Fernströmpriset är på 100 000 kronor och delas årligen ut till en särskilt lovande yngre forskare vid vart och ett av Sveriges sex medicinska universitet.

PROFESSOR PRISAD FÖR INNOVATIV MEDICINSK TEKNIK



Stig Steen

Stig Steen, professor vid thoraxkirurgiska kliniken, Lunds universitet, får Erna Ebelings pris, Svenska läkaresällskapets årliga utmärkelse för medicintekniska innovationer.

Han belönas för sina framstående forskarinsatser och innovativa arbete inom cirkulationsassisterande system och system för att hålla lungvävnad vital i samband med transplantation. Priset på 45 000 kronor delas ut vid årets Medicinteknikdagar i Örebro.

NYA DOCENTER

Följande personer har anställts som docenter vid Lunds universitet: **Attila Frigyesi** i anestesiologi och intensivvård, **Sebastian Palmqvist** i neurovetenskap samt **Jitka Petrlova** i experimentell strukturbiologi.

Vid Linköpings universitet har anställts som docenter **Björn Börsbo** i rehabiliteringsmedicin och **Björn Johansson** i oftalmologi.

AVLIDNA

Miroslawa Graczyk-Paczkowska, Höör, 70 år, död 31 juli

Åke Svedhem, Sävedalen, 73 år, död 16 augusti

Jan-Erik Emanuelsson, Uddevalla, 68 år, död 7 september

Agneta Adner, Kalmar, 92 år, död 26 september

Gunnar Nordin, Örebro, 83 år, död 30 september

Rolf Elmros, Växjö, 70 år, död 4 oktober

Hans Formgren, Stockholm, 84 år, död 5 oktober

Karl-Jaen Karlsson, Örebro, 85 år, död 8 oktober

MEDDELANDEN

Frivillig specialistexamination inom öron-, näs- och halssjukdomar våren 2017.

Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi (SFOHH) anordnar skriftligt prov i öron-, näs- och halssjukdomar. Till provet inbjuds blivande specialister (ST-läkare >4 år) inom ÖNH-sjukdomar.

Skrivningen äger rum den 24 mars klockan 9.00–14.00 och genomförs via internet på hemortskliniken (under överinseende av en person som utvalts av respektive klinikchef). Deltagare från Stockholmregionen hänvisas till Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

Det skriftliga provet består i regel av cirka 30 assay-frågor, ibland knutna till fallbeskrivningar. Skrivningstiden är fem timmar. Rättning sker anonymt och resultatet meddelas endast skrivningsdeltagaren. De rättade skrivningarna kommer ej att lämnas ut utan frågorna med svar publiceras direkt efter skrivningstidens utgång via www.orlforum.se.

Föreningen förutsätter att klinikerna bestrider kostnader som kan vara förenade med deltagandet. Skrivningsavgiften, 2 000 kronor, kommer att faktureras respektive hemortsklinik efter deltagandet.

Anmälan via epost till info@orlforum.se. Anmälan ska ha inkommit senast 13 januari 2017.

Utförliga föreskrifter återfinns på SFOHH:s webbplats, där även tidigare skrivningar återfinns. Vid eventuella frågor, kontakta Agneta Wittlock, e-post agneta.wittlock@ki.se, telefon 08-585 873 53.

● **www.orlforum.se**

Läs mer!
Ett fullständigt kalendarium finns på Läkartidningen.se

KALENDARIUM

Primärjourskurs anordnas av SIM, Svensk internmedicinsk förening. Kursen vänder sig till ST-läkare, leg läkare och AT-läkare med internmedicinskt intresse.

Det blir interaktiva övningar i simulatorer, workshoppar, fallscenarier med mera.

Kursen ges i samarbete med KTC på plats i Örebro, 30 januari till 1 februari 2017.

● **www.sim.nu**

»Så kan narrativ medicin utveckla vården« – konferens i Stockholm 24 november och workshop på Kungälvs sjukhus 25–26 november.

Huvudtalare: professor **Rita Charon** från Columbia University.

Arrangörer: Svenska läkaresällskapets etikdelegation och språkkommitté, Centrum för kultur och hälsa vid Göteborgs universitet, Kungälvs sjukhus med flera. Sista anmälningsdag 4 november (workshop) respektive 23 november (konferens).

● **www.narrativmedicin.se**

Utbildning för studierektorer inom AT och ST hålls 9–11 november på Victory Hotel, Stockholm.

Fullständig kursbeskrivning på www.lipus.se (LIPUS-nr 20160086). Anmälan och information: hanna@fryden.com

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
Utvecklingschef: Elisabet Ohlin
Nyhetschef: Annica Lundbäck
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: Joakim Andersson (vik), Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Maj-Lis Koivisto (vik), Felicia Lindberg (tjl), Michael Lövtrup (tjl), Marie Ström, Madeleine Ramberg Sundström, Birgit Wilhelmson
Marknads- och annonsavdelning: Hélène Engström, Håkan Holmén, Eva Larsson, Göran Sterner, Fredrik Ölander
● 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

Den första DPP-4-hämmaren utan behov av dosjustering vid nedsatt njurfunktion

Rustad för vägen framåt



TRAJENTA® (linagliptin) erbjuder bibehållen glykemisk kontroll och är den första DPP-4-hämmaren utan behov av dosjustering vid nedsatt njurfunktion[1–8].

Trajenta®
(linagliptin) 5mg tablets

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim AB Liljeholmsstranden 3 Box 47608 117 49 Stockholm Tel 08-721 21 00

REFERENSER: 1. Del Prato S, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:258–67. 2. Taskinen MR, et al. Diabetes Obes Metab 2011;13:65–74. 3. Owens DR, et al. Diabet Med 2011;28(11):1352–61. 4. Gomis R, et al. Int J Clin Pract 2012;66(8):731–40. 5. TRAJENTA® Produktresumé 04/2016. 6. Januvia® Produktresumé 2015-06-25. 7. Galvus® Produktresumé 2015–06–17. 8. Onglyza® Produktresumé 2015-04-24.

TRAJENTA® (linagliptin) Rx, (F), DPP4-hämmare. Tablett 5mg. TRAJENTA är indicerat för behandling av patienter med diabetes mellitus typ 2 för att förbättra den glykemiska kontrollen i de fall kost och motion inte ger tillräcklig effekt; i monoterapi för vilka metformin är olämpligt pga kontraindikationer eller intolerans, i kombination med metformin samt i trippel kombinationsterapi med en sulfonureid och metformin. TRAJENTA är också indicerat som tilläggsbehandling till insulin (med eller utan metformin) i de fall där kost och motion tillsammans med en stabil insulindos inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll. Dosering: 5 mg en gång dagligen. Varningar och försiktighet: TRAJENTA ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes eller för behandling av ketoacidos. Data på behandling av gravida kvinnor med TRAJENTA saknas. Datum för översyn av produktresumén 04/2016. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Boehringer Ingelheim AB, www.boehringer-ingelheim.se. **Begränsning: TRAJENTA subventioneras endast för patienter som först provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.**

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

DIAB-15-74

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

Välj LIXIANA® (edoxaban) – En dos per dag



Godkänd och subventionerad för dina vuxna patienter:

- För profylax av **stroke** och **systemisk embolism** hos patienter som har ett icke-valvulärt **förmaksflimmer** med en eller flera riskfaktorer[a]
- För profylax och behandling av djup ventrombos **(DVT)** och lungembolism **(LE)**[b]

LIXIANA® ingår i läkemedelsförmånen

a Riskfaktorer så som kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA).
b Efter initial användning av parenteralt antikoagulans i minst 5 dagar.

Daiichi-Sankyo
Product under license of Daiichi Sankyo Europe GmbH

MSD
msd.se

once-daily Lixiana® edoxaban

CARD-1199202-0000, OCT 2016

LIXIANA® (edoxaban) filmdragerade tabletter; 15mg, 30mg, 60mg. Övriga antitrombotiska medel. Rx, F, SPC 08/2016. ▼ Läkemedlet är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning.
INDIKATIONER: Profylax av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer (NVAF) med en eller flera riskfaktorer, såsom kronisk hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA). Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), samt profylax av recidiverande DVT och LE hos vuxna.
KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne • Kliniskt signifikant, aktiv blödning. • Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk. • Organskada eller tillstånd som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyligen inträffade ulcerationer i mag-tarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyligen inträffade hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen inträffad intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. • Okontrollerad svår hypertoni • Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, rivaroxaban, apixaban etc.), förutom vid byte av oral antikoagulationsbehandling under speciella omständigheter eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen.
Graviditet och amning: Säkerhet och effekt för edoxaban har inte fastställts hos gravida eller ammande kvinnor. Lixiana är kontraindicerat under graviditet och amning.
Vid förskrivning och för aktuell information, förpackningar och priser se fass.se. INNEHAVARE AV MARKNADSFÖRINGSTILLSTÅND: Daiichi Sankyo Europe GmbH. Representant: MSD Sverige, Box 45192, SE- 104 30 Stockholm, Sweden. Tel: 08-578 135 00