NYHETER
Svenska läkare skriver omdebatterat kunskapsprov

KOMMENTAREN
Öppna data kan motverka fusk

Läkartidningen

#47 2016

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 23 November 2016 • vol 113 • 2057–2132

Tema
Palliativ medicin



När patienten är döende

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



Illustration: Fotolia/IBL

Läkartidningens testpanel fick göra det medicinska kunskapsprovet. Läs hur det gick.

#47 2016

23 till 29 november



Tema Palliativ medicin. »Dålig prognos med kort förväntad överlevnad.«

Foto: Fotolia/IBL

▼ NYHETER

2062 Bottenbetyg för svensk sjukvård

Oroande ökning av resistens mot »sista linjens antibiotika«

2063 Flytten till NKS inledd trots fackliga protester

2064 Stulna journaler säljs på nätet

Fortsatt svårt läge för Fikru Maru

»Läkare har en viktig roll i klimatarbetet«

2066 Kunskapsprov vållar debatt

2067 Skarp kritik mot provet från Läkartidningens panel

▼ DEBATT

2070 Överdos av TBC-läkemedel ökar bland unga asylsökande

Svensk barnhälsa mår bra – men ökade kostnader oroar

2072 Långt till jämlik strokevård

▼ KRÖNIKAN

2075 Stephan Rössner

▼ KULTUR

2126 En landsortsdoktor och hans kamp mot smittosamma sjukdomar

2128 Läkarstudenters projekt spränger språkbarriären

▼ KLINIK & VETENSKAP

2083–2111 Tema Palliativ medicin

Den palliativa vården har utvecklats på senare år och är en angelägenhet för alla. Temat tar upp några av de viktigaste områdena.

2078 Öppna data kan öka kunskapsmassan och motverka fusk. Flera instanser kräver fri tillgänglighet för forskningsdata. Kommentaren

2080 Nya rön: Inga negativa effekter av icke könsmatchade blodtransfusioner



Urininkontinens förekom även hos yngre kvinnor som inte fött barn

2081 Strokestudie visar på brister i långsiktigt omhändertagande

Behandling med warfarin kan bli bättre



Foto: Kennet Ruona

2129 »Hittar vi melanom tidigt botar vi faktiskt de flesta.« Möt Kari Nielsen vars forskning belönats med LMK-stiftelsens pris på en halv miljon kronor.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

2061 SIGNERAT Vinsttak skapar oreda för sjukvården

2112 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

2114 LEDIGA TJÄNSTER Med platsannonser

2129 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 30 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).

Kunskapsprovet svårt även för svenska läkare

DET NYA MEDICINSKA kunskapsprovet för läkare utbildade utanför EU/EES har vållat debatt. Provet är tänkt att fungera som ett snabbspår till en svensk legitimation.

Men endast 16 procent fick godkänt vid det första provtillfället, och såväl svenska som utländska läkare har kritiserat provet för att vara för svårt. En central del av kritiken är att prekliniska frågor fått en relativt stor plats.

Läkartidningen har därför låtit några svenska läkare testa det första delprovet, som innehåller 140 kliniska och prekliniska frågor; se artikel på sidan 2066. Resultatet: sex av åtta läkare blev godkända, men flera klarade sig med liten marginal.

Magnus Hultin, läkare och lektor vid Umeå universitet som har tagit fram provet, menar att resultatet tyder på att provet är lagom svårt. Men läkarna i testgruppen är kritiska mot provets utformning och tycker att en del frågor är för specialiserade.

Läkartidningens test kan enbart ses som en indikation på provets svårighetsgrad. Men resultatet manar till fortsatt diskussion i en fråga som inte bara engagerar utlandsutbildade läkare utan även kollegor med svensk utbildning.

Den som vill delta i denna diskussion förbereder sig förslagsvis genom att gå in på Läkartidningen.se och svara på frågorna i det första delprovet.



Pär Gunnarsson, chefredaktör

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

Vinsttak skapar oreda för sjukvården

Ilmar Reepalu har nu presenterat Välfärdsutredningen. Tvärtemot titeln »Ordning och reda i välfärden« kommer den bara att skapa oordning och oreda.

Att vara läkare och egen företagare har sina sidor. Mycket är trevligt och stimulerande. De främsta drivkrafterna för att starta och driva företag inom vården är att man vill få större möjligheter att påverka hur verksamheten ska bedrivas och därmed ge bättre vård och service. Man vill slippa den byråkrati som tyvärr ofta hämmar verksamhet inom offentligt driven vård.

Privat drivna mottagningar är populära bland patienterna med högre kvalitet och tillgänglighet, enligt den nationella patientenkäten. Läkarna trivs också; förbundets primärvårdsenkät ger högst betyg åt de mindre läkarledda enheterna. Att stimulera mindre läkarägda verksamheter i sjukvården borde alltså vara prioriterat om man vill öka kvalitet och minska beroende av hyrläkare, som är betydligt mindre vanligt när läkare äger verksamheten. Mångfald ökar konkurrens och förmåga att tillföra innovationer i arbetssätt och kvalitetsförbättringar.

»... i våra grannländer är det vanligt och oproblematiskt med små privata vårdgivare ...«

Företagande har även sina baksidor. Tryggheten är sämre. Blir man sjuk finns inte alls samma skydd som för den anställde, och pensionerna som arbetsgivaren betalar in måste man själv bekosta. Förutom patientarbete ska man även hantera ekonomi, personal, avtal med mera. Arbetsveckan riskerar att bli lång. Det behövs stabila och enkla regler som ökar viljan bland läkare att lämna tryggheten som anställd och bidra till varaktig kvalitet i seriöst företagande.

Tyvärr går Välfärdsutredningen åt andra hållet. Slagordspolitik är i fokus: »Övervinsterna« ska bort! Men vinsterna är inte stora; rörelsemarginaler ligger på 5–6 procent, vilket är ungefär i nivå med eller lägre än i jämförbara branscher. Men då trollar man fram ett teoretiskt räknesätt ur rockärmen och vips har man hittat »övervinster« som begränsas så hårt att utredningens egen expert konstaterar i Dagens Nyheter: »om detta genomförs skulle det i praktiken innebära ett förstatligande av välfärdssektorn«.

Trots att utredningen mest går till storms mot ägarkoncentration och stora vårdbolag så konstaterar utredarna själva att de regleringar och begränsningar man föreslår slår hårdast mot de små företagen. Ingen hänsyn tas till att utredningens direktiv fastslår att det är viktigt att bevara småföretagande och mångfald i vården. Om förslagen om vinstbegränsning införs kommer många vårdföretag att avvecklas.

I utredningen konstaterar man även att det bland de mindre företagen finns en högre andel kvinnliga företagare som nu riskeras att slås ut, vilket är i direkt motsättning till utredningens mål på genusområdet.

Det konstateras även att det i våra grannländer är vanligt och oproblematiskt med små privata vårdgivare och att de har samma ekonomiska regler som andra företagare, men när man presenterar utredningen framställer man det som näst intill världsunikt att det i Sverige förekommer välfärdsföretag som gör vinst.

Välfärdsutredningen pekar på en del reella problem som behöver åtgärdas, som ägarkoncentration och rent kriminell verksamhet. De seriösa resonemangen störs dock av det drastiska förslaget om vinstbegränsning som gör att hela utredningen kantrar.

Den viktiga frågan är hur mycket vård med god kvalitet varje skattekrona ger? I vården behövs därför en mångfald av vårdgivare som med olika profiler utvecklar kvaliteten och effektiviteten.

Vi behöver fler företagande läkare för att utveckla vården i Sverige. Läkarförbundet föreslår en reform med ett nationellt grunduppdrag och nationella finansieringsprinciper och personligt ansvar som i våra grannländer.

Problemen i välfärden är inte vinsterna för de privata aktörerna, utan förlusterna för de offentligt drivna enheterna.



Sven Söderberg
ledamot,
Läkarförbundet;
ordförande,
Privatläkarföreningen

sven.soderberg@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Bottenbetyg för svensk sjukvård

Befolkningens tilltro till sjukvården har minskat. I en internationell jämförelse får Sverige bottenbetyg. Knappt 60 procent av patienterna tycker att vårdpersonalen har koll på viktig medicinsk information i deras sjukdomshistoria.



Kvinnor och yngre är de mest kritiska grupperna.

Det visar en ny rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: »Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder«.

Hur står sig då befolkningens upplevelse av sjukvården i Sverige i jämförelse med andra länder?

Inte särskilt bra, blir svaret. I årets undersökning framkommer det att en tredjedel av de svenska patienterna tycker att sjukvårdssystemet fungerar bra. Det är en minskning med 13 procent sedan 2010. Män och äldre är mer positiva, medan kvinnor och yngre är de mest kritiska grupperna.

När de olika ländernas befolkningar sätter betyg på den övergripande kvaliteten på sjukvården hamnar Sverige näst sist – med USA på bottenplatsen.

Resultaten för Sveriges del är svaga på flera områden, enligt Vårdanalys. Dessutom är förbättringarna över tid få och på vissa områden har det blivit sämre.

Tidigare rapporter pekar ut liknande brister. Förra året riktade sig enkäten till primärvårdsläkare. Även i den gruppen tyckte allt färre att sjukvården fungerar bra.

En skillnad mellan Sverige och de andra länderna är att svenska patienter upplever en sämre tillgänglighet. I många andra länder uppgav 80 procent av patienterna att de fått en tid hos en läkare eller sjuksköterska inom sju dagar. I Sverige svarade bara 70 procent att de fått en tid så snabbt.

Fyra av tio svenskar anger att de har en fast läkarkontakt, i de andra länderna är det vanligare att ha det. Svenskarna är också missnöjda med väntetiderna till specialistsjukvård och akutsjukvård.

Svenska patienter tycker inte heller att vårdpersonalen förklarar saker på ett tillräckligt lättbegripligt sätt, tillbringar tillräckligt med tid med dem eller har tillräcklig koll på deras sjukdomshistoria. Knappt 60 procent tyckte att personalen alltid eller ofta kände till viktig medicinsk information. I de flesta andra länderna i rapporten var siffran 80 procent.

Sju av tio säger att de hade velat att vårdpersonalen involverade dem mer i beslut om vård och behandling. Svenska kroniker är mindre delaktiga än kroniker i andra länder.

På den positiva sidan är det betydligt färre i Sverige än i de andra länderna som avstått från vård på grund av kostnaden.

Och på ett område har en tydlig förbättring skett. Det handlar om att få hjälp av sin ordinarie läkare med att koordinera och planera sin vård, där Sverige visserligen ligger på en bottennotering men där en tydlig ljusning samtidigt syns.

Vårdanalys beskriver utvecklingen som oroande. Samtidigt är det en bild som inte helt går ihop – för trots att svenska patienter på många sätt har sämre erfarenhet av vården, är de medicinska resultaten relativt starka.

Nästa år ska myndigheten göra en fördjupad analys för att undersöka varför förtroendet för vården har minskat.

Marie Ström

OM RAPPORTEN

- Rapporten baseras på resultaten i årets International Health Policy Survey (IHP), där patienter i elva länder har intervjuats om sina erfarenheter av sjukvården.
- De andra länderna som ingår är Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nya Zeeland, Norge, Schweiz, Storbritannien och USA.
- I ett rullande schema vänder sig IHP-studien till tre olika grupper – befolkningen, patienter 65 år och äldre och läkare i primärvården. 2016 års undersökning riktar sig till befolkningen.
- Totalt har drygt 7 100 svenskar som är 18 år eller äldre deltagit i årets undersökning.

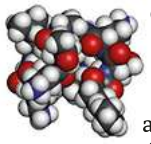
Oroande ökning av resistens mot »sista linjens antibiotika«

Det pågår en ständig ökning av antibiotikaresistenta bakterier i Europa. Det hotar både patienter, sjukvårdssystem och länders ekonomier, framhåller den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC i nya rapporter.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) har presenterat nya siffror och data om resistenta bakterier och deras spridning i Europa. ECDC konstaterar att resistenta bakterier är ett allvarligt problem och hot mot patientsäkerheten och folkhälsan – dels eftersom infektioner potentiellt kan bli dödliga, dels eftersom även effekterna av andra livräddande medicinska ingrepp, som exempelvis organtransplantationer, äventyras.

Särskilt oroande är de bakterier som är resistenta mot till exempel kolistin, ett antibiotikum som anses vara det sista alternativet vid behandling av vissa allvarliga infektioner. ECDC konstaterar att konsumtionen av kolistin totalt sett nästan har fördubblats i Europa mellan 2010 och 2014, och nu sprider sig resistensen även mot kolistin.

Belastningen på sjukvårdssystem och ökade samhällskostnader är ett annat problem som resistenta bakterier för med sig, bland annat på grund av längre vårdtider och dyrare läkemedel.



Sverige ligger jämförelsevis bra till vad gäller konsumtionen av antibiotika utanför sjukhusen. Här konsumerades 2015 en förpackning antibiotika per 1 000 invånare och dag. Motsvarande siffra i Frankrike är 4,7 förpackningar antibiotika per 1 000 invånare och dag, enligt ECDC:s siffror.

ECDC lyfter även fram förslag på hur man kan motverka spridningen av resistenta bakterier på sjukhus. Det handlar om åtgärder på flera nivåer. Bland annat vill man se nationella multidisciplinära arbetsgrupper som ska samla data och ta fram riktlinjer. Vidare bör patienter som bär på högresistenta bakterier isoleras, helst i singelrum. Den enskilt viktigaste åtgärden som lyfts fram för att minska överföringen av bakterier är god handhygien.

Joakim Andersson

Flytten till NKS inledd trots fackliga protester

I söndags flyttade de första patienterna in på Nya Karolinska Solna, NKS, trots chefsavhopp och varningar från fackligt håll.

20 hjärt-, lung- och toraxpatienter flyttades till den nya sjukhusbyggnaden via en 240 meter lång sträcka genom kulvertar. Flytten tog mindre än en och en halv timme och allt uppges ha gått enligt plan. Kommunikations- och larmsystemen som fallerade under den stora driftsövningen fungerar nu bra, enligt Annika Tibell, som är medicinsk chef för flytten.

Veckan före flytten hoppade läkaren Jan Liska av sin roll som patientflödeschef, eftersom han inte tyckte att sjukhuset var redo för flytten. Johan Styrud, ordförande i Stockholms läkarförening, efterlyste ytterligare en stor driftsövning. Läkarföreningen på Karolinska universitetssjukhuset har i sin tur krävt ett stopp för den nya vårdmodellen med värdebaserad vård i ett brev till sjukhusdirektören Melvin Samsom, rapporterar Dagens Nyheter.

På söndag, den 27 november, flyttar delar av Astrid Lindgrens barnsjukhus, inklusive barnakutmottagningen, in på NKS.

Marie Ström

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

I KORTHET

BÄTTRE ARBETSMILJÖ PÅ MÄLARSJUKHUSET

▶ I somras ställde Arbetsmiljöverket krav på åtgärder efter en inspektion på Mälarsjukhuset. Nu har förändringar gjorts och arbetsmiljöärendet avslutas därför.

UTREDARE SKA SE ÖVER LÄKEMEDELSFINANSIERINGEN

▶ Det svenska systemet för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel är komplext och svåröverskådligt. Det anser regeringen, som nu tillsätter en utredning för att hitta ett nytt och långsiktigt hållbart system.

NY STATISTIK: 58 BARN VÅRDADESS FÖR UPPGIVENHETSSYNDROM

▶ Minst 58 barn behandlades för uppgivenhetssyndrom under 2015. Det visar nya siffror från Socialstyrelsen.

JO KRITISERAR BUP-MOTTAGNING

▶ En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Stockholm kritiseras av Justitieombudsmannen, JO, för att ha dröjt fyra månader med att besvara en begäran om en ny medicinsk bedömning.

JÄMTLAND STÄLLS UTANFÖR STORREGION

▶ Efter omfattande folkliga protester ser det nu ut som om Region Jämtland Härjedalen kan ställas utanför en ny norrländsk storregion. Det rapporterar Sveriges Radios Ekoredaktion.

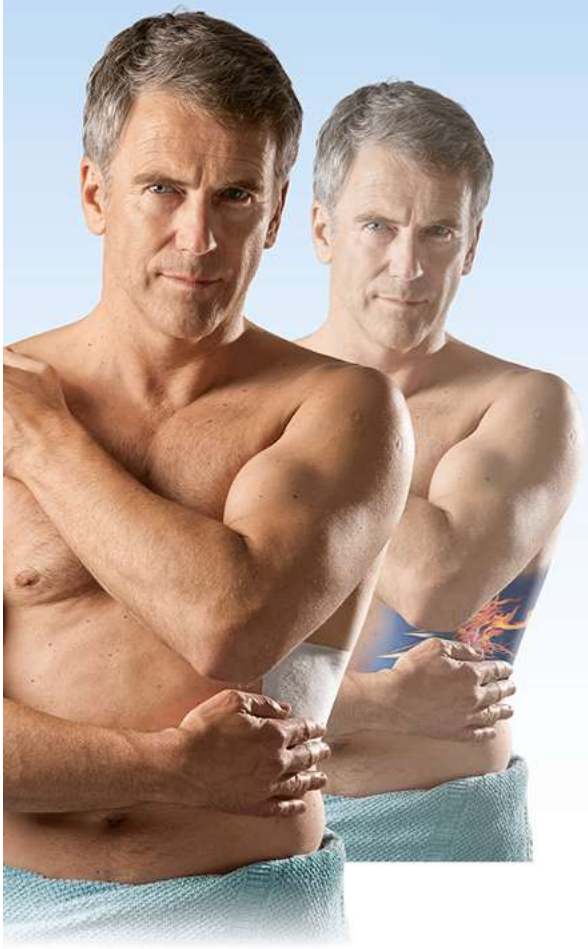
KIRURGAVDELNING PÅ FALU LASARETT STÄNGS TILLFÄLLIGT

▶ På grund av brist på vårdpersonal tvingas en av kirurgklinikens tre avdelningar på Falu lasarett att tillfälligt hålla stängt fram till 30 januari 2017.

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



Foto: Fotolia/IBL

Stulna journaler säljs på nätet

Det finns en etablerad illegal marknad för stulna patientjournaler på nätet. Hur stor omfattningen är i Sverige, eller exakt vad informationen i journalerna används till, är dock oklart. Det visar en ny rapport.

Att stulna kreditkortsuppgifter köps och säljs av bedragare på nätet är inget nytt fenomen. Det är heller ingen nyhet att sjukhus runt om i världen har råkat ut för intrång i sina system och att journaler stulits. Däremot har det varit svårt att se vart denna patientinformation tagit vägen.

– Vi har sett incidenter när det har stulits patientinformation från sjukhus. Då fick vi frågor om vem som köper och säljer. Erbjuds detta på samma ställen där man kan köpa kreditkortsinformation? Så var det inte. Men vi tittade inte på rätt ställen. Rapporten slår fast att det finns en etablerad marknad för det här, säger Christoffer Callender, IT-säkerhetsexpert på Intel Security, som står bakom rapporten.

Exakt vad informationen i patientjournaler används till är oklart. Enligt Christoffer Callender är en gissning att informationen kan användas i utpressningssyfte. En annan gissning är att man vill ha tag i sjukjournaler från kändisar eller politiker.

Hur stort eller litet problemet med stulna patientjournaler är i Sverige går inte att säga mycket om i dagsläget. Rapporten konstaterar att problemet är globalt, och de exempel som finns i rapporten gäller amerikanska vårdinrättningar.

Stölderna av patientuppgifter kan dels ske internt – enligt rapporten annonseras det flitigt efter insiders som kan hjälpa till att stjäla patientinformation – dels kan hoten komma från externa attacker. En möjlig risk och utmaning för IT-säkerheten på vårdinrättningar kan vara förlegade system eller gammal medicinteknisk utrustning.

– På sjukhus finns väldigt mycket medicinteknisk utrustning. En gång i tiden när de sattes upp var de kanske inte designade för att kommunicera på internet. Men i dag är de allra flesta medicintekniska utrustningar på något sätt uppkopplade. Det handlar kanske om gamla operativsystem som till exempel inte säkerhetsuppdateras längre. Det kan vara vägen in, säger Christoffer Callender.

Många landsting har infört, eller är på väg att införa, e-hälsotjänster där patienterna själva kan få ta del av sina journaler via nätet. Detta behöver nödvändigtvis inte vara ett problem för säkerheten, enligt Christoffer Callender.

– Görs det bara på rätt sätt behöver det inte betyda att man öppnar upp för säkerhetshål. Det jag tycker är att säkerhet inte får bli något man lägger på efter att man tagit fram systemet. Det har varit en vanlig approach. Har säkerhet inte varit med i grunddesignen blir det ofta inte bra.

Joakim Andersson

Fortsatt svårt läge för Fikru Maru

Efter att den fängslade och svårt sjuke hjärtläkaren Fikru Maru fick sin dom var förhoppningen att han skulle kunna flygas från Etiopien hem till Sverige för vård. Men trots att drygt fyra veckor gått sedan domen meddelades är läget i ärendet låst.

Fikru Maru befanns skyldig till kännedom om korruption och dömdes till fängelse i 4 år och 8 månader. Då han redan suttit häktad i 3,5 år var förhoppningen att han snart skulle kunna bli frisläppt och transporterad hem till Sverige för operation.

Men något frisläppande har ännu inte skett, och ju längre tiden går ökar risken för att den nödvändiga operationen behöver genomföras i Etiopien.

– Det är ett mardrömsscenario. Det är klart att om vi inte kommer härifrån så måste man göra ett försök. Men då är det för att vi inte har något annat val, säger Fikrus dotter Emy Maru till Sveriges Radio.

Enligt Jan Sadek, Sveriges ambassadör i Etiopien, har både statsminister Stefan Löfven (S) och utrikesminister Margot Wallström (S) tagit kontakt med motsvarande etiopiska ministrar.

Joakim Andersson


Sofia Lindegren

»Läkare har en viktig roll i klimatarbetet«

▶ Sofia Lindegren sitter med i Läkarförbundets arbetsgrupp för klimat och hälsa. Hon var en av representanterna i World Medical Associations (WMA) delegation till FN:s klimatmöte COP22 i Marrakech, Marocko.

Vad gjorde WMA på COP22?

– Under COP22 planeras det för hur klimatmålen i Parisavtalet ska uppnås, finansieras och hur rapporteringen ska ske. Vår delegation var där för att bevaka dessa diskussioner ur en hälsosynpunkt och arbeta för att hälsoaspekten ska få större plats i den framtida planeringen.

Vilka är dina bestående intryck av mötet?

– Det pendlade väldigt mycket. Första dagen kände man »Wow, det här kommer vi att klara!« Samtidigt har jag insett hur komplext och svårt det är att få alla länder, med så olika ekonomier och förutsättningar, att komma överens.

Vad tar du med dig tillbaka till SLF:s klimatgrupp?

– Jag vill få med mig lite av den energin jag kände under klimatmötet. Att vi läkare kan göra något och att vi har en jättestor roll att spela. Sedan vill jag få ytterligare personer från hälso- och sjukvården att bli insatta i den här frågan, och lyfta fram vilken potential vi har att påverka politiker och allmänheten.

Joakim Andersson

Läs mer!
Samtliga texter på sidan i fullängd på Läkartidningen.se



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

133. Vid osteoartros minskar ledbroskets styrka och tjocklek. Vilka komponenter i ledbrosket är främst påverkade vid osteoartros?

A. Kollagen typ I och hyaluronan
B. Kollagen typ II och proteoglykaner
C. Kollagen typ III och aggrekaner
D. Kollagen typ II och artrin
E. Kollagen typ I och kondroitinsulfat

9. Du undersöker ett tre dagar gammalt barn. Status är normalt förutom ikterus. Serum bilirubin är 380 mmol/l och du ordinerar ljusbehandling. Vilket/vilka prov bör du komplettera med?

A. CRP och blodglukos
B. Ultraljud lever/gallvägar
C. Direkt antiglobulintest och konjugerat bilirubin
D. Leverenzymer (ASAT, ALAT, γ-GT)
E. Transkutant bilirubin



DET MEDICINSKA KUNSKAPSPROVET

● Kunskapsprovet består av ett teoretiskt prov och ett praktiskt prov. Utgångspunkten för kunskapskraven som ställs är dels målen för en svensk läkarexamen, dels målbeskrivningen för en AT-tjänst.

● Det teoretiska provet består av tre delprov – en klinisk/prekliniskt del (max 140 rätt), en klinisk del med patientfall (max 29 rätt) och en del med en vetenskaplig artikel på engelska (max 9 rätt). Det genomförs under en dag. Frågetypen är flervalsfrågor där man kryssar för det rätta svaret.

● För att bli godkänd krävs minst 60 procent rätta svar. Läkarna har tre försök, som måste göras inom 24 månader från första provtillfället, på sig. De som klarar sig går vidare till det praktiska provet. Sedan väntar en kurs i författningskunskap, svenska på nivå C1 och klinisk praktik på vägen mot svensk legitimation.

Det kliniska/prekliniska delprovet (delprov 1)

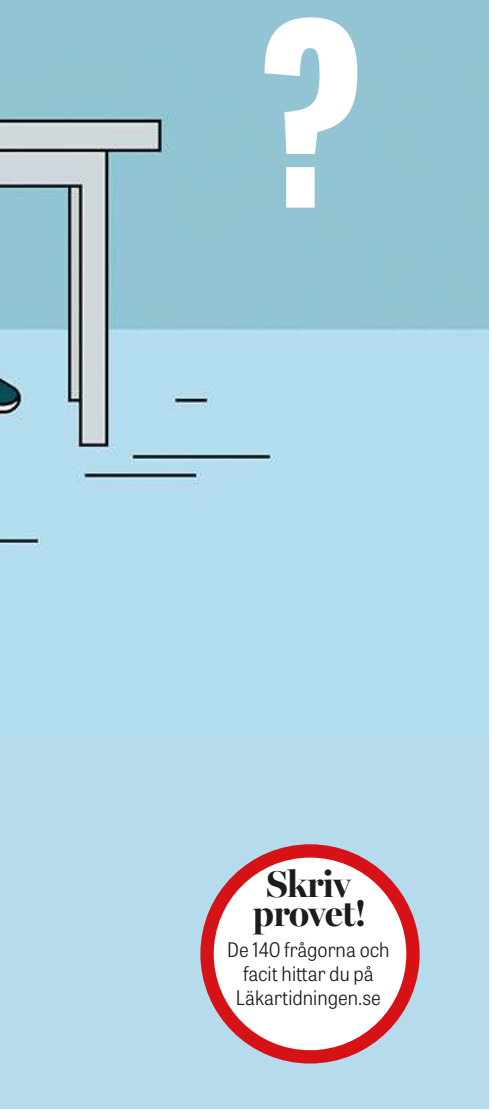
● Det kliniska/prekliniska delprovet utgör den överlägset största delen av det teoretiska kunskapsprovet med sina 140 frågor. Det består av en blandning av kliniska och prekliniska frågor. Hälften av frågorna är skrivna av kliniker, hälften av personer som undervisar på läkarutbildningens första terminer. ○

Hur svårt är det medicinska kunskapsprovet som tredjelandsläkare måste skriva för att få svensk legitimation? Läkartidningen testar det omdebatterade provet på några svenska läkare.

Kunskapsprov vållar debatt

111. Maple syrup urine disease (MSUD) är en ärftlig sjukdom som förekommer i akuta, intermediära och intermittenta former. Den kan ofta diagnostiseras redan i spädbarnsåldern med hjälp av PKU-provet (Guthrie test). Förutom att urinen luktar lönnsirap, vilket av följande symptom bör i synnerhet väcka misstanke om denna sjukdom?

A. Diplopi
B. Feber och diarré
C. Ataxi och sänkt medvetande
D. Tremor
E. Strabism



Skriv provet!
De 140 frågorna och facit hittar du på Läkartidningen.se

Illustration: Fotolia/TBL

Det nya medicinska kunskapsprovet har vållat debatt. Provet har tagits fram av Umeå universitet på uppdrag av Socialstyrelsen och ska fungera som ett snabbspår till en svensk legitimation för läkare som är utbildade utanför EU/EES.

Men endast 16 procent fick godkänt vid det första provtillfället i oktober, och såväl svenska som utländska läkare har kritiserat provet för att vara för svårt. Till skillnad från TULE-provet, där frågorna var begränsade till fem specialistområden, innehåller det stickprov från hela läkarutbildningen.

En stor del av kritiken går ut på att prekliniska frågor fått en relativt stor plats. Många har ifrågasatt rimligheten i att kräva att exempelvis en specialistläkare som jobbat ett tiotal år ska ha läkarutbildningens prekliniska kunskaper i minnet. Vissa har hävdat att sådana kunskaper inte är nödvändiga i det kliniska arbetet, medan andra tycker att en läkare bör ha en gedigen preklinisk bas att stå på. Svenska läkare har ifrågasatt om de skulle klara provet.

Läkartidningen har därför låtit några svenska läkare testa det första delprovet, som innehåller 140 kliniska och prekliniska frågor. Vi publicerar även frågorna med facit på Läkartidningen.se, så att alla som vill kan skriva det och göra en egen bedömning av svårighetsgraden.

Det har varit svårt att få tag på frivilliga som dessutom haft möjlighet och tid att skriva provet. Därför har läkarna i testpanelen fått välja mellan att skriva den första tredjedelen (47 frågor) på en timme eller hela delprovet (140 frågor) på tre timmar.

Testgruppen består av åtta läkare: en underläkare, två ST-läkare (allmänmedicin, akutsjukvård), två specialister i allmänmedicin, en specialist i psykiatri, en specialist i pediatrik/neonatologi och en specialist i barnnefrologi. Hälften har valt att skriva hela provet, hälften den första tredjedelen.

Läkartidningen vill påpeka att detta bara ska ses som en fingervisning om provets svårighetsgrad, dels för att det handlar om en liten grupp som dessutom bara skrivit en del av provet, dels för att de inte har samma press på sig som en tredjelandsutbildad läkare har. De svenska läkarna har förstås även en stor fördel av att provet är på deras modersmål.

Marie Ström

Läs mer! Hur gick det för LT:s testpanel? Se nästa uppslag!



Illustration: Fotolia/IBL

Skarp kritik mot provet från Läkartidningens panel

Sex av de åtta svenska läkarna blev godkända – men flera klarade sig nätt och jämnt. De riktar kritik mot provet. »Man mäter inte kunskapen om det man jobbar med, utan minnet av det prekliniska«, säger en specialistläkare.

De två som blev underkända fick ungefär hälften rätt. Resten fick godkänt, men de flesta låg runt 60 procent som var gränsen för godkänt.

Magnus Hultin, läkare och lektor vid Umeå universitet som har tagit fram provet, tycker att testgruppens resultat tyder på att provet är lagom svårt.

– Det innebär att vi sannolikt ligger rätt bra med svårighetsgraden på provet då 75 procent av dem som gör det blir godkända då de prövar att göra det utan speciell förberedelse. Ingen av de prövande var under 50 procent. Med en eller två månaders repetition inför provet skulle sannolikt resultaten förskjutas uppåt på skalan.

Flera deltagare reagerar med förvåning när de får reda på sina resultat.

– Då var det inte så illa som jag trodde, säger överläkaren Peter, som är specialist i pediatrik och neonatologi.

Han klarade sig precis, men tror inte att han skulle ha haft en chans om provet varit på engelska.

Även Åke, som är specialist i allmänmedicin sedan flera decennier och arbetar kliniskt en dag i veckan på en vårdcentral, fick minimipoängen för godkänt.

– Tänk att man kan ha klarat ett helt allmänläkarliv utan att ha mer än 60 procent rätt och ändå vara både omtyckt, respekterad och kunnig i sin gärning, säger han.

> »Tänk att man kan ha klarat ett helt allmänläkarliv utan att ha mer än 60 procent rätt och ändå vara både omtyckt, respekterad och kunnig i sin gärning.«

Åke skrev den första tredjedelen och blev positivt överraskad av frågorna. Däremot anser han inte att man behöver ha de prekliniska kunskaperna färska i minnet för att vara en duktig doktor. Enligt honom är det bästa svarsalternativet ofta att diskutera med jour/bakjour eller ringa till en erfaren kollega. Eller, i vissa fall, att läsa på själv.

– Det var faktiskt ingen okunskap jag skämdes för. I inget fall som beskrivs i frågorna tänkte jag: »Aj, det här borde jag ha kunnat utan att konsultera bok, nätet eller kollega.«.

Underläkaren Lina, som tog sin examen i somras och arbetar på vårdcentral i vän-

SÅ GICK DET FÖR LÄKARTIDNINGENS TESTPANEL

Åke. Godkänd.
28 rätt av 47.
Läkarexamen 1975.
Specialist allmänmedicin.



Sven. Godkänd.
29 rätt av 47.
Läkarexamen 2011.
ST-läkare akutsjukvård.



Johan. Godkänd.
35 rätt av 47.
Läkarexamen 2012.
ST-läkare allmänmedicin.



Lina. Godkänd.
33 rätt av 47.
Läkarexamen 2016.
Underläkare.



● För godkänt resultat krävs minst 60 procent rätt, det vill säga 28 rätt på 47 frågor respektive 84 rätt på 140 frågor.

»Alla frågorna är relevanta i sitt sammanhang men de är inte relevanta för en majoritet av alla doktorer.«

tan på en AT-tjänst, fick 70 procent rätt på de första 47 frågorna. Hon tycker att en del frågor var väldigt relevanta, men långt ifrån alla.

– Och några frågor var svårare än vad jag hade förväntat mig. Rena specialistfrågor.

Hon reagerade även över att tidsramen var så snäv.

– Det var lite tajt om tid för att hinna fundera ordentligt. Och då har jag ändå läst utbildningen i Sverige och har lättare att tolka frågorna.

Sven, som är ST-läkare i akutsjukvård, blev liksom Åke positivt överraskad. Men han tror, precis som de andra som inte skrivit hela provet, att han skulle ha haft fler fel mot slutet eftersom den senare delen innehåller mer prekliniska frågor.

– Vissa frågor var bra. En del saker ska man kunna som läkare oavsett specialitet, säger han och ger fråga 5 som ett exempel.

Den handlar om en kvinna som har haft bröstcancer och sedan en månad har smärtor i ländryggen.

– Där tycker jag att vilken läkare som helst borde förstå att det kan röra sig om skelettmetastaser med påverkan på ryggmärgen.

Han tycker dock – liksom resten av testgruppen – att ett flertal frågor var alltför specialiserade.

– Frågan om barnet med högt bilirubin (fråga 9) och vilka prov man ska komplettera med, till exempel. Och då gjorde jag ändå min barnrandning för ett år sedan, säger ST-läkaren Sven.

Överläkaren Per fyller i:

– Alla frågorna är relevanta i sitt sammanhang men de är inte relevanta för en majoritet av alla doktorer, säger han och ger fråga 133 som ett exempel. Där frågas det efter vilka komponenter av ledbrosket som är mest påverkade om man har osteoartros.

– Det är jättebra att veta om man forskar på artros men det har liten betydelse för oss andra.

En njurfråga var till och med så djup att Per, som är specialist i barnnefrologi, inte hade en aning om svaret.

Överläkaren Peter, som är specialist i pediatrik/neonatologi, ger ett annat exempel.

– PKU-frågan (fråga 111) tror jag inte ens att alla barnläkare skulle kunna.

Några av läkarna påpekar att en del frågor är extra svåra för utländska läkare eftersom behandlingsmetoderna skiljer sig åt från land till land.

Per tycker att provet är rimligt för dem som just gått ut läkarutbildningen.

– Men om man är äldre och har blivit subspecialist – och det är just sådana läkare som vi väldigt snabbt kan ha stor nytta av – är bredden på skrivningen orimlig.

Göran, som är specialist i allmänmedicin och arbetar som distriktsläkare på en vårdcentral, var en av de två läkarna som fick underkänt. Han beskriver sig som en ganska genomsnittlig, ambitiös distriktsläkare.

– Jag har inte gjort ett prov på 20 år och det var faktiskt väldigt stressande. En del frågor kändes otroligt långt borta från min kliniska vardag.

– Hur ska jag efter 30 år, när jag nästan aldrig ser en sådan frågeställning, kunna veta vilken antigen eller antikropp som talar för att en kronisk hepatit B-virusinfektion föreligger?

Johan, som är ST-läkare i allmänmedicin och fick sin läkarlegitimation i våras, fick bäst resultat, drygt 70 procent rätt på den första tredjedelen. Men han tillhör de mest kritiska.

– Om jag hade skrivit provet på riktigt hade jag nog varit smått förbannad när jag gick därifrån. Det var väldigt skiftande nivå på frågorna. Allt ifrån idiotfrågor till specialistfrågor som inte en levande människa skulle kunna svara på.

Han ifrågasätter provets uppbyggnad med flervalsfrågor, och föreslår i stället en modell som är mer lik AT-provet.

– Det är svårt att göra ett bra prov med flervalsfrågor. När svaren är så snarlika och många svar skulle kunna vara rätt i en klinisk situation, måste man få föra ett resonemang om varför man gör som man gör. Det säger mer om någons kliniska kunskaper.

Majoriteten håller med. Gruppen tycker inte heller att provet är lämpligt för specialistläkare.

»Om jag hade skrivit provet på riktigt hade jag nog varit smått förbannad när jag gick därifrån ... Allt ifrån idiotfrågor till specialistfrågor som inte en levande människa skulle kunna svara på.«

– Om man är en ortoped och har jobbat som specialist i tio år är den här skrivningen inte relevant, säger barnläkaren Peter som föreslår att specialitetsföreningarna får i uppdrag att utforma mer specialiserade prov.

Han inskärper vikten av att provet är bra, eftersom det är avgörande för tredjelandsutbildade läkares möjlighet att arbeta i Sverige.

– Det är väldigt viktigt att det tar reda på rätt sak, att personen kan teoretisk medicin på den nivå som personen ska arbeta på. Annars utesluter provet yrkesmänniskor på tveksamma grunder.

Text: **Marie Ström**

Fotnot: Läkarna i texten heter egentligen något annat.

Peter. Godkänd. 84 rätt av 140 (31 rätt av de första 47). Läkarexamen 1993. Specialist pediatrik/neonatologi.



Göran. Underkänd. 74 av 140 (30 rätt av de första 47). Läkarexamen 1993. Specialist allmänmedicin.



Per. Godkänd. 86 rätt av 140 (31 rätt av de första 47). Läkarexamen 1974. Specialist barnnefrologi.



Sofia. Underkänd. 73 rätt av 140 (22 rätt av de första 47). Läkarexamen 1981. Specialist psykiatri.





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!

SOCIALSTYRELSEN SVARAR OM AT PÅ ÅLAND

Socialstyrelsen meddelar att man nu gör en fördjupad juridisk analys och fortsätter dialogen med den åländska landskapsregeringen gällande allmäntjänstgöring på Åland.

Läkartidningen. 2016;113:EDHL

SJUKVÅRDEN BÖR AVFÖRAS FRÅN REGIONFRÅGAN

Vården behöver mer nationell samordning och vidareutvecklat lokalt samarbete. Sex cementerade särlösningar skulle till och med kunna bli sämre än dagens situation, skriver Sören Berg.

Läkartidningen. 2016;113:EDRM

RÖSTER FRÅN WEBBEN OM NYA KUNSKAPSPROVET

▶ Är provet testat på till exempel kollegor som går AT eller gått något år av sin specialistutbildning?

▶ Varsågod och redogör för citronsyracykeln i detalj ... Du får inte använda internet. #relevant

▶ Vårt uppdrag är inte bara att lära studenterna »hur man brukar göra« utan att förbereda dem för en okänd morgondag. Bara att gå hem och läsa på, således!

Tyck till!
Läs andras åsikter och kommentera på Läkartidningen.se

Överdos av TBC-läkemedel ökar bland unga asylsökande

Läkare bör känna till att isoniazidintoxikation är en viktig differentialdiagnos vid generell kramp av oklar genes, särskilt om personen är ung och av utländsk härkomst.


Max Wretman, läkare, Giftinformationscentralen, Stockholm
● max.wretman@gic.se


Lisa Franzén, apotekare, Giftinformationscentralen, Stockholm


Peter Hultén, apotekare, Giftinformationscentralen, Stockholm

Isoniazid ingår i standardbehandlingen av tuberkulos. Giftinformationscentralen har de senaste åren noterat en tydligt ökande trend av antalet förfrågningar från sjukhus gällande isoniazidförgiftning.

Intoxikationer med isoniazid har under flera decennier varit ovanliga. Från att ha rört sig om inga eller enstaka frågor årligen fick Giftinformationscentralen år 2015 sex samtal som handlade om patienter som avsiktligen intoxikerat sig med isoniazid.

Fram till november i år har Giftinformationscentralen konsulterats om behandling i 14 fall av isoniazidöverdos. En av patienterna avled. Drygt tre fjärdedelar av dem som förgiftats i år, och som vi fått kännedom om, var under 20 år [1].

Sverige är fortfarande ett av de länder i världen som har lägst incidens av tuberkulos. 2015 inträffade 8,5 fall per 100 000 invånare. De senaste åren har det dock skett en ökning av antalet fall med tuberkulos. Framför allt ser vi en kraftig ökning bland personer i övre tonåren. Det handlar till stor del om ensamkommande flyktingbarn som kom till Sverige under 2015.

Screening för aktiv tuberkulos ingår i den hälsoundersökning som erbjuds de asylsökande,

» Om man inte lyckas bryta kramperna finns risk för hypoxisk hjärnskada ...«

Svensk barnhälsa mår bra – men ökade

Sverige måste fortsätta att prioritera evidensbaserade och långsiktiga förebyggande satsningar inom barnsjukvården.


Björn Wettergren, barnläkare, med dr, barn- och ungdomssjukvården, Region Gävleborg
● bjorn.wettergren@gmail.com


Jonas F Ludvigsson, barnläkare, Universitetssjukhuset Örebro; professor, Karolinska institutet

Sverige har den lägsta barnadödligheten (åldrarna 0–14 år) i Europa och svensk barnsjukvård har uppmärksammats i artiklar i BMJ och Lancet [1, 2]. I en nyligen publicerad artikel beskriver vi tillsammans med tre kollegor svensk barnsjukvård och bakgrunden till vår ledande position inom barnmedicin [3]. Vi ser dock med oro på den ökande segregationen i samhället samt ökande sjukvårdskostnader där utrymmet för långsiktighet alltmer begränsas.

Viktiga faktorer bakom svensk barnsjukvårds framgång är den långa perioden av fred i landet, att vi lyckats etablera en parlamentarisk demokrati och att vårt rättssystem är motståndskraftigt mot korruption. Sverige var neutralt under de två världskrigen och klarade sig oskatt under andra världskriget med en stark industri.

Från 1950-talet fram till 1970-talet expanderade ekonomin och arbetslösheten var låg. Det fanns utrymme för en fri skola för alla, en förskola som nu tar hand om 80 procent av barnen, ett socialförsäkringssystem som uppmuntrar till föräldraledighet och en rättvis och god tillgänglighet till sjukvård oavsett socioekonomisk status. Lägg till detta fri sjukvård och fri tandvård för barn och ungdomar och att vi varit ledande i långsiktiga förebyggande satsningar som vaccinationer, förebyggande av olycksfall och tobaks- och alkoholprevention.

Svensk sjukvård är finansierad via skattsedeln. Barnkliniker finns på såväl läns- som universitetsnivå och håller hög kvalitet vad det gäller slutenvård av nyfödda och äldre barn. På länssjukhusen finns oftast både nyföddhets-

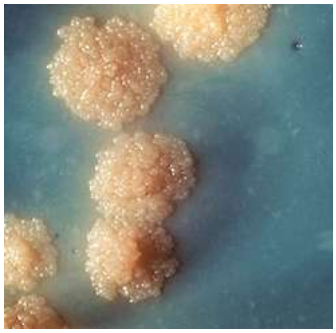


Foto: CDC:s Public Health Image Library

Koloni av Mycobacterium tuberculosis.

och om man diagnostiseras med sjukdomen sätts behandling snabbt in [2], vanligtvis isoniazid. Många asylsökande lider av psykisk ohälsa [3], och under 2016 har ett antal nya lagar trätt i kraft som försämrar villkoren för de asylsökande och minskar möjligheterna till permanent uppehållstillstånd [4]. Man kan anta att det bidrar till ökad psykisk stress och risk för överdosering.

Isoniazid har stor potential att orsaka allvarlig förgiftning. Substansen hämmar pyridoxin (vitamin B_6), vars aktiva form medverkar i syntesen av GABA (gamma-aminosmörsyra). Då nivån av GABA minskar i hjärnan ökar retbarheten och orsakar kramper (krampströskeln sänks). Långdragna och återkommande kramper ger ansamling av laktat som kan resultera i metabol acidos [5]. Om man inte lyckas bryta kramperna finns risk för hypoxisk hjärnskada samt multiorgansvikt.

En effektiv antidot är just pyridoxin. Genom att tidigt tillföra pyridoxin i gramdoser kan man ofta bryta kramperna och förhindra acidosutveckling [6].

Giftinformationscentralen vill göra läkare runt om i landet uppmärksamma på att isoniazidintoxikation är en viktig differentialdiagnos att ha i åtanke hos patienter som kommer in med generella kramper av oklar genes, särskilt om personen är ung och av utländsk härkomst.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

kostnader oroar



Foto: Colourbox

Vi har en hög pediatrisk kompetens inom såväl den slutna som öppna vården, skriver Björn Wettergren och Jonas F Ludvigsson.

avdelning och en avdelning för äldre barn. Subspecialisering finns, men vård av svårt sjuka patienter sköts ofta i tätt samarbete med universitetsklinikerna. De flesta barn träffar sin läkare inom primärvården. På större orter finns också pediatrisk öppenvård där målsättningen är att ge högkvalitativ vård närmare hemmet och att underlätta samverkan med familjeläkare, skola och socialtjänst.

Unikt i ett internationellt perspektiv är att mödrahälsovården huvudsakligen sköts av barnmorskor och barnhälsovården av barninriktade sjuksköterskor som backas

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

upp av gynekologer respektive distriktsläkare eller barnläkare. Unikt är också att det i varje län finns en central barnhälsovårdsenhet med barnläkare, sjuksköterska och eventuell ytterligare barnkompetens vars roll är utveckling och kvalitetssäkring.

Sammanfattningsvis har vi en hög pediatrisk kompetens inom såväl den slutna som öppna vården och en förebyggande mödrahälsovård och barnhälsovård som är gratis och når alla.

Samtidigt finns en rad utmaningar. Ojämlikheten ökar och det finns nu områden där arbetslösheten är mycket hög, medellivslängden 5–10 år lägre än i genomsnittsbefolkningen och där en majoritet av barnen lämnar skolan utan godkända resultat. Barns psykiska hälsa förefaller inte heller ha förbättrats på samma sätt som deras fysiska hälsa, och självmordsfrekvensen bland unga har inte gått ner under de senaste åren.

»Barns psykiska hälsa förefaller inte heller ha förbättrats på samma sätt som deras fysiska hälsa …«

Angeläget är att vi såväl nationellt som inom landsting och kommuner prioriterar fortsatta evidensbaserade och långsiktiga förebyggande satsningar för att behålla en hög livskvalitet och på sikt minska skenande sjukvårdskostnader. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Långt till jämlik strokevård

Rehabilitering och anhörigstöd är de viktigaste kvalitetsmåtten för strokepatienter, men stora skillnader mellan kommunerna gör vården ojämlik. Strokecentrum eller strokekoordinator bör inrättas även utanför sjukhus.



Kerstin Hulter Åsberg, institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
● kerstin.hulter.asberg@neuro.uu.se

Nyligen hölls en stroketeamkongress i Umeå med 600 deltagare. Det gedigna vetenskapliga och praktiska programmet, som omfattade både akutskedet och livet efter stroke, väcker flera frågor.

Varför får inte alla strokepatienter tillgång till all kunskap och kompetens? Varför är akutsjukvården så pass välfungerande medan så många patienter faller mellan stolarna efter akuttiden? Varför varierar tillgången till rehabilitering i öppenvård och anhörigstöd så stort mellan olika kommuner, till och med inom samma landsting?

Genom det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke [1] kan vi följa strokevårdens framgångsrika utveckling i hela landet, särskilt under akutskedet. Däremot vittnar många patienter och anhöriga om att de efter ett år inte vet vart de ska vända sig för fortsatt rehabilitering och anhörigstöd.

Från januari 2014 till juni 2016 drev Riks-Stroke [1] projektet »Strokedialog« för att stärka patientföreträdarnas möjlighet att utnyttja data från Riks-Stroke och i dialog med lokala verksamhetsföreträdare kunna utveckla och förbättra strokevårdens kvalitet och bidra till en mer jämlik vård i hela landet.

Patienter, anhöriga, sjuksköterskor/fysioterapeuter samt företrädare för patientföreningar från Norrbotten, Västmanland och Stockholm fick värdera vilka kvalitetsmått som är viktigast för dem. Enigheten var stor om att uppgifterna om hur nöjda patienterna är med den långsiktiga individuella rehabiliteringen respektive anhörigstödet är av störst intresse.

Med hjälp av Riks-Strokes registercentrum i Umeå togs uppgifter fram per landsting. Men för att kunna arbeta vidare lokalt behövdes data uppdelade per kommun, och utifrån aggregerade data under tre år för patienter med funktionsnedsättning och rehabiliteringsbehov kunde registercentrum redovisa resultat för de flesta kommuner i Sverige.

För dem som arbetat länge med strokevård är det inte förvånande att det finns skillnader i patientnöjdhet 12 månader efter en stroke. Det brukar förklaras med att patienter som inte blir helt återställda inte heller kan förväntas vara nöjda med rehabiliteringen. Fördelningen av patienternas ålder och funktionsnivå är dock överlag likartad. Däremot kan avståndet till sjukhus och tillgången till rehabilitering påverka funktionsförmågan efter en stroke, och därmed hur pass nöjd man är med rehabiliteringen.



Stora skillnader mellan kommuner gör strokevården ojämlik, skriver Kerstin Hulter Åsberg.

Karta: SCB, kommunindelning

»Varför är akutsjukvården så pass välfungerande medan så många patienter faller mellan stolarna efter akuttiden?«

Projektet Strokedialog har lett till att patienterna nu har ett underlag som synliggör den brist på långtidsuppföljning de upplever. Efter akutskedet uppmanas de att vända sig till primärvården respektive kommunen, vilket ibland fungerar bra och ibland inte. Det är där den stora ojämlikheten visar sig.

Allvarligast är dock olikheterna vad gäller samordning mellan landsting och kommuner och mellan sjukhus och öppenvård. Det är uppenbart att det i varje kommun bör inrättas ett strokecentrum inom öppenvården, eller åtminstone en strokekoordinator. ○

● Kerstin Hulter Åsberg var projektledare för Strokedialog, som finansierades av Nationella kvalitetsregister 2014–2016.

Läs mer! En fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

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

Hälften av alla över 65 år har högt blodtryck



Våra levnadsvanor har stor betydelse för hälsan och för risken att utveckla olika sjukdomar. Att äta hälsosammare och inte dricka för mycket alkohol minskar risken för högt blodtryck och att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Små förbättringar av matvanorna kan ge stora vinster för individen. Att förändra matvanor kan vara en utmaning och många vill ha stöd från hälso- och sjukvården.

Nu finns en webbutbildning som ger dig evidensbaserad kunskap och praktiska verktyg för att motivera och stödja patienter att ändra sina matvanor.

Gå webbutbildningen
Samtal och råd om bra matvanor

– en webbutbildning om att stödja patienter att ändra sina matvanor



Du hittar den på:
www.socialstyrelsen.se/matvanor

Livsmedelsverket

Socialstyrelsen

STROKEPREVENTION VID ICKE-VALVULÄRT FÖRMAKSFLIMMER

Evidens för Xarelto® i klinisk studie[1] styrks av resultat från klinisk vardag[2]

Säkerhet och *effektivitet*

Förekomst av såväl stroke som allvarliga blödningar följdes hos 6 784 Xarelto-behandade patienter i studien XANTUS.[2]

Studerad över $CHADS_2$-spektrumet 1–6[1, 2]



Xarelto 15/20 mg – strokeprevention med en tablett om dagen[3]

Referenser: 1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. *et al*; N Engl J Med. 2011;365(10):883–891. **2.** Camm A.J., Amarenco P., Haas S. *et al*; European Heart Journal, doi:10.1093/eurheartj/ehv466 **3.** Produktresumé Xarelto.

Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, **R** (B01 AF01). Tabletter 15 mg, 20 mg. **Indikation:** 15 mg och 20 mg: Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (F). **Dosering:** 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. **Särskilda patientpopulationer:** För patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Patienter med förmaksflimmer som genomgår konvertering: Behandling med Xarelto kan initieras eller fortskrida hos patienter som kan behöva konvertering. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyliga ulcerationer i magtarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyliga hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen genomgången intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, apixaban etc.), förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Hos flera undergrupper av patienter föreligger en ökad blödningsrisk. Dessa patienter ska övervakas noga för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inletts. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 15 mg: 28 tabl. (F), 42 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). 20 mg: 28 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén september 2016. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

L.SE.MKT.03.2016.2153

»När krockar värdet av erfarenhet med ålderns ofrånkomliga tribut?«

»ETT VET JAG, SOM ALDRIG DÖR, DOMEN ÖVER DÖD MAN« står det i Havamals strof 77. Så – efter 50 års verksamhet inom sjukvård och forskning – vad finns det för mig som avsutten »fetmolog« att sammanfatta?

Ett kinesiskt talesätt lyder: »Hur länge man än blaskar runt med handen i en hink vatten tar det inte många sekunder innan vattenytan åter är blank.« Och så lång – eller snarare kort – tid ska insatserna av våra liv synas.

Jag har haft privilegiet att arbeta kliniskt och vetenskapligt med spännande projekt, som ung läkare hamnat i intressanta utredningar och arbetsgrupper, representerat Läkaresällskapet och Karolinska institutet nationellt och internationellt och varit president för organisationen för all världens fetmaforskare. Jag har haft förmånen att få resa överallt i världen. Jag basade för riksstämman när som mest över 30 000 deltog. Jag har skrivit rätt många vetenskapliga och andra artiklar av skiftande (okej, det medges gärna!) kvalitet och sett mer än 20 av mina adepter doktorera. Allt var lustbetonat, och aldrig har en arbetsdag liknat en annan.

MEN SEDAN KOMMER ÅREN SMYGANDE, och det är uppenbart att halveringstiden på gamla avsuttna akademiker är kort, vilket bekräftar talesättet ovan. »Professor emeritus« låter möjligen vördnadsbjudande tills man slår upp det latinska ordet: uttjänad. Hur kul känns det?

Med kvadraten på avståndet avtar uppdragen. Jag tycker att jag fortfarande borde ha en del att bidra med, men vill någon höra det längre? När jag läser debattinläggen inom mitt fackområde får jag känslan av déjà vu. Vad var det jag sa redan anno dazumal?

Mina jämnåriga amerikanska forskarvänner fortsätter som om inget hänt, men hos oss verkar inte pensionärer vara så eftertraktade. Enstaka mogna fixstjärnor glänser fortfarande, men de är inte många.

Den framgångsrike artisten Lasse Holm intervjuades nyligen om ålder och efterfrågan, och konstaterar att »... att i Indien blir äldre hyllade, i USA är de champions«, och tycker att man i Sverige har en fixering vid årtal och »åldersfascism« snarare än funktion och kompetens. Holm jobbar vidare, men många artister som stått på framgångens tiljor får som mest uppträda på ålderdomshem och pensionärsträffar.

GNÄLLSPIKAR BLIR ALDRIG UPPSKATTADE, så vad vill jag? Är det läpparnas bekännelse, när man säger sig efterfråga de äldres kompetens? Eller har vi äldre dålig självinsikt och fattar helt enkelt inte att vi inget tillräckligt meningsfullt längre har att bidra med? När krockar värdet av erfarenhet med ålderns ofrånkomliga tribut? **Är jag slut som artist (arbetade länge på Stadsteatern med vetenskapsteater och till och med som ståuppare) och ska som i Hasse & Tage-visan bara lägga av och inse djungelns hårda lag – och därmed »förorena närmsta vattendrag«?**

VIKTIGT ÄR FÖRSTÅS ATT TÄNKA KONSTRUKTIVT och inte gnälla över att allt var bättre förr. Eufemismens tid råder; SÄL (Sveriges äldre läkare) bytte våren 2016 namn till Seniora läkare. Får Seniorer fler uppdrag än de Äldre? Och trots allt snack om att utnyttja mogen erfarenhet i yrkeslivet – hur intresserad är man egentligen av oss?



Foto: Privat

Stephan Rössner,
»uttjänad« = emeritus professor
stephan@rossner.se

Om varje sekund med smärta* är en plåga.

Vad är då upp till åtta timmars smärtlindring?



- Den enda långverkande paracetamoltabletten indicerad vid akut och långvarig smärta.
- Snabb och långsam frisättning i samma tablett.
- Effekt i upp till 8 timmar.
- Doseras 2 tabletter 3 gånger dagligen, totalt 3,99 g.

Låt inte smärtan stå i vägen.

Nu även i 48-pack!
Långverkande smärtlindring för kortvariga smärttillstånd.
Utanför förmånssystemet.



* **Indikationer:** Används vid huvudvärk, tandvärk, feber vid förkylningssjukdomar, menstruationssmärtor, muskel- och ledvärk, som analgetikum vid reumatiska smärtor och hyperpyrexi. Speciellt avsett för långvariga smärtor eller andra tillstånd som kräver kontinuerlig dosering.

Var vänlig se produktresumén (SmPC) för en komplett lista över indikationer, kontraindikationer, varningar och biverkningar.

Alvedon 665 mg tablett med modifierad frisättning (paracetamol). N02 BE01. Analgetikum, antipyretikum. **Varningar och försiktighetsmått:** Försiktighet vid leversjukdom. Bör ej kombineras med andra smärtstillande läkemedel som innehåller paracetamol (t.ex. kombinationsläkemedel). Högre doser än de rekommenderade medför risk för mycket allvarlig leverskada. Vid överdosering med Alvedon 665 mg bör Giftinformationscentralen kontaktas, då sedvanlig provtagnings- och behandlingsregim som används vid förgiftningar med paracetamolberedningar med snabb frisättning inte är tillämpliga. Vid hög feber, tecken på sekundär infektion eller om symtomen varar längre än 3 dagar, skall behandlingen omvärderas. **Status/förmån:** Rx, F: 96 st, 100 st. Rx, EF: 48 st. För kompletterande information och aktuellt pris, se www.fass.se. GlaxoSmithKline Consumer Healthcare A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby, Danmark. Tel. 020-100579. Varumärket Alvedon tillhör GlaxoSmithKline-koncernen. Informationen är baserad på produktresumé 2016-06-30. *Om du vill rapportera en biverkan eller oönskad händelse. Kontakta biverkningsenheten på GlaxoSmithKline: Telefon: 08-638 93 00, Postadress: Biverkningsenheten, GlaxoSmithKline, Box 516, 169 29 Solna.*

CHSE/CHALV/0040/16c sept 2016

gsk GlaxoSmithKline Consumer Healthcare A/S, Nykær 68, 2605 Brøndby, Danmark.

KLINIK &VETENSKAP

Temanummer:
Palliativ medicin.
Viktiga artiklar
för alla läkare.

4 frågor till
Bertil Axelsson, ***docent och överläkare,***
som tillsammans med Bengt Sallerfors och Carl Johan Fürst skrivit artikeln »Bostadsort avgör den palliativa vårdens resurser och kvalitet«, som ingår i veckans tema.



Hur kan den palliativa vården bli bättre?
Med en nationell organisatorisk struktur som är principiellt gemensam för alla landsting/regioner med god allmän palliativ vård, specialiserad palliativ konsultfunktion tillgänglig både för sjukhus och kommunala vårdformer samt specialiserade palliativa hemsjukvårdsenheter och slutenvårdsplatser. Det behövs också en struktur som kan möjliggöra att varje medborgare får tillgång till palliativ vård utifrån sina individuella behov oavsett bostadsort, diagnos eller vårdform.

Kan läkare för lite om palliativ medicin?
Generellt ja. Det är ett mycket positivt steg i utvecklingen att samtliga ST-läkare från och med 2015 har ett obligatoriskt krav på grundläggande kompetens i palliativ vård i livets slutskede. Annars får man inte ut sin specialitet.

Behövs det fler/längre kurser i palliativ medicin på läkarutbildningen?
Det palliativa förhållningssättet och palliativmedicinska åtgärder bör integreras i undervisningen om alla obotliga sjukdomar, som till exempel hjärtsvikt, KOL, njursvikt, leversvikt, demens, progressiva neurologiska sjukdomar och cancer. De europeiska rekommendationerna om minst 40 timmars undervisning i palliativ medicin under läkarnas grundutbildning är ett rimligt riktmärke.

Har du något råd till andra läkare om hur man bemöter patienter i livets slutskede?
Tänk på att i den allt sjukare kroppen bor det en individ som fortfarande lever: En individ med sin unika historia, erfarenheter och syn på livet och tolkning av begreppet livskvalitet. Den personen är värd all respekt och att vi verkligen gör vårt yttersta för att hitta det optimala stödet och lindringen. Att vi hjälper den personen att leva tills hen dör. ○

2088
Bostadsort avgör den palliativa vårdens resurser och kvalitet

2078
Öppna data kan öka kunskapsmassan och motverka fusk

2080
Nya rön

2083
Tema Palliativ medicin

Den globala hälsan och religiös tolerans

JAG STIRRAR PÅ DEN OANSENLIGA LERKLUMPEN på British Museum som kallas Kyros cylinder. Den persiske kungen Kyros II lät här beskriva sin seger år 539 f Kr över Babylonien. Här beskrivs hur alla förslavade folk fritt fick återvända till sina hemtrakter och hur oinskränkt religionsfrihet påbjöds i det område som motsvarar dagens Syrien och Irak. Delar av texten finns ingraverad över ingången till FN-högkvarteret eftersom den av vissa betraktas som det första embryot till en deklaration för mänskliga rättigheter.

Det sägs att det totala antalet väpnade konflikter i världen över tid minskar, vilket är svårt att greppa när man beaktar dagens rapporter om mänskligt lidande, sjukdom och våld i städer som Aleppo och Mosul.

»Det sägs att det totala antalet väpnade konflikter i världen över tid minskar, vilket är svårt att greppa ...«

MILITÄRA KONFLIKTER är av lättförståeliga skäl tätt förknippade med negativa hälsoeffekter. Jag grubblar en stund över den globala hälsans utveckling och Hans Roslings pedagogiska föreläsningar där färgglada bollar i rörelse visar hur barnadödligheten minskat i världens fattigaste länder, och den positiva utvecklingen i Bangladesh där information om vikten av färre barn per familj har förlängt kvinnornas medellivslängd med 20 år. Men bilden är inte entydig. Med det växande välståndet följer andra problem, som att antalet överviktiga i världen nu är fler än antalet undernärda, vilket aldrig tidigare inträffat i människohetens historia, och att typ 2-diabetes nu är världens snabbast växande sjukdom.

Den globala hälsan blir nog trots allt långsamt bättre, men visst finns det besvärande hack i kurvan.

Carl Johan Östgren, medicinsk redaktör
carl.johan.ostgren@lakartidningen.se



Öppna data kan öka kunskapsmassan och motverka fusk

EU, VETENSKAPSRÅDET, FINANSIÄRER OCH VETENSKAPLIGA TIDSKRIFTER STÄLLER NU KRAV PÅ ATT FORSKNINGSDATA GÖRS FRITT TILLGÄNGLIGA



Gustav Nilsonne, med dr, forskare, Karolinska institutet; Stockholms universitet
● gustav.nilsonne@ki.se



Rebecca Willén, fil dr, forskare, IGDORE (Globally Distributed Institute for Open Research and Education)

Det är god sed att bevara forskningsdata och att dela dem med andra forskare på begäran, om nödvändigt efter anonymisering. Universitet och högskolor har också en juridisk skyldighet att arkivera forskningsdata.

I praktiken är dock tillgången till data ofta beroende av den enskilde forskarens arkivreda och beredvillighet att dela med sig. Idealfallet är att forskaren kan förklara var data finns, hur filerna kan öppnas och hur variablerna kan identifieras samt tillhandahålla metadata som beskriver hur datasetet tagits fram.

Men dessvärre är det inte ovanligt att forskare har bytt dator eller arbetsplats, inte längre minns var data finns sparade eller har glömt bort vad variabelnamnen betyder eller hur data genererats och bearbetats [1, 2]. Det som hade kunnat upptäckas genom ny- eller omanalyser förblir då dolt och oupptäckt.

Varje gång ett dataset går ad mortem och blir funktionellt otillgängligt blir det svårare att få en korrekt överblick av fältets kunskapsläge. Risken för snedvridning (bias) ökar när andelen tillgängliga data minskar och effektskattningar blir mindre säkra. En vetenskaplig litteratur med ett växande antal påståenden om bevisade effekter men för vilka data inte längre kan granskas riskerar att få ett sjunkande samlat bevisvärde över tid.

Öppna data för att utvinna ny kunskap

Rapporter av kliniska prövningar och andra experiment innehåller ofta endast sammanfattningar av data och effektskattningar från statistiska modeller. Det fullständiga datasetet är vanligen mycket rikare och innehåller dessutom ofta värdefull information som inte analyserats och rapporterats.

Att förutsäga exakt vilka frågor som ett dataset kan besvara är svårt. Metaanalyser med aggregerade data ger bättre effektskattningar än enskilda studier, men metaanalyser med individdata ger ännu bättre effektskattningar. Detta beror bl a på att mer varians kan förklaras i statistiska modeller som använder variabler som har registrerats på individnivå. Heterogenitet som minskar skattningens säkerhet kan uppstå exempelvis om olika studier har analyserat data på skilda sätt, t ex genom att använda olika kovariat i regressionsmodeller. Om individdata är tillgängliga kan sådan heterogenitet övervinnas.

Tillgången på data påverkar också starkt risken för snedvridning (bias) i en metaanalys. Snedvridning uppstår exempelvis när vissa resultat inte har publicerats på grund av att fynden gick i en viss riktning eller saknade statistisk signifikans. Ju mer data som saknas, desto större blir risken för snedvridning. Ju mer aggregerade data är, desto sämre går det att hantera förväxlingsfaktorer [3].

För att en vetenskaplig rapport ska få sitt största värde som byggsten för kunskap är det därför angeläget att data görs tillgängliga, helst i så fullständig och obearbetad form som möjligt. I dag finns mycket goda möjligheter att publicera öppna data genom olika fältspecifika eller allmänna arkiv, ofta utan kostnad för den enskilde forskaren. En bra utgångspunkt är den lista över öppna arkiv som hålls av tidskriften Scientific Data (http://www.nature.com/sdata/policies/repositories#general).

Tvivelaktiga forskningspraktiker och fusk

Tvivelaktiga forskningspraktiker minskar forskningens tillförlitlighet. Ett exempel är utfallsväxling i kliniska prövningar: om det från början avsedda utfallsmåttet (t ex mortalitet) inte uppvisar några tydliga resultat, kan det hända att forskarna i stället lyfter fram ett annat utfallsmått (t ex radiologisk tumörprogress). Problemet med detta är förstås att om man använder tillräckligt många utfallsmått är det alltid något som visar en statistiskt signifikant effekt av ren slump.

Utfallsväxling kan därför skapa en missvisande bild av hur effektiv en behandling är. Med öppna data är det möjligt att omanalysera ett dataset, exempelvis i enlighet med den plan som angivits i ett preregistrerat studieprotokoll, för den händelse att den slutliga vetenskapliga rapporten avviker från protokollet utan övertygande skäl.

I ljuset av avslöjanden om oredlighet på svenska lärosäten är det angeläget att fundera över hur fusk och tvivelaktiga praktiker kan förebyggas. Centrala etikprövningsnämndens expertgrupp för oredlighet i forskning beslöt nyligen i ett fall med duplicerade fotomikrografier att det var oredligt att de rätta bilderna inte kunde visas upp på begäran [4]. Om de foton för vilka de publicerade bilderna uppgavs vara representativa hade publicerats öppet i ett digitalt arkiv, skulle det inte ha varit möjligt att på detta sätt tappa bort data.

Det är dessutom troligt att en oavsiktlig förväxling aldrig hade skett om man öppet arkiverat dem, eftersom arkiveringen medför att man noga går igenom och annoterar data. En eventuell avsiktlig för-

»Varje gång ett dataset går ad mortem och blir funktionellt otillgängligt blir det svårare att få en korrekt överblick av fältets kunskapsläge.«

HUVUDBUDSKAP

- Öppna data från kliniska prövningar och andra studier gör det möjligt att utvinna mer kunskap, minskar risken för snedvridning (bias) och kan motverka fusk.
- Krav på öppna data ställs nu av EU liksom av flera forskningsfinansiärer och vetenskapliga tidskrifter.
- Meritsättning av öppna data är en delvis olöst utmaning.



Illustration: Colourbox

Öppna och fritt tillgängliga forskningsdata ger både möjligheter och utmaningar.

växling hade lättare kunnat upptäckas av referentgranskare om de hade haft tillgång till hela materialet.

Etisk skyldighet mot forskningspersonerna

När forskningspersoner deltar i kliniska prövningar eller andra studier underkastar de sig risker och intrång för att bidra till kunskapsutvecklingen. Den etiska bedömningen av en studie grundar sig i en avvägning mellan risker och förväntad nytta. Kunskapsnyttan är beroende av att studiens resultat blir tillgängliga. Om data inte i någon form kan användas har försökspersonernas risker varit förgäves. Det ankommer på varje ägare av forskningsdata, särskilt från människor och djur, att se till att största möjliga kunskapsvärde kan utvinnas och helst återföras till den population från vilken data hämtats.

Data från människor måste anonymiseras på ett tillfredsställande sätt innan de publiceras. Kunskapsvärdet av att publicera data öppet måste balanseras mot risken för identifikation och uppgifternas känslighet. I de flesta fall kan risken för identifikation hanteras genom att variabler med unika värden (t ex ålder och kroppslängd) kategoriseras eller stryks.

Vissa typer av data, exempelvis radiologiska bilder, kan inte anonymiseras helt. Man måste då överväga vilka riskmodeller som kan vara aktuella, hur sannolika de är, och om ytterligare åtgärder kan vidtas för att minska risken, såsom att beskära bilderna. Exempelvis är det möjligt vid publicering av hjärnavbildningsdata att inte ta med ansiktsregionen.

Meritsättning av öppna data

Det är en utmaning för utvecklingen av öppna data att flytta det vetenskapliga meritvärdet från artefakten (publikationen) till själva innehållet (data, analyskod, tolkningar). På sätt och vis är detta bara en aspekt av det välkända problemet att författarlistor inte på något tydligt sätt avspeglar författarnas respektive bidrag till publikationen.

I New England Journal of Medicine har öppna data debatterats under året. Det började med att Dan Longo och Jeff Drazen, två av redaktörerna, i en ledare beklagade sig över risken för att »dataparasiter« ska snylta på andras arbete och publicera resultat från data som de själva inte samlat in [5]. I sociala medier väckte ledaren muntert löje.

Ändå pekar Longo och Drazen på en öm punkt: Till dess att vi har hittat ett sätt att meritvärdera öppna data är varje dataset en investering för den enskilde forskaren. Här vilar ett ansvar på forskningsfinansiärerna att utveckla riktlinjer som tydligt värdesätter forskningens innehåll i stället för potentiellt missvisande indikatorer såsom antalet publicerade artiklar.

En åtgärd som visat sig öka publicering av öppna data är att tidskriften sätter en digital stämpel (badge) på artikeln om den innehåller öppna data. När stämplar för öppna praktiker infördes i tidskriften Psychological Science ökade andelen artiklar med öppna data från mindre än 5 procent till över 40 procent [6]. Någon motsvarande ökning kunde inte observeras i jämförbara tidskrifter under samma tid.

Åtgärder för öppna data

Internationella tidskrifter och anslagsgivare har börjat kräva att forskningsdata och forskningsmaterial ska göras fritt tillgängliga, inte bara för andra forskare utan också för allmänheten (öppen tillgång eller »open access«). Vetenskapsrådet har föreslagit riktlinjer som innebär att forskningens resultat både i form av rapporter och data ska göras fritt tillgängliga senast från år 2025 [7].

Även EU är i färd med att införa krav på öppen tillgång, och det återstår att se hur dessa kommer att implementeras i Sverige och andra medlemsstater [8].

Vi ser fram emot att regeringen tar ställning till Vetenskapsrådets föreslagna riktlinjer. Forskningsfinansiärer borde väga in öppna data som kvalitetsmarkör vid beslut om anslag, och lärosäten borde göra det vid beslut om anställning och befordran.

Lärosäten och finansiärer borde också agera för att rädda viktiga dataset som riskerar att bli funktionellt otillgängliga. Prioritet bör ges åt sådana dataset som informerar klinisk och annan praktik, t ex data från kliniska prövningar, och åt dataset som är unika och svåra att återskapa.

Till sist vilar ansvaret för att värdesätta praktiker som stödjer reproducerbarhet på oss alla som är aktiva som forskare och tillsammans bygger upp vår vetenskapliga kultur.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:ELCU

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Vines TH, Albert AYK, Andrew RL, et al. The availability of research data declines rapidly with article age. Curr Biol. 2014;24(1):94-7.
3. Lakens D, Hilgard J, Staaks J. On the reproducibility of meta-analyses: six practical recommendations. BMC Psychol. 2016;4(1):24.
6. Kidwell MC, Lazarević LB, Baranski E, et al. Badges to acknowledge open practices: a simple, low-cost, effective method for increasing transparency. PLoS Biol. 2016;14(5):e1002456.
7. Vetenskapsrådet. Nationella riktlinjer för öppen tillgång till vetenskaplig information 27 jan 2016 [citerat 6 okt 2016]. http://www.vr.se/omvetenskapsradet/regeringsuppdrag/avrapporterade2015/avrapporterade2015/nationellariktlinjerforoppentillgangtillvetenskapligainformation.4.7e727b6e141e9ed702b1307e.html
8. The Netherlands EU Presidency 2016. Amsterdam Call for Action on Open Science. 7 apr 2016 [citerat 6 okt 2016]. https://english.eu2016.nl/documents/reports/2016/04/04/amsterdam-call-for-action-on-open-science

Vill du skriva en medicinsk kommentar?
Kontakta då anne.brynolf@lakartidningen.se
Läkartidningen

Inga negativa effekter av icke könsmatchade blodtransfusioner

▶ Egenreferat. I två studier publicerade tidigare i år fann man att mortaliteten ökade om patienter fick blodtransfusioner som inte var könsmatchade, det vill säga att män fick blod från kvinnor och vice versa.

I en nationell kohortstudie undersöktes sambandet mellan icke könsmatchade blodtransfusioner och överlevnad efter hjärtkirurgi. Totalt inkluderades 45 090 patienter från SWEDEHEART-registret, med information om blodtransfusioner hämtade från SCANDAT2-databasen, som genomgått hjärtkirurgi och fått minst en blodtransfusion under åren 1997–2012 i Sverige. Patienterna följdes i 30 dagar, 2 år respektive 10 år. De första 30 dagarna avled 205 patienter (1,9 procent) bland dem som fick könsmatchat blod jämfört med 1 701 (4,9 procent) bland dem som inte fick könsmatchat blod. De ojusterade sambanden mellan icke könsmatchade blodtransfusioner och död var starka och drivna framför allt av antal transfusioner på ett icke-linjärt sätt. Efter adekvat justering för förväxlingsfaktorer fanns dock inget samband mellan transfusioner med blod som inte var könsmatchat och risk för död inom 30 dagar (hazardkvot 0,97; 95 procents konfidensintervall 0,82–1,15). Sambanden såg liknande ut med 2 och 10 års uppföljningstid.

Baserat på studiens resultat menar vi att nuvarande rutiner, där man inte tar hänsyn till kön när man allokerar erytrocytkoncentrat till patienter i behov av blod, är helt säkra och inte behöver ändras.

Martin J Holzmann,
docent, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge; institutionen för medicin, Karolinska institutet, Stockholm

Gustaf Edgren,
docent, ST-läkare, Karolinska universitetssjukhuset, Solna; institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm

Holzmann MJ, Sartipy U, Olsson ML, Dickman P, Edgren G. Circulation. Epub 22 nov 2016. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025087

Läs mer! Hela artikeln på Läkartidningen.se



Foto: Christin Lola/Fotolia/TBL

Praktiskt taget alla aspekter av urininkontinens förekom hos nullipara kvinnor i alla åldrar.

Urininkontinens förekom även hos yngre kvinnor som inte fött barn

Egenreferat. Sedan två decennier finns entydiga data, från epidemiologiska studier, magnetkamera- och ultraljudsundersökningar, neurofysiologiska undersökningar och sfinktermanometri, som visar samband mellan vaginal förlossning och bäckenbottenskador. Skadorna resulterar ofta i kvarstående besvär av urin- och avföringsinkontinens och prolaps [1]. Samtidigt saknas information om vilken betydelse graviditeten i sig har jämfört med själva förlossningen. Det är också okänt hur stor skyddseffekten av kejsarsnitt kan förväntas vara. För att kunna besvara frågorna krävs systematisk undersökning av sådana bäckenbottenbesvär hos kvinnor som inte fött barn.

I en ny studie kartlades förekomsten av urininkontinens i en stor nationell kohort av icke-gravida, nullipara kvinnor [2]. Ett frågeformulär (brev- och webbaserat) skickades år 2014 till ett randomiserat urval av 20 000 kvinnor som identifierats i Register över totalbefolkningen (RTB). Formuläret innehöll 40 frågor om symtom på samt svårighetsgrad av bäckenbottenbesvär samt dess subjektiva påverkan och eventuella medicinska konsekvenser. Åldersberoende skillnader analyserades med den yngsta åldersgruppen som referens och korrigerades för aktuellt BMI.

Svarsfrekvensen var 52 procent och deltagarantalet var 9 197. Den kombinerade effekten av ålder och BMI var betydande. Urininkontinens ökade från 9,7 procent i den yngsta åldersgruppen (25–34 år) med BMI < 25 kg/m² till 48,4 procent bland de äldsta kvinnorna (55–64 år) med BMI ≥ 35 kg/m². Förekomsten av besvärande/störande urininkontinens ökade nästan trefalt med ålder, från 2,8 till 7,9 procent i hela gruppen. Bland kvinnor med inkontinens ökade motsvarande andel från 24,4 till 32,3 procent. Nokturi mer än en gång per natt ökade fyrfalt till 17,0 procent och urinläckage mer än en gång per vecka ökade trefalt till 12,8 procent bland de äldsta kvinnorna.

Blandinkontinens (kombinationen av ansträngnings- och trängningsinkontinens) ökade med åldern, från 22,9 procent till 40,9 procent bland de äldsta kvinnorna med inkontinens. Ansträngningsinkontinens minskade dock från 43,6 till 33,0 procent. Kirurgisk behandling hade utförts på 3 promille av hela nulliparagruppen.

Slutsatsen av studien var att praktiskt taget alla aspekter av urininkontinens förekom hos nullipara kvinnor i alla åldrar och att prevalensen ökade med stigande ålder. Det måste beaktas när nullipara kvinnor används som kontrollgrupp vid jämförelser med kvinnor som fött barn för att värdera effekten av graviditet och vaginalförlossning.

Maria Gyhagen,
överläkare, kvinnokliniken

Sigvard Åkervall,
överläkare, kirurgkliniken; båda Södra Älvsborgs sjukhus; Sahlgrenska akademin

1. Dietz HP, et al. Curr Opin Obstet Gynecol. 2016;28:441-8.
2. Al-Mukhtar Othman J, Åkervall S, Milsom I, Gyhagen M. Am J Obstet Gynecol. Epub 6 okt 2016. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.104

Läs mer!
Fler nya rön på Läkartidningen.se.

Strokestudie visar på brister i långsiktigt omhändertagande

Avhandling. Varje år drabbas ca 25 000–30 000 personer av stroke i Sverige. En knapp tredjedel avlider inom det första året, och bland dem som överlever blir ungefär en tredjedel helt återställda. Majoriteten har dock kvarvarande fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning, och rehabiliteringsinsatser är aktuella för de flesta.

Nya behandlingar vid akut stroke har lett till minskad risk för hjälpberoende och död. Betydligt mindre intresse har emellertid ägnats det långsiktiga omhändertagandet av personer med stroke. Prevalensen av stroke i befolkningen beräknas till knappt 2 procent, motsvarande minst 140 000 personer. Patientgruppen löper hög risk för strokerelaterade komplikationer och återinsjuknande. Det långsiktiga omhändertagandet sker i första hand i primärvården, och i dag saknas strukturerad uppföljning.

Riksstroke är det svenska kvalitetsregistret för strokesjukvård. I en ny avhandling undersöks data som samlats in under åren 2008–2010 och omfattar över 60 000 patienter, av vilka ca 35 000 av överlevarna efter ett år har följts upp.

I avhandlingen visas att 1 av 5 patienter rapporterar att deras behov av rehabilitering inte är tillgodosett ett år efter en stroke och att 1 av 4 patienter inte följts upp av läkare inom 3 månader efter en stroke. Vad gäller kvarvarande rehabiliteringsbehov och uppföljning är det särskilt utsatta patientgrupper av äldre och funktionsnedsatta som tycks hamna mellan stolarna.

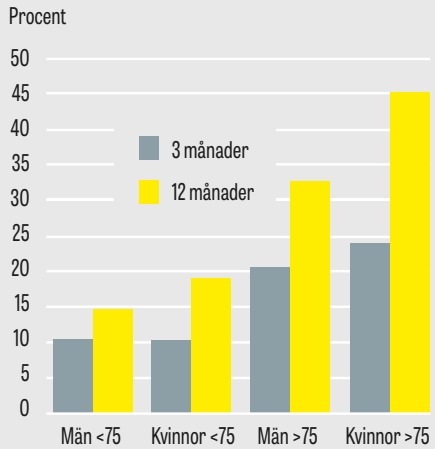
Behandling med strokeförebyggande läkemedel minskar under det första året efter stroke. Fortsatt användning är associerad med strokeuppföljning, men i övrigt hittades inga samband mellan läkemedelsanvändning och ålder, kön, utbildningsnivå eller ursprungsland.

> »... särskilt utsatta patientgrupper av äldre och funktionsnedsatta som tycks hamna mellan stolarna.«

Studien visar att ADL-beroende efter stroke (beroende av hjälp med basala dagliga aktiviteter som toalettbesök, påklädning eller förflyttning inomhus) ökade mellan 3 och 12 månader efter stroke (Figur 1). Speciellt äldre och i synnerhet kvinnor försämrades över tid. Orsakerna till försämring behöver studeras ytterligare.

Avhandlingen utgör den första djupgående analysen av Riksstrokes ettårsuppföljning. Resultaten speglar enligt vår uppfattning bristen på struktur i det långsiktiga omhändertagandet och väcker frågor om hur strokevården bör organiseras. Strukturerad uppföljning av stroke på ett nationellt plan tycks motiverad både för att uppnå en mer jämlik vård och en förbättrad kvalitet i det långsiktiga omhändertagandet och för att bevara de framgångar som ses i den akuta strokevården.

FIGUR 1. Andelen ADL-beroende



▶ Andelen ADL-beroende vid 3 respektive 12 månader efter stroke hos män och kvinnor under och över 75 år.

Teresa Ullberg,
ST-läkare, neurologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Ullberg T. Perspectives on post-stroke care and outcomes, analyses based on the 1-year follow-up from Riksstroke. Lund: Lunds universitet; 2016.

Behandling med warfarin kan bli bättre

▶ **Avhandling. I en ny avhandling beskrivs behandlingskvaliteten vid strokeförebyggande warfarinbehandling i Sverige. Två av delarbetena var stora retrospektiva registerstudier med tonvikt i ett kvalitetsregister för förmaksflimmer och antikoagulation (AURICULA).**

Den årliga risken för blödning och tromboembolism var relativt låg (2,24 respektive 2,66 procent), med 0,37 procents årlig risk för intracerebral blödning. Medelvärdet för den totala tiden i terapeutisk nivå (TTR) var 76,5 procent. Ingen skillnad sågs i komplikationsfrekvens mellan behandlingar styrda via antikoagulationsmottagningar och behandlingar styrda via primärvårdsenheter. Patienter med förmaksflimmer som påbörjade warfarinbehandling hade medelvärde för TTR på 68,6 procent med årlig risk för blödning och tromboembolism på 2,23 respektive 2,95 procent samt 0,44 procents årlig risk för intracerebral blödning. Resultatet är väl i paritet med resultat från randomiserade NOAK-studier. Ökad risk för komplikationer påvisades hos patienter med samtidig förskrivning av acetylsalicylsyra, som hade individuell TTR lägre än 70 procent eller hög INR-variabilitet.

För strokepatienter med förmaksflimmer kvarstod hela 69 procent på warfarin efter 2 års behandling. Strokepatienter med demens vid behandlingsstart löpte dubblerad risk att avbryta warfarinbehandlingen i förtid. Bara hälften av studerade behandlingsavslut uppskattades vara kliniskt väl motiverade.

För bättre utfall vid framtida warfarinbehandling i strokepreventivt syfte bör vi sträva mot individuell TTR över 70 procent. Vi bör även undvika samtidig förskrivning av acetylsalicylsyra och särskilt stödja utsatta patienter med exempelvis alkoholöverkonsumtion och demens. Behandlingsavslut bör därtill alltid baseras på solida medicinska argument.

Fredrik Björck,
överläkare, strokesektionen, Sundsvalls sjukhus

Björck F. Warfarin treatment quality in stroke prevention. Umeå: Umeå universitet; 2016.

Läs mer! Hela artikeln på Läkartidningen.se



Behandling vid KOL som bygger vidare på en stark grund

Ditt förtroende för, och din erfarenhet av, SPIRIVA® förstärkt med STRIVERDI®.[1–3] SPIOLTO® RESPIMAT®: Gör det lättare att andas.

Med RESPIMAT®-inhalatorn frigörs läkemedlet långsamt och mjukt,[1] vilket gör att det når djupt ner i lungorna.[4,5] Allt patienten behöver göra är att ta ett helt vanligt andetag.



SPIOLTO® RESPIMAT®

Spiolto® Respimat® (tiotropium+olodaterol), antikolinergikum i kombination med beta2-agonist, luftrörsvidgande, Rx, (F), 2,5 mikrogram/2,5 mikrogram, inhalationsvätska, lösning. **Indikation:** Spiolto Respimat är indicerat som bronkdilaterande underhållsbehandling för lindring av symtom hos vuxna patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). **Dosering:** 5 mikrogram tiotropium och 5 mikrogram olodaterol givet som två puffar från Respimat®-inhalatorn en gång per dygn, vid samma tidpunkt varje dag. Två puffar från Respimat-inhalatorn motsvarar en dos av läkemedlet. **Varningar och försiktighet:** Spiolto Respimat ska inte användas mot astma eller för behandling av akuta bronkospasmer. Spiolto Respimat ska användas med försiktighet till patienter med måttlig till svår njurfunktionsnedsättning, trångvinkelglaukom, prostatahyperplasi, blåshalsförträngning, hjärtinfarkt under det senaste året, instabil eller livshotande hjärtarytmi, sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt under det senaste året samt till patienter med diagnosen paroxysmal takykardi. Patienterna ska undvika att få Spiolto Respimat i ögonen. **Datum för senaste översyn av produktresumén: 2016-03-23.** För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se. ***Subventioneras endast för patienter som inte får tillräcklig effekt av långverkande antikolinergika eller långverkande beta-2-agonister som monoterapi.***

Referenser: 1. SPIOLTO® RESPIMAT® (tiotropium+olodaterol) produktresumé, www.fass.se. 2. Beeh KM, *et al. Pulm Pharmacol Ther* 2015; 32:53–59. 3. Buhl R, *et al. Eur Respir J* 2015;45(4):969–979. 4. Ciciliani AM, *et al. Respiratory Drug Delivery* 2014;2:453–456. 5. Pitcairn G, *et al. J Aerosol Med* 2005;18:264–272.

SPIRIVA® RESPIMAT®

Spiriva® Respimat® (tiotropium) Antikolinergikum, luftrörsvidgande, Rx, F, inhalationslösning 2,5 mikrogram. **Indikation KOL:** Underhållsbehandling för lindring av symtom hos patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). **Indikation Astma:** Tillägg vid bronkdilaterande underhållsbehandling hos vuxna patienter som redan har underhållsbehandling med en kombination av inhalerad kortikosteroid och långverkande beta-2-agonist och som har haft en eller flera allvarliga exacerbationer under föregående år. **Dosering:** 5 mikrogram tiotropium givet som två puffar från Respimat®-inhalatorn en gång per dygn. Två puffar från Respimat®-inhalatorn motsvarar en dos av läkemedlet. **Varningar och försiktighet:** Rekommenderas ej vid cystisk fibros. Ska inte användas för inledande behandling vid akuta attacker av bronkospasm, t ex som vid behovsbehandling. Försiktighet hos patienter med måttlig till svår njurfunktionsnedsättning, trångvinkelglaukom, prostatahyperplasi, blåshalsförträngning, hjärtinfarkt under det senaste halvåret, instabil eller livshotande arrytmi, medelsvår – svår hjärtsvikt som krävt sjukhusvård senaste året. Patienterna ska undvika att få Spiriva® i ögonen. **Förpackningar och styrkor:** Varje förpackning innehåller 1 st läkemedelsbehållare med 60 puffar à 2,5 mikrogram tiotropium (30 läkemedelsdoser à 5 mikrogram) och 1 st Respimat®- inhalator. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2016-03-23. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se.

STRIVERDI® RESPIMAT®

Striverdi® Respimat® (olodaterol), bronkvidgande beta2-agonist, Rx, F. Inhalationsvätska, lösning 2,5 mikrogram. **Indikation:** Striverdi® Respimat® är indicerat som bronkdilaterande underhållsbehandling hos patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). **Dosering:** 5 mikrogram olodaterol givet som två puffar från Respimat® -inhalatorn en gång per dygn, vid samma tidpunkt varje dag. Två puffar från Respimat® -inhalatorn motsvarar en dos av läkemedlet. **Kontraindicerat:** Överkänslighet mot Olodaterol eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Striverdi® Respimat® ska inte användas mot astma och akuta bronkospasmer. Försiktighet bör iakttas vid händelse av planerad operation med halogenerade kolväte anestetika. **Förpackningar och styrkor:** Varje förpackning innehåller 1 st läkemedelsbehållare med 60 puffar à 2,5 mikrogram olodaterol (30 läkemedelsdoser à 5 mikrogram) och 1st Respimat® -inhalator. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2016-03-24. För fullständig information och pris, se www.fass.se

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim AB, Box 47608, 117 94 Stockholm,
Tel: 08-721 21 00, Fax: 08-710 98 84, www.boehringer-ingelheim.se
www.kol.se

SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

Resp-16-116

TEMA
PALLIATIV MEDICIN

Den palliativa vården har utvecklats på senare år och är en angelägenhet för alla. Här tar vi upp några av de viktigaste områdena inom den palliativa medicinen.

2084 »Hoppas på det bästa, planera för det sämsta«

2088 Bostadsort avgör vårdens kvalitet

2092 Palliativregistret visar vård-kvaliteten

2094 Farmakologisk smärtlindring har central roll

2098 Avstå eller avbryta livsuppehållande åtgärd

2100 Svåra samtal med patienter tränas på kurs

2105 Om existentiell kris i livets slutskede

2109 Viktigt att stärka närstående i att förbereda sig

En vård som breddas och berör alla

Palliativ medicin har fått status som tilläggsspecialitet – det finns vägledning och rekommendationer från Socialstyrelsen, ett nationellt vårdprogram och ett palliativt kvalitetsregister. Den palliativa vården har utvecklats från en verksamhet som drevs av besjälade pionjärer som värnade de döende patienterna till något som de flesta som arbetar inom vården vill lära sig mer om och ha ökad tillgång till. Men det finns ännu inte särskilt många patienter och närstående som kräver god vård i livets slutskede på samma sätt som man förväntar sig internationell toppklass avseende avancerade kirurgiska ingrepp eller tillgång till den senaste antikroppen. Dålig prognos med kort förväntad överlevnad skrämmer oss alla. Och rädslan tycks många gånger begränsa sikten för oss, också professionellt.

Syftet med det här temanumret om palliativ medicin (ett tidigare publicerades 1999) är att fokusera på några av de viktigaste områdena inom den palliativa medicinen enligt European Association for Palliative Care: smärt- och symtomlindring, psykosociala, existentiella, etiska och legala aspekter, kommunikation samt teamarbete och självreflektion.

> »Dålig prognos med kort förväntad överlevnad skrämmer oss alla. Och rädslan tycks många gånger begränsa sikten för oss, också professionellt.«

Palliativ vård har traditionellt handlat om vård i livets slutskede, i första hand av patienter med cancer. När det palliativa perspektivet nu breddas till pediatriken samt till exempelvis neurologiska sjukdomar, hjärt- och njursvikt och KOL behövs specifik kompetens. Inom kommunernas äldreomsorg finns ett förändrat patientklientel med större behov av palliativ vård. I dag finns också stora behov av att integrera den palliativmedicinska kompetensen i all vård av patienter där sjukdomen förväntas leda till patientens död. Detta gäller framför allt inom sjukhusvården med allt fler palliativa konsultteam.

Men vilken klinisk och praktisk kompetens ska en specialist i palliativ medicin inneha? Specialisten ska kunna göra en helhetsbedömning av patientens behov och inkludera de närstående samt ha ordentlig kunskap om olika sjukdomsförlopp och möjligheter till sjukdomsspecifik behandling och symtomlindring. Han eller hon ska kunna vårda en döende patient och hantera svåra symtom i slutskedet med komplex familjedynamik inklusive kulturella motsättningar. Och sist men inte minst handlar det om att kunna leda ett palliativt team, och att kunna arbeta konsultativt, varvid kommunikativ förmåga och etisk kompetens kan utmanas.

För att den palliativa medicinen ska kunna utvecklas i Sverige är det naturligt att akademiska tjänster inrättas för läkare och för sjuksköterskor. Forskning kring hur vi ska mäta resultat av god palliativ vård bör vara prioriterad liksom hur vi ska utveckla effektiva vårdorganisationer. De universitet som bedriver läkarutbildning behöver prioritera kurser i palliativ medicin inom sina läkarprogram. Alla kliniskt inriktade ST-utbildningars nya B-mål i palliativ medicin är en tydlig signal om att alla läkare behöver grundläggande kompetens i palliativ vård, och inrättande av ST-block i palliativ medicin visar på behovet av att skapa specialistkompetens.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D6P7



GÄSTREDAKTÖR

Carl Johan Fürst, professor, Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet och Region Skåne

● carljohan.furst@med.lu.se

Gästredaktören bistår redaktionen med planering, granskning och artikelurval.



»Hoppas på det bästa, planera för det sämsta«

STORT VÄRDE I ATT IDENTIFIERA OCH KOMMUNICERA MED DÖENDE PATIENTER

Anna Milberg, docent, universitetslektor, överläkare, LaH Norrköping (Region Östergötlands specialiserade hemsjukvård); Palliativt kompetenscentrum i Östergötland; institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet
● anna.milberg@liu.se

Marit Karlsson, med dr, överläkare, adjungerad lektor, LaH Linköping (Region Östergötlands specialiserade hemsjukvård); institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet

»Mitt i livet händer det att döden kommer och tar mått på människan. Det besöket glöms och livet fortsätter. Men kostymen sys i det tysta.«

Det existentiella faktum att vi alla ska dö en dag kan, som i Tomas Tranströmers dikt ovan, kännas hotfullt och oroande. Kanske är det något vi försöker glömma i det dagliga livet. Döden kan innebära mycket negativt: att lida till följd av kroppslig svikt, att kanske förlora sin självständighet, att skiljas från sina kära. Och själva döden, det okända, är skrämmande. Vore det kanske bättre att slippa tänka på detta, både som patient och läkare? Studier har visat att läkare ogillar att prognostisera återstående livslängd och att de försöker undvika det [1]. Eller kan det finnas möjliga vinster med att identifiera de patienter som möjligen har kort tid kvar i livet, såväl för dem själva och deras närstående som för sjukvården?

Förutse behov hellre än exakt prognos

I Sverige dör ca 1 procent av befolkningen, vilket motsvarar drygt 90 000 personer, varje år. De flesta, ca 80 procent, avlider till följd av en progredierande sjukdom och har sannolikt under den sista tiden haft omfattande kontakt med hälso- och sjukvården, där beslut fattats om vårdens innehåll. Sjukvårdspersonal påverkar hur patientens liv och döende gestaltats – en arbetsuppgift att ta på allvar.

Forskning visar att personer under den sista tiden i livet, oavsett diagnos, ofta har många besvärande symtom som smärta, andfåddhet och fatigue [2-5]. Det finns i dag god kunskap om hur symtom kan lindras farmakologiskt och icke-farmakologiskt, om hur patienter och närstående kan stöttas och om vilka praktiska insatser som kan underlätta i vardagen. Och ändå finns flera patientupplevelser beskrivna där en svår sjukdomsperiod och sista tid i livet fyllts med otrygghet, lidande, hänvisningar runt i vården, otaliga timmar på akutmottagningar och dålig kontinuitet [6-8]. Att en patient med avancerad sjukdom som närmar sig livets slut kommer att behöva medicinska insatser för att lindra ökade besvär är förutsägbart, likaså att patienten kommer att bli tröttare och få behov av praktiskt stöd – det handlar inte om »om«, utan »när«. Vem följer upp patienten framöver? Vart ska patienten vända sig vid förväntad försämring, dag som natt? Att ligga steget före och utveckla en vårdplan för de behov som går att förutse minskar lidande och skapar trygghet.

Således, att prognostisera återstående livslängd handlar inte främst om att ge ett så korrekt svar som möjligt på frågan »hur lång tid har patienten kvar?«, utan om att kunna förutse de behov som patienten troligen kommer att ha och planera för hur dessa behov ska kunna mötas.

Att planera för att livets slut kan närma sig behöver dock inte betyda att ta ifrån patienten allt hopp. Vi kan tillsammans med patienten formulera att »vi hoppas på det bästa, men har en plan för om det inte blir så«, berätta om »vad vården då kan göra för att underlätta för dig och din familj« och ge patienten chans att fundera på: »Hur skulle du vilja ha det den sista tiden i livet? Hur kan vi hjälpa till?« Om det fortsätter bra är ju det fint och en bonus, men om det blir sämre är vi beredda, vilket ger trygghet.

Viktiga etiska värden kan främjas

Viktiga värden bör främjas när vi identifierar en patient som kan ha kort tid kvar, som ökat självbestämmande (autonomi), ökad livskvalitet och minskat lidande.

För att patienten ska ha möjlighet till delaktighet i beslut om vårdens utformning krävs anpassad information till patienten om situationen och de möjliga val som föreligger kring till exempel utredningar, behandlingar, vårdplats och dödsplats. »Svåra samtal i dag underlättar svåra beslut i framtiden«, skriver American Heart Association i sina riktlinjer [9]. Patienten bör ha en möjlighet att uttrycka sin inställning till livsuppehållande behandlingar, vilket kan planeras och dokumenteras tillsammans med ansvarig läkare. Men informationen om att tiden kan vara begränsad ger även patienten en chans att förbere-

HUVUDBUDSKAP

- Det finns stora värden i att identifiera patienter som har en begränsad återstående livslängd: 1) för att bedöma och planera för möjliga kommande vårdbehov och på så sätt minska lidande hos patienter och närstående, 2) för att ge patienten chans att själv fundera på vad som är värdefullt för hen om det skulle vara så att tiden kvar i livet är begränsad.
- Det finns visst stöd att få i prognostiska instrument, men de har stor osäkerhet på individnivå, och att identifiera patienter som närmar sig livets slut handlar mycket om en klinisk bedömning där såväl generella tecken på allmän försämring som sjukdomsspecifika tecken vägs in.

FAKTA 1. Tre frågor läkare kan ställa sig för att lättare identifiera patienter som närmar sig livets slut.

- Skulle du bli förvånad om den här patienten dör inom de närmaste månaderna/veckorna/ dagarna?
- Finns generella tecken på allmän försämring/avtackling som lett till ökat behov av vård eller plan att avstå från livsuppehållande behandling (se Fakta 2)?
- Finns sjukdomsspecifika tecken på försämring (se Figur 1-3)?

FAKTA 2. Generella tecken på allmän försämring/ avtackling som lett till ökande behov av vård eller plan att avstå från livsuppehållande behandling.

- Nedsatt funktionsnivå (performance), till exempel ligger eller sitter mycket och/eller har ökat behov av stöd i de flesta dagliga aktiviteter [23, 25, 29].
- Avancerad sjukdom med instabila, tilltagande komplexa symtom [15].
- Patienten svarar sämre på behandlingar; minskad reversibilitet [15].
- Försämrat nutritionsstatus, till exempel tilltagande viktnedgång de senaste 6 månaderna (>10 procent), aptitlöshet [15, 23, 34].
- Upprepade akuta inläggningar [15].
- Serumalbumin < 25 g/l [15, 23, 36].

da sig i ett större perspektiv och anpassa sitt liv inför livets slut, att ta ställning till vad som är viktigt och kanske fatta viktiga beslut. Det kan handla om sådant som är av värde för den enskilde: att göra något särskilt, möta någon, att rensa upp, ordna och avsluta sina affärer eller relationer, skriva testamente eller ordna för närstående [10].

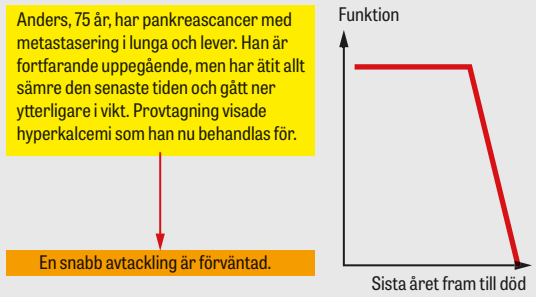
När tiden är kort bör den i grunden etiska bedömningen av utredningars och behandlingars nytta framträda allt tydligare. Att utsätta patienten för en plågsam eller krävande utredning eller behandling, när nyttan av denna är liten, bör ifrågasättas. Intensiva behandlingar och mindre betydande utredningar kan väljas bort till förmån för symtomlindrande behandling som ökar välbefinnandet och minskar lidandet. Vårdinnehållet bör anpassas och såväl undervård som övervård undvikas. Information om prognos ger också möjlighet för närstående att hinna förbereda sig för patientens bortgång.

När börjar en patient närma sig livets slut?

Man kan fundera på hur nära inför dödsögonblicket man som läkare ska börja betrakta en person som döende. I Sverige saknas definition av livets slut (till exempel i Socialstyrelsens termbank), medan man i exempelvis Storbritannien beslutat att betrakta de sista 12 månaderna i livet som livets slut och att en diskussion explicit om döden borde initieras när patienten troligen kommer att avlida inom 12 månader [11, 12]. Vi – författarna av den här artikeln – tänker oss att när man som läkare gör en bedömning att patienten inte har mer än 6–12 månaders återstående livslängd så är det ofta klokt att initiera ett samtal med patienten om

FIGUR 1. Cancer

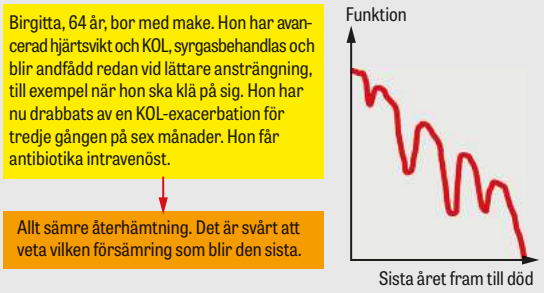
Sjukdomsspecifika tecken på försämring: anorexi–kakexisyndrom (med till exempel viktnedgång, aptitlöshet, sväljningssvårigheter, muntorrhet), förvirring, dyspné, leukocytos, lymfocytopeni, CRP-stegring [21, 25, 33, 36].



▶ Vid cancer ses ofta hög funktionsnivå i början av sista året i livet, men sänkt funktion de tre sista månaderna.

FIGUR 2. Organsvikt

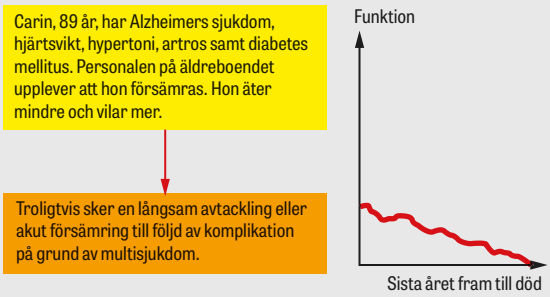
Sjukdomsspecifika tecken på försämring
– vid hjärtsvikt: NYHA (New York Heart Association)-klass IIIb–IV – andfådd i vila eller vid liten ansträngning, upprepade inläggningar på grund av hjärtsvikt, svåra symtom trots optimerad behandling, tilltagande njursvikt [17, 26].
– vid KOL: återinläggningar på grund av KOL, svår sjukdom (till exempel FEV_1 < 30 procent), nedsatt fysisk aktivitet, anorexi [4-5, 27].



▶ Vid organsvikt (framför allt hjärt- och lungsvikt) ses fluktuerande funktionsnedsättning med påtagligt nedsatt funktion de tre sista månaderna.

FIGUR 3. Skörhet

Sjukdomsspecifika tecken på försämring
– vid skörhet: gradvis försämring av fysisk funktionsnivå, låg gånghastighet, viktnedgång, svaghet [31, 34].
– vid demens: gradvis försämring av fysisk funktionsnivå och kognition, stort ADL-behov, ätproblem, viktnedgång, återkommande feber, pneumoni [35].



▶ Vid skörhet (frailty) ses nedsatt funktionsnivå hela sista året i livet med stort beroende av hjälp sista månaden.

situationen och påbörja planering för att möta potentiella kommande vårdbehov.

Osäkerhet vid bedömningar

Att med precision identifiera de patienter som närmar sig livets slut är dessvärre inte helt lätt. Forskning har visat att läkare ofta är överoptimistiska i sina kliniska bedömningar vad gäller patienters återstående överlevnadstid [13]. I en studie av läkares prediktion av överlevnad hos patienter som remitterades till hospis (n = 468) fann man att 63 procent var överoptimistiska med en faktor på 5,3 i läkarens uppskattning av återstående överlevnadstid [14]. Även om kliniker konsekvent överskattar patienters överlevnadstid så är deras prediktioner ändå starkt korrelerade med vilka patienter som närmar sig livets slut [13].

Det brittiska National GSF (Gold Standards Framework) Centre in End of Life Care har föreslagit tre frågor som läkare kan ställa sig för att lättare identifiera patienter som närmar sig livets slut [15], se Fakta 1. Frågorna har utvecklats utifrån en konsensuspanel av läkare i ett försök att identifiera kort överlevnad och komplexa vårdbehov med hjälp av enkla kriterier tillgängliga i den kliniska vardagen. En av frågorna är »förvåningsfrågan«: »Would you be surprised if this patient died in the next year?« När allmänläkare använde den för att bedöma överlevnadsprognos hos patienter med avancerad cancer (n = 231) så fungerade den rätt så bra (sensitivitet 69 procent; specificitet 84 procent) [16]. GSF-modellen verkar dock ha relativt låg specificitet, 22 procent (sensitivitet 83 procent) för att predicera 1-årsöverlevnad hos patienter med avancerad hjärtsvikt (NYHA III–IV), men både högre specificitet och sensitivitet (63 procent respektive 92 procent) för prediktion av 1-årsöverlevnad hos sjukhusvårdade patienter (46,5 procent med cancer) [17, 18].

Prognostiska instrument har också utvecklats, men även de två mest validerade och använda skalorna för prediktion av överlevnad hos patienter i ett senare palliativt sjukdomsskede (Palliative prognostic index; Palliative prognostic score) har visat varierande korrelation med överlevnadstid, och de används inte i rutinsjukvård [19-24].

Allmän och sjukdomsspecifik försämring kan vägleda

Generella indikatorer, oavsett diagnos, på att livets slut närmar sig har identifierats, se Fakta 2, liksom mer sjukdomsspecifika tecken på försämring, se Figur 1-3. Tidigare i sjukdomsförloppet vid cancer kan tumörrelaterade faktorer vara av stort värde (till exempel primärtumörens lokalisation, storlek och gradering), men i livets slutskede är faktorer relaterade till individen, såsom symtom och funktionsnivå, mer betydelsefulla [25].

När det gäller att prognostisera överlevnad vid hjärtsvikt och KOL har studier visat att det är ännu svårare än hos patienter med cancer att exakt bedöma återstående livslängd; däremot kan man med viss precision bedöma att patienten har begränsad återstående livslängd och sannolikt ett palliativt vårdbehov [4, 5, 17, 26-28].

Typiska dödsförlopp identifierade

Enskilda symtom eller avvikande laboratorieresultat kan alltså vara vägledande för att bedöma om patienten närmar sig livets slut, men även sjukdomsförloppet i sig kan ge information. I en studie visades att patienternas (n = 4 190) fysiska funktionsnedsättning det sista året i livet skiljde sig åt mellan fyra typer av sjukdomsförlopp: plötslig död, död till följd av cancer, organsvikt (till exempel svår hjärtsvikt och avancerad KOL) respektive skörhet [29]. Dessa typiska förlopp kan vara till hjälp när man har den enskilda patienten med avancerad sjukdom framför sig och funderar över förväntad överlevnad, förlopp och möjliga vårdbehov, se Figur 1-3 [4, 5, 17, 21, 25-27, 30-36].

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D6PA

REFERENSER

2. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006;31:58-69.
14. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ. 2000;320:469-72.
15. The Gold Standards Framework. The GSF Prognostic Indicator Guidance. 4th edition. October 2011 [citerat 25 feb 2016]. http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf
16. Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al. The »surprise« question in advanced cancer patients: a prospective study among general practitioners. Palliat Med. 2014;28:959-64.
17. Haga K, Murray S, Reid J, et al. Identifying community based chronic heart failure patients in the last year of life: a comparison of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guide and the Seattle Heart Failure Model. Heart. 2012;98:579-83.
18. O'Callaghan A, Laking G, Frey R, et al. Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. Palliat Med. 2014;28:1046-52.
19. Baba M, Maeda I, Morita T, et al. Independent validation of the modified prognosis palliative care study predictor models in three palliative care settings. J Pain Symptom Manage. 2015;49:853-60.
20. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 1999;17:240-7.
23. Glare PA, Sinclair CT. Palliative medicine review: prognostication. J Palliat Med. 2008;11:84-103.
24. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer. 1999;7:128-33.
25. Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MH. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. Support Care Cancer. 2006;14:999-1011.
26. Gadoud A, Jenkins SM, Hogg KJ. Palliative care for people with heart failure: summary of current evidence and future direction. Palliat Med. 2013;27:822-8.
27. Elkington H, White P, Addington-Hall J, et al. The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. Palliat Med. 2005;19:485-91.
28. Lemond L, Allen LA. Palliative care and hospice in advanced heart failure. Prog Cardiovasc Dis. 2011;54:168-78.
29. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA. 2003;289:2387-92.
31. Taekema DG, Gussekloo J, Westendorp RG, et al. Predicting survival in oldest old people. Am J Med. 2012;125:1188-94.e1.
32. Hogg KJ, Jenkins SM. Prognostication or identification of palliative needs in advanced heart failure: where should the focus lie? Heart. 2012;98:523-4.
33. Trajkovic-Vidakovic M, de Graeff A, Voest EE, et al. Symptoms tell it all: a systematic review of the value of symptom assessment to predict survival in advanced cancer patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2012;84:130-48.
34. Kane RL, Shamliyan T, Talley K, et al. The association between geriatric syndromes and survival. J Am Geriatr Soc. 2012;60:896-904.
35. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361:1529-38.

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 Inger Haraldsson 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 Seniora Läkares förening 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 · Bayer Science For A Better Life · MSD Be well · Bristol-Myers Squibb Pfizer

Bostadsort avgör den palliativa vårdens resurser och kvalitet

SATSNINGAR FÖR ATT ÖKA KOMPETENSEN BEHÖVS

Bertil Axelsson, docent, överläkare, Umeå universitet, palliativa enheten, Östersund
Bertil.axelsson@regionjh.se

Bengt Sallerfors, docent, medicinsk rådgivare

Carl Johan Fürst, professor, överläkare, institutionen för kliniska vetenskaper; båda Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet, Region Skåne, Lund

I Sverige kommer nästan alla som föds och alla som dör i kontakt med hälso- och sjukvården. I hela landet finns en likartad organisation av mödra- och barnhälsovård där patienter med komplexa tillstånd kan remitteras till specialistvård på det närmaste sjukhuset eller till och med till universitetssjukhus. I andra änden av livet har vården en betydligt mer varierad organisation. En viss andel av populationen dör plötsligt och oförutsett utan sjukvårdens inblandning, men baserat på Socialstyrelsens officiella dödsorsaksstatistik och Svenska palliativregistret dör drygt 80 procent förväntat efter en kortare eller längre tids sjukdom [1]. Det innebär att drygt 70 000 personer per år behöver någon form av palliativ vård den sista tiden i livet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ges på lika villkor för hela befolkningen, och den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Men i slutet av livet är det alltför ofta bostadsorten som avgör den palliativa vårdens resurser och kvalitet trots att vård i livets slutskede ingår i prioriteringsgrupp 1 enligt Statens offentliga utredningar [2].

Patientens behov

Att ta reda på och fastställa vilka behov patienter och närstående har kan vara en stor utmaning, liksom att besluta på vilket sätt dessa behov rimligtvis ska tillgodoses. Den enskilda vårdenhetens förmåga att kunna ta reda på och tillgodose patienternas behov varierar utifrån de multiprofessionella medarbetarnas kunskaper, erfarenhet, lyhördhet och resurser. Via registreringarna i Svenska palliativregistret vet vi till exempel att systematisk symtomskattning under sista veckan i livet bara sker för 22 procent av de avlidna patienterna och dokumenterad smärtskattning för 38 procent.

Allmän palliativ vård

Rent generellt kallas den palliativa vård som alla vårdanställda ska kunna tillhandahålla utifrån sin grundutbildning för allmän palliativ vård [3]. Det handlar exempelvis om att kunna bedöma behov och ge basal symtomlindring, att förstå när en patient är döende och att kunna kommunicera med patienten och de närstående. När det rör sig om komplexa behov som överstiger det lokala teamets kompetens och/eller resurser krävs insatser av ett specialiserat palliativt team, se nedan. För att den allmänna palliativa vården ska kunna möta patienternas behov krävs att undervisning i palliativ vård ingår i samtliga vårdutbildningar på grundnivå och att det finns organisatoriska förutsättningar i vårdens vardag. I dag ges 2–15 timmars utbildning i palliativ medicin på våra läkarutbildningar i Sverige [4]. Den europeiska föreningen för palliativ vård (EAPC) rekommenderar 40 timmars utbildning i palliativ medicin under läkarutbildningen fram till läkarexamen [5]. Utbildningen bör innehålla smärt- och symtomlindring, psykosociala, existentiella, etiska och legala aspekter, kommunikation samt teamarbete och självreflektion.

Allmän palliativ vård i kommunala vårdformer

Cirka hälften av alla som dör årligen i Sverige dör och vårdas sista tiden i livet i vårdformer där distriktsläkaren har det medicinska ansvaret [6]. Omsorgsfull planering är en förutsättning för god palliativ vård men hjälper inte alltid. Läkaren med ansvar för en döende patient behöver ha kännedom om sjukdomshistorien, ge stöd till ansvariga sjuksköterskor, revidera medicinlistor, undersöka patienten, diskutera med närstående och dokumentera. Tidsbrist och praktiska möjligheter att med kort varsel besöka en patient på långt håll samt olika datoriserade journalsystem på boende och vårdcentral utgör ytterligare utmaningar.

> **»Att ta reda på och fastställa vilka behov en patient och dess närstående har kan vara en stor utmaning …«**

HUVUDBUDSKAP

- Tillgången till palliativ vård är ojämlikt fördelad över Sverige och möter därmed inte behoven.
- Den palliativa vårdens helhetssyn står ibland i kontrast till sjukvårdens organ- och sjukdomsperspektiv.
- Palliativa konsultteam kan ge möjlighet att möta specialiserade palliativa behov hos patienter inom primärvård, kommunala boendeformer och akutsjukvården.
- Satsningar för att öka kompetensen inom palliativ vård behövs inom universitets- och högskoleutbildningar och inom specialist- och vidareutbildningar.
- Organiserat samarbete mellan landsting, kommuner och primärvård är avgörande för patienter i livets slutskede.

Därtill varierar förutsättningarna för att kunna tillgodose patienternas behov, alltifrån demensboende med långsamma förlopp och långa vårdtider till korttidsplatser med svårt sjuka vårdtagare där en stor andel avlider under vårdtiden.

Allmän palliativ vård på sjukhus

På sjukhusens vårdavdelningar är organisationen av den allmänna palliativa vården i många fall bristfällig. Ofta inser man inte behoven av palliativ vård för alla de obotligt sjuka som vårdas; patienter med exempelvis svår hjärtsvikt, KOL, njursvikt, demens och uttalad multisjuklighet. Palliativ vård förknippas fortfarande med cancer. Kompetens i palliativ vård kan finnas hos enskilda läkare, sjuksköterskor eller annan personal men tyvärr är förhållningssättet oftast reaktivt i stället för att vara tydligt proaktivt. Ett exempel är att det ofta saknas ett tydligt mål med vården framöver och gemensam planering när patienten skrivs ut, vilket ökar risken för snar återinläggning. En epikris med tydlig information om planering är ovärderlig när distriktsläkaren och sjuksköterskan i hemsjukvården ska ta ställning till hur vården ska läggas upp och om och när den sjuke eventuellt ska skickas tillbaka till sjukhus.



Foto: Fotolia/TBL

»Det innebär att man inte har samma möjlighet att välja att vårdas och dö i det egna hemmet i Norrbotten som i Kalmar län.«

Specialiserad palliativ vård

För att kunna leva upp till detta behöver palliativ medicin och palliativ omvårdnad vara självklara obligatoriska moment i grundutbildningarna av läkare och sjuksköterskor. För att säkra tillgången på kompetenta lärare behövs akademiska tjänster inom dessa ämnen. Palliativ medicin är sedan 2015 en tilläggsspecialitet för läkare, och det finns förväntningar på inrättande av tjänster för ST-läkare i palliativ medicin.

Den specialiserade palliativa vården har i dag olika organisation och struktur i landets olika regioner och landsting. Utvecklingen av olika specialiserade enheter har styrts av lokala eldsjälar och lokala politiska

TABELL 1. Tillgång till specialiserad palliativ vård 2015. Totalt antal dödsfall enligt Befolkningsregistret, andel rapporterade dödsfall till Svenska palliativregistret (SPR) och andel avlidna med olika insatser från specialiserad palliativ vård samt andel avlidna i eget hem.

Län/region	Totalt antal dödsfall (n)	Täckningsgrad i SPR (procent)	Avlidna med specialiserad palliativ vård			Avlidna i eget hem
			Hemsjukvård (procent)	Slutenvård (procent)	Konsultstöd (procent)	Totalt (procent)
Blekinge	1 687	72,1	0,9	2,8	5,8	4,9
Dalarna	3 174	66,6	6,4	3,7	3,3	7,4
Gotland	629	73,6	4,3	11,1	3,5	5,2
Gävleborg	3 371	75,2	2,1	0	4,8	6,7
Halland	2 799	67,7	0,9	4,3	8,1	7,7
Jämtland	1 501	66,3	4,8	0	6,3	8,7
Jönköping	3 391	74,2	2,1	2,9	6,7	8,4
Kalmar	2 772	70,4	1,3	3,9	5,3	13,8
Kronoberg	1 847	70,2	2,9	0	6,5	8,4
Norrbotten	2 824	54,7	0,3	7,3	2,9	1,9
Sörmland	2 923	63,3	3,9	5,5	2,1	5,2
Uppsala	2 754	64,4	2,6	10,7	2,4	3,1
Värmland	3 250	68,8	1,6	2	6,3	6,2
Västerbotten	2 663	63,4	3	5,6	4,4	3,9
Västernorrland	3 018	59,7	3	3,9	2,3	4,7
Västmanland	2 609	68	2,4	8,5	1,6	2,4
Örebro	2 941	70,1	1	6,8	3,6	6
Östergötland	4 158	69,7	6,6	6,3	3,3	7,9
Skåne	11 795	63,7	5,7	9	2,6	7,8
Stockholm	15 843	58	5,4	14	0,7	5,4
Västra Götaland	14 981	69,2	1,5	5	4,7	5,9
Riket	**90 930**	**65,4**				

initiativ. Det splittrade vårdutbudet speglas i den stora variationen i benämningar, exempelvis avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), lasarettsansluten hemsjukvård (LAH), rådgivnings- eller konsultteam, specialiserade slutenvårdsplatser och hospice. Bristen på enhetliga strukturer gör att orättvisorna utifrån geografi (Fakta 1), diagnos [7, 8], ålder [9] och vårdenhetstyp [10] är stora. Flera specialiserade palliativa team tar inte emot barn under 18 år och har en medelålder på sina patienter på strax över 70 år trots att medellivslängden i befolkningen är drygt 80 år. Resultat från Palliativregistret och registerstudier bekräftar dominansen av cancerpatienter inom specialiserad palliativ vård trots att många patienter med andra diagnoser har lika komplexa behov [11].

FAKTA 1. Vårdformer för specialiserad palliativ vård

PALLIATIV SLUTENVÅRD/HOSPICE
- Vårdplatser för specialiserad palliativ vård med multiprofessionell kompetens. Kan ligga i anslutning till sjukhus eller fristående från dessa.

AVANCERAD SJUKVÅRD I HEMMET (ASIH)
- Specialiserad palliativ vård av patienter, vanligen i eget hem.
- Den specialiserade palliativa vården har vårdansvaret och är organisatoriskt ofta knuten till enheten för palliativ slutenvård.
- Patienten har inte sällan ett samtidigt behov av kommunal omsorg. Formerna för samverkan varierar beroende på de lokala förutsättningarna.

PALLIATIVA KONSULTTEAM ELLER RÅDGIVNINGSTEAM
- Konsultativa insatser av multiprofessionell specialiserad palliativ vård till sjukhus, primärvård och kommuner.

Varierande organisation över landet

Traditionellt har de specialiserade palliativa hemsjukvårdsteamen (exempelvis ASIH) haft aktionsradier på upp till 3–4 mil från centralorten. Teamen är ofta knutna till en palliativ slutenvårdsenhet och blir spindlar i nätet av samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun. I glesbygd kan ett palliativt konsult- och rådgivningsteam ha den sammanhållande rollen. På allt fler ställen i landet finns insikten att man måste kunna ge stöd över hela länets/regionens yta. Möjligheten till specialiserat palliativt kompetensstöd om man vårdas på sjukhus eller i kommunala boendeformer är på många ställen obefintlig trots att cirka 77 procent av alla i livets slutskede vårdas där [7].

Konsekvenserna av den specialiserade palliativa vårdens varierande organisation över landet framkommer tydligt i Palliativregistrets årsrapport från 2015, Tabell 1 [10]. Andelen som dör i det egna hemmet varierar stort mellan länen, från 2 procent i Norrbotten till 14 procent i Kalmar län. Andelen avlidna patienter som fått tillgång till någon form av specialiserat palliativt kompetensstöd varierar från 7 procent i Gävleborg till 18 procent i Stockholm. I Jämtland och Gävleborg finns ingen specialiserad palliativ slutenvård medan 13 procent av alla dödsfall i Stockholm sker i denna vårdform. Andelen som dör i specialiserad palliativ hemsjukvård varierar mellan 0,3 procent i Norrbotten och knappt 7 procent i Östergötland.

Troligen belyser inte dessa siffror reella skillnader i befolkningens behov utan är snarare ett uttryck för skillnader i hur vården är organiserad. Det innebär att man inte har samma möjlighet att välja att vårdas och dö i det egna hemmet i Norrbotten som i Kalmar län. Behoven av specialiserad palliativ kompetens är desamma i Stockholm som i Gävleborg men tillgången till den specialiserade palliativa vården eller samverkan mellan olika vårdformer skiljer sig åt.

Landsting och regioner behöver tillsammans med kommuner skapa en organisation som garanterar täckning över hela den geografiska ytan för att möta patienternas behov av palliativ vård dygnet runt oavsett diagnos, ålder eller vårdform. Specialiserade palliativa vårdplatser på de större sjukhusen behövs för att driva undervisning och forskning framåt i nära anslutning till läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal under utbildning. I Storbritannien har de allra flesta sjukhusen startat palliativa konsult- och rådgivningsteam under de senaste 10–15 åren, och från USA kommer allt fler rapporter om dessa teams möjlighet att spara både lidande och kostnader [12, 13]. Palliativa konsultteam kan vara ett ändamålsenligt sätt att möta specialiserade palliativmedicinska behov hos patienter som inte är inskrivna på specialiserade palliativa enheter. Konsultinsatser kan dessutom ge stöd till primärvård och kommunala vårdformer samt till akutsjukhus.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4FM

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Årsrapport för Svenska palliativregistret verksamhetsåret 2012. p. 36-48. http://media.palliativ.se/2015/08/arsrapport2012.pdf
2. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
3. Socialstyrelsens termbank. http://termbank.socialstyrelsen.se/?fTerm=a
4. Svensk förening för palliativ medicin. Rapport från SFPM-arbetsgrupp palliativ medicin på läkarprogrammen [citerat 23 feb 2016]. http://www.slf.se/upload/Intresseforeningar/SFPM/Rapport%20arbetsgrupp%20palliativ%20medicin%20på%20läkarprogrammet.pdf
5. European Association for Palliative Care. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European medical schools. p. 10. [citerat 23 feb 2016]. www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3D
6. Svenska palliativregistret. https://data.palliativ.se/app/utdata/RapportBF.aspx
7. Ahmadi Z, Lundström S, Janson C, et al. End of life care in oxygen-dependent COPD and cancer: a national population based study. Eur Respir J. 2015;46(4):1190-3.
8. Brännström M, Hägglund L, Fürst CJ, et al. Unequal care for dying patients in Sweden – a comparative registry study of deaths from heart disease and cancer. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012;11:454-9.
9. Lindskog M, Tavelin B, Lundström S. Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality – a population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. Eur J Cancer. 2015;51(10):1331-9.
10. Årsrapport för Svenska palliativregistret verksamhetsåret 2012. s. 39-44. http://media.palliativ.se/2015/08/Svenska-palliativregistret-årsrapport-2015_2.pdf
11. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006;31(1):58-69.
12. Bruera E, Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers. J Palliat Med. 201;15(11):1261-9.
13. May P, Normand C, Morrison S. Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research. J Palliat Med. 2014;17(9):1054-63.







Nu tar vi första steget!

Efter år av förberedelser är det äntligen dags. I november börjar Karolinska Universitetssjukhusets flytt in i den nya sjukhusbyggnaden på Eugeniavägen 23 i Solna.

Först ut är hjärt-, lung- och thoraxverksamheterna som flyttar den 20 november. Stora delar av barnsjukvården, inklusive barnakutmottagningen, på Astrid Lindgrens Barnsjukhus flyttar den 27 november. När hela byggnaden står klar 2018 flyttar även övriga verksamheter in.

Den nya sjukhusbyggnaden blir ett av världens mest hållbara och miljövänliga universitetssjukhus. Lokalerna är anpassade för att bedriva högspecialiserad vård integrerat med forskning och utbildning.

Mer information finns på www.karolinska.se

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Svenska palliativregistret visar kvaliteten på vård vid livets slut

GER STÖD OCH HJÄLP ÅT VÅRDENHETER FÖR KONTINUERLIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Bertil Axelsson, docent, överläkare, palliativa enheten Östersund, Umeå universitet
● bertil.axelsson@regionjh.se

Lena Lundorff, överläkare, palliativa enheten, NU-sjukvården, Uddevalla

Greger Fransson, överläkare, registerhållare, Kalmar; samtliga medlemmar, Svenska palliativregistrets ledningsgrupp

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som startade 2005. Starten föregicks av en flerårig diskussion hur det skulle vara möjligt att mäta kvalitet i »livets utförsbacke« och hos patienter som blir svagare och mer kognitivt påverkade efter hand. När vi till slut fokuserade på det palliativa vårdinnehållet under sista veckan/dagarna i livet och lät inblandad personal rapportera data blev det mer avgränsat och hanterligt.

Data från webbenkät med 30 frågor

Huvudsakligt fokus blev att alla obotligt sjuka och döende som dör en väntad död ska erbjudas vissa åtgärder som bedöms vara en förutsättning för god lindring och trygg vård i livets slutskede. Egna erfarenheter och värderingar hos styrgruppens medlemmar (fyra läkare och fyra sjuksköterskor med mångårig arbetserfarenhet av palliativ vård) användes för att kondensera British Geriatric Societys punkter för en god död [1] till följande punkter:

Jag ...
- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd.

I hur stor utsträckning dessa punkter uppfylls registreras via en webbenkät med 30 frågor som fylls i av personalen på den vårdenhet där patienten avlider.

Omedelbart när resultaten är inmatade är de tillgängliga i registrets utdataportal. Endast den enskilda vårdenhetens personal kan efter inloggning komma åt sina egna resultat. På aggregerad nivå (t ex kommun-, läns-/region- och vårdtypsnivå) kan vem som helst få fram data via Svenska palliativregistrets webbplats (www.palliativ.se). Via urvalsknappar kan mer selektiva resultat plockas fram beroende på åldersgrupp, diagnos och vårdenhet.

Genom registreringarna blir det också möjligt för verksamheterna att se hur väl grunderna i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård efterlevs. För närvarande kan åtta av nio av de kvalitetsindikatorer för god palliativ vård som Socialstyrelsen föreslagit erhållas ur Svenska palliativregistrets data.

Högsta certifieringsnivå

För ett par år sedan uppnådde Svenska palliativregistret högsta certifieringsnivå för kvalitetsregister enligt Sveriges Kommuner och landsting (SKL), dvs nivå 1. Trots det är det viktigt att fortsatt arbeta vidare med analyser som hjälper oss att förstå registrets möjligheter och begränsningar. Genom regelbundna uppdateringar från Befolkningsregistret kan vi kontinuerligt få en bild av registrets täckningsgrad.

Genomsnittligt registreras nu ca 60 000 dödsfall per år av samtliga 90 000 dödsfall i landet. Det ger en täckningsgrad på 66 procent med variationer på kommunnivå från 38 procent (Sorsele) till 89 procent (Kungsör) [2]. Notera att detta gäller alla dödsfall över huvud taget. Detaljresultat presenteras sedan för de förväntade dödsfallen, vilka nationellt utgör ca 85 procent. Det är ju endast när ett dödsfall är förväntat som personalen och läkarna kan ha möjlighet att vidta adekvata palliativa vårdåtgärder. Dessa åtgärder kan dock göra stor skillnad, även om de initieras först de sista dygnen patienten lever.

Påtaglig förbättring i vissa avseenden ...

De 30 frågorna i webbenkäten berör om patient och närstående har fått journaldokumenterad information om situationen (ett s k brytpunktssamtal vid övergången till palliativ vård i livets slutskede).

Frågorna går in på huruvida symtom och smärta skattats med vedertaget instrument (att detektera symtom är en förutsättning för att kunna lindra), munhälsobedömning utförts, vidbehovsläkeme-

HUVUDBUDSKAP

- Svenska palliativregistret följer kvaliteten på palliativa vårdåtgärder sista veckan i livet, oavsett diagnos och dödsplats.
- Registret täcker 89 procent av alla cancerrelaterade dödsfall och 65 procent av samtliga dödsfall i landet.
- Registret mäter efterlevnaden av det nationella vårdprogrammet för palliativ vård samt åtta av nio av Socialstyrelsens föreslagna kvalitetsindikatorer för palliativ vård.
- Resultaten visar påtagliga förbättringar vad gäller bl a genomförande av dokumenterade brytpunktssamtal och injektionsläkemedel vid behov.
- Nu finns både en efterlevandemodul och en prospektiv modul tillgänglig.

del i injektionsform ordinerats (morfin mot smärta/andnöd, glykopyrron mot rosslighet, midazolam mot ångest, haloperidol mot illamående/konfusion), om patienten har haft dropp sista dygnet, varit ensam i dödsögonblicket, vårdats där hon/han vill dö och huruvida närstående erbjudits eftersamtal samt vilka symtom som kunnat lindras helt eller delvis och i vilken grad trycksår funnits.

Studier av registerdatas validitet har publicerats [3, 4]. Efter en justering av enkätfrågorna har frågorna om processkvalitet uppnått god validitet [opubl data], medan frågorna om symtomförekomst och grad av lindring får tolkas med försiktighet. Valideringen av dessa frågor försvåras av bristfällig journaldokumentation, dvs i avsaknad av journaldokumentation kan inrapporterade förhållanden vara sanna men det går inte att belägga vid retrospektiv granskning.

I övrigt är det glädjande att man i många avseenden kunnat notera en påtaglig förbättring av de nationella registerresultaten över åren (2011–2015). Till exempel har andelen dokumenterade brytpunktssamtal till patienter ökat från 38 procent till 57 procent, smärtskattningar från 12 till 40 procent, skattning av övriga symtom från 9 till 23 procent och dokumenterade munhälsobedömningar från 52 till 71 procent. Vidbehovsordinationer i injektionsform har också blivit vanligare: mot smärta från 89 till 94 procent, mot illamående från 52 till 77 procent, mot rosslighet från 81 till 90 procent och mot ångest från 75 till 90 procent.

... men inte alla

Däremot är andelen patienter som avlider förväntat och som ändå har dropp eller sondtillförsel sista dygnet oförändrad (15 procent), liksom andelen som är ensamma i dödsögonblicket (15 procent) och andelen med trycksår grad 2–4 (10–11 procent).

Skillnaderna mellan olika vårdformer är påtaglig. Framför allt de som avlider på sjukhus får mer sällan del av de åtgärder som anses vara grundförutsättningar för god palliativ vård i livets slutskede. Detta är bekymmersamt eftersom cirka en tredjedel av befolkningen dör på sjukhus, men också eftersom det är sjukhusen som ansvarar för en stor del av den kliniska utbildningen av blivande läkare och sjuksköterskor.

Flera intressanta studier baserade på registerdata

I takt med att täckningsgraden för registret ökat och att nu 89 procent av alla cancerdödsfall i landet registreras så har allt fler intressanta studier baserade på registerdata genomförts eller är på gång. Flera av dessa studier belyser skillnaderna i tillgången till palliativ vård beroende på diagnos (hjärtsjukdom [5], stroke eller KOL [6] jämfört med cancer) och ålder. Andra tittar på effekterna av olika vårdåtgärder i livets slutskede där brytpunktssamtal genomförts [7] och fördelarna med att inte ge dropp sista dygnet i livet [8]. Vissa av dessa frågor är svåra att studera (eller undersöka) över huvud taget utan tillgång till registerdata.

Registret ger också stöd och hjälp

Svenska palliativregistret har på sin webbplats också lagt in kunskapsdokument om olika palliativa vårdåtgärder som kan vara ett stöd för olika vårdenheter samt länkar till instruktiva videofilmer. Dessutom finns möjligheter att från kansliet beställa checklistor att ha i fickan som stöd vid smärtskattning av kognitivt påverkade patienter och systematiska munhälsobedömningar (ROAG; Revised oral assessment guide). Man kan också beställa »lathund för läkare« med tips angående ordinationer i livets absoluta slutskede.



»Man kan också beställa 'lathund för läkare' med tips angående ordinationer i livets absoluta slutskede.«

Tankarna framöver är att fortsatt värna om att de enskilda enheterna verkligen tittar på sina resultat som stöd i det kontinuerliga förbättringsarbetet. I idealfallet bör enheternas registerresultat även efterfrågas av administratörer och politiker, oavsett huvudmannaskap – detta för att utjämna de uppenbara orättvisor som föreligger beroende på ålder, diagnos, bostadsort och vårdtyp. För verksamheter som är intresserade av regelbundna kvartalsrapporter finns nu möjligheten att abonnera på den tjänsten till en mindre avgift.

Tanken är också att det palliativa förhållningssättet ska komma in tidigare i sjukdomsförloppen. Som stöd har registret tagit fram en prospektiv webbmodul som patienten kan fylla i inför t ex mottagningsbesök. Med hjälp av ett engångslösenord kan 14 frågor om information, symtom och allmäntillstånd fyllas i. När patienten sedan kommer till mottagningen kan läkaren få fram en sammanfattning av patientens behov och tillstånd på sin dataskärm. Denna kan vara ett gott stöd till det övriga som är besökets fokus.

Dessutom finns sedan nyligen en webbenkät till efterlevande. Tanken är att erbjuda efterlevande möjligheten att anonymt via datorn lämna synpunkter både på den palliativa vården i livets slutskede av den avlidne familjemedlemmen och på hur man upplevde stödet till familjen under och efter dödsfallet. De förbättringsförslag som då kommer in kan sannolikt utgöra en rik källa till fortsatt förbättringsarbete på den enskilda vårdenheten. Dessutom finns aktuell information tillgänglig via webb-tv (med repris via PalliativPlay.se). ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DZF3

REFERENSER

1. British Geriatric Society (BGS); Harwood R. The dying well charter – principles of care and support. 21 jul 2014. http://www.bgs.org.uk/index.php/consultations/3428-dying-well-charter
2. Svenska palliativregistret [citerat 16 apr 2016]. https://data.palliativ.se/app/utdata/Rapport.aspx
3. Martinsson L, Heedman PA, Lundström S, et al. Validation study of an end-of-life questionnaire from the Swedish Register of Palliative Care. Acta Oncol. 2011;50(5):642-7.
4. Nilsson M, Tavelin B, Axelsson B. A study of patients not registered in the Swedish cancer register but reported to the Swedish register of palliative care 2009 as deceased due to cancer. Acta Oncol. 2014;53(3):414-9.
5. Brännström M, Hägglund L, Fürst CJ, et al. Unequal care for dying patients in Sweden: a comparative registry study of deaths from heart disease and cancer. Eur J Cardiovasc Nurs. 2012;11:454-9.
6. Ahmadi Z, Lundström S, Janson C, et al. End-of-life care in oxygen-dependent COPD and cancer: a national population-based study. Eur Respir J. 2015;46(4):1190-3.
7. Lundqvist G, Rasmussen BH, Axelsson B. Information of imminent death or not: does it make a difference? J Clin Oncol. 2011;10:29(29):3927-31.
8. Fritzson A, Tavelin B, Axelsson B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. BMJ Support Palliat Care. 2015;5(2):160-8.

Farmakologisk smärtlindring har central roll i palliativ vård

SMÄRTFRIHET I VILA OCH ACCEPTABEL NATTSÖMN ÄR MÅLET FÖR BEHANDLINGEN – SOM BÖR INDIVIDUALISERAS

Staffan Lundström, med dr, överläkare, Palliativt centrum, FoUU-enheten, Stockholms sjukhem
● staffan.lundstrom@stockholmssjukhem.se

Smärta är ett av de vanligaste symtomen hos patienter i palliativt sjukdomsskede. För att lyckas med smärtbehandlingen är det viktigt att behärska de grundläggande principerna kring smärtanalys, behandlingsstrategier och farmakologisk smärtlindring. Kunskapen ökar kring komplexa smärttillstånd och andra besvärande symtom i denna patientgrupp, och det är därför viktigt med kontinuerlig fortbildning för alla specialister som behandlar patienter i palliativt sjukdomsskede.

Smärtanalys och behandlingsstrategi

En noggrann smärtanalys med anamnes (Fakta 1), status och eventuell röntgenologisk undersökning utgör basen. Målet är att försöka förstå bakomliggande smärtmekanism(er), som kan innehålla både fysiologiska (nociceptiva och neuropatiska), psykologiska, sociala och existentiella komponenter. Smärtmekanismen ger sedan vägledning inför behandlingsvalet. När farmakologisk smärtlindring är aktuell ska också faktorer som patientens njurfunktion, förväntade biverkningar, administrationssätt och annan läkemedelsbehandling vägas in.

Målet är individualiserad behandling baserad på aktuell smärtmekanism, vilket i första hand leder till smärtfrihet i vila och acceptabel nattsömn. Behandlingen får inte ske på bekostnad av patientens livskvalitet, t ex svåra biverkningar. Är patienten smärtfri men oförmögen att kommunicera med närstående ska behandlingen omprövas och justeras.

Tabell 1 visar ett antal typexempel på olika nociceptiva smärttillstånd med förslag på tänkbar farmakologisk behandling.

Farmakologisk behandling av neuropatisk smärta

Vid spridd cancersjukdom ses inslag av neuropatisk ▶

HUVUDBUDSKAP

- Lyckad smärtbehandling bygger på noggrann smärtanalys med anamnes, status och eventuell röntgenundersökning med antagande om möjliga smärtmekanismer.
- För framgångsrik smärtbehandling krävs en tydlig behandlingsstrategi baserad på aktuell smärtmekanism och information till patienten. Behandlingen bör utvärderas och eventuellt justeras.
- Starka opioider är den viktigaste preparatgruppen vid farmakologisk smärtlindring i palliativ vård.



Foto: Fotolia/IBL

»Behandlingen får inte ske på bekostnad av patientens livskvalitet, t ex svåra biverkningar.«

FAKTA 1. Smärtanamnes

Upptagning av anamnes hos patienter i palliativ vård bör omfatta frågor om följande:

- Besvärsdebut
- Smärtlokalisation
  - välavgränsad
  - diffus
  - utstrålande (nervrotsengagemang?)
- Tidsförlopp
  - konstant
  - intermittent
  - variation över dygnet
  - aktivitetsutlöst
- Karaktär
  - molande, dov, konstant (ofta nociceptiv)
  - huggande/skärande (ofta nociceptiv [från leder och viscera])
  - tryckande, bultande/pulserande (ofta nociceptiv [från kärl])
  - brännande/ilande/stickande (ofta neuropatisk)
- Intensitet
  - VAS/NRS (numerisk skala) eller verbal skattning. För kognitivt påverkade vuxna kan man använda sig av Abbey Pain Scale (finns tillgänglig på www.palliativ.se)
- Faktorer som förvärrar eller förbättrar smärtan

TABELL 1. Guide för farmakologisk behandling av nociceptiv smärta i palliativ vård. Modifierad från Läkemedelsverket [10].

Smärttyp med exempel	Preparatval
Visceral kontinuerlig smärta	
● Molande buksmärta, t ex vid peritonealkarcinos	Opioid, eventuellt COX-hämmare och paracetamol
● Smärta från leverkapseln	Betametason, sedan COX-hämmare, eventuellt opioid
Visceral intermittent smärta	
● Krampsmärta i buken eller urogenitalregionen, t ex ileus/subileus	Butylskopolamin, COX-hämmare. Vid molande grundsmärta ges opioid. Vid utbredda metastaser ges betametason mot visceralt ödem med sekundär smärta
Djup somatisk kontinuerlig smärta	
● Molande värk i skelett, mjukdelar	COX-hämmare, paracetamol, opioid, eventuellt betametason, bisfosfonat
Ytlig somatisk kontinuerlig smärta	
● Molande värk i cancersår	Paracetamol, COX-hämmare. Lokal morfinbehandling vid inflammation. Ofta dålig effekt av systemisk opioid
Somatisk intermittent smärta	
● Kramper i perifer muskulatur	Låg dos oxazepam
● Aktivitetsutlöst skelettsmärta	Paracetamol, COX-hämmare, eventuellt betametason. Opioid vid molande grundsmärta. Transmukosalt/sublingualt/intranasalt fentanyl vid smärtgenombrott, särskilt i hemsjukvård. Eventuellt bisfosfonat. Glöm inte strålbehandling!

smärta hos upp till 40 procent av patienterna [1], och det är viktigt att identifiera detta eftersom behandlingen skiljer sig från den som ges mot nociceptiv smärta. För diagnosen neuropatisk smärta krävs att patienten har känselstörning inom ett neuroanatomiskt korrelerbart område, t ex en perifer nervs utbredningsområde eller ett dermatom.

Fakta 2 ger exempel på preparatval vid neuropatisk smärta. Det finns få studier av specifik behandling av cancerrelaterad neuropatisk smärta. Tricykliska antidepressiva och gabapentin utgör ofta basbehandling, men även opioider har en plats vid neuropatisk smärta. Kortikosteroider kan minska ödemet runt den smärtande nervstrukturen och används inte sällan med god effekt. Kombinationsbehandling med ovanstående preparat blir ofta nödvändig, och ökad kunskap kring orsaker till neuropatisk smärta belyser komplexiteten vid dessa smärttillstånd [2]. Vid svåra smärttillstånd med neuropatiska inslag kan det bli aktuellt med NMDA-receptorblockad via metadon eller ketamin; här bör också spinal smärtlindring med ett lokalanestetikum vara ett alternativ.

Farmakologisk behandling av nociceptiv smärta

Opioider utgör basen för den farmakologiska behandlingen av smärta i palliativ vård, men behöver ofta kompletteras med läkemedel som angriper smärtan via andra mekanismer.

COX-hämmare, antikolinergika och kortikosteroider. COX-hämmare är särskilt värdefulla vid behandling av smärta med inflammatoriska inslag, t ex smärtande skelettmetastaser. Även vid viscerala smärttillstånd såsom koliksmärtor kan dessa preparat ha en god effekt genom minskad spasm i den glatta muskulaturen [3]. Ibuprofen och naproxen är vanliga preparat, och för parenteral behandling finns ketorolak.

COX-2-hämmare kan vara av värde hos patienter med stor blödningsrisk, eftersom mer COX-1-selektiva preparat inte är lämpliga på grund av den trombocythämmande effekten. Som exempel kan nämnas patienter med koagulationsrubbningar, dålig trombocytfunktion eller antikoagulantiabehandling. Parecoxib är en parenteral COX-2-hämmare som utgör ett alternativ till ketorolak. Den ökade kardiovaskulära risk som har uppmärksammats vid användande av COX-2-hämmare måste beaktas vid behandling av patienter med hjärt-kärlsjukdom, men tappar naturligt nog sin betydelse vid behandling av patienter med stor blödningsrisk i livets absoluta slutskede.

För samtliga dessa preparat gäller varsamhet vid nedsatt njurfunktion och hjärtsvikt.

Antikolinergika såsom glykopyrron och butylskopolamin minskar spasmen i glatt muskulatur och kan vara till stor hjälp vid kramptillstånd i viscerala organ, t ex vid ileus/subileus [4]. Kortikosteroider kan ha god smärtlindrande effekt som tillägg i denna patientgrupp, eftersom de ofta minskar illamåendet, förbättrar aptiten och ökar välbefinnandet [5]. I Sverige används huvudsakligen betametason.

Vid generaliserad smärta på inflammatorisk bas (typexempel är patienten med prostatacancer och migrerande, generaliserad skelettsmärta), leverkapselsmärta, medullakompression och huvudvärk vid

FAKTA 2. Preparatval vid neuropatisk smärta

Förslag på preparatval vid neuropatisk smärta
- Gabapentin
- Amitriptylin
- Duloxetin
- Opioider
- Steroider

Preparatval vid lokal perifer neuropatisk smärta med allodyni
- Lidokainplåster

Preparatval vid samtidig depression
- Amitriptylin eller duloxetin

Preparatval vid samtidig ångest
- Pregabalin

hjärntumörer/-metastaser bör betametason finnas med bland behandlingsalternativen.

Övriga läkemedel. Bensodiazepiner kan vara verkningsfulla vid kramptillstånd i tvärstrimmig muskulatur. Man bör då välja preparat med kort halveringstid och få/inga aktiva metaboliter, förslagsvis oxazepam. Det parenterala förstahandsvalet är midazolam.

Bisfosfonater kan vara ett alternativ vid svårbehandlad skelettsmärta när vanliga analgetika och/eller strålbehandling inte ger avsedd effekt [6].

Opioider. Svaga opioider som kodein och tramadol bör undvikas vid smärtbehandling i denna patientgrupp. De har inte bättre effekt än COX-hämmare vid cancerrelaterad smärta [7] och har en takeffekt, dvs över en viss dos får patienten bara mer biverkningar och ingen förbättrad smärtlindring. Har patienten en opioidkänslig smärta blir därför valet en stark opioid. Enligt den senaste systematiska översikten från European Association for Palliative Care utgör morfin, oxikodon och hydromorfon likvärdiga förstahandspreparat [8]. I första hand rekommenderas peroral behandling.

Vid otillfredsställande smärtlindring trots ökad peroral dos görs övergång till parenteral administration med aktuell opioid, förutsatt att smärtan fortsatt bedöms vara opioidkänslig. Inom den palliativa vården finns en stor och mångårig erfarenhet av kontinuerlig subkutan behandling med portabel smärtpump, som möjliggör finjustering av dygnsdosen.

Peroral behandling med en stark opioid kan inledas direkt med en beredning med långsam frisättning (depåberedning) som ges i tvådos med 12 timmars mellanrum. Vid smärtgenombrott ges en extrados av motsvarande kortverkande opioid, som vid varje dostillfälle ska vara en sjättedel av patientens ordinarie dygnsdos av opioid. Med ledning av antalet extradoser under det senaste dygnet kan dosen av depåberedningen sedan successivt ökas. Parallellt med att dygnsdosen ökas behöver då också vidbehovsdosen justeras så att den motsvarar en sjättedel av ordinarie dygnsdos.

Vid nedsatt njurfunktion, särskilt vid GFR <30 ml/min, bör man på grund av ackumulation av aktiva metaboliter och risk för överdosering undvika morfin och hellre använda oxikodon eller transdermalt fentanyl [9]. Transdermal fentanylbehandling kan även vara ett alternativ vid stabil opioidkänslig smärta om patienten har svårt att svälja tabletter. Transdermal fentanylbehandling är dock olämplig vid instabil smärtsituation och behov av höga opioiddoser.

Nyare kortverkande beredningsformer av fentanyl med transmukosal, sublingual eller intranasal administration har ett snabbt och förutsägbart upptag med smärtlindrande effekt under ca 1 timme och utgör ett alternativ vid behandling av genombrottssmärtor [8], framför allt om patienten vistas i hemmet.

Biverkningar vid opioidbehandling. Vanliga biverkningar av de starka opioiderna är illamående, förstoppning och initial trötthet. Illamående och förstoppning ska förebyggas genom förskrivning av antiemetika (meklozin, metoklopramid eller haloperidol) och laxantia i form av osmotiskt verkande medel med eventuellt tillägg av motorikstimulerande preparat. Laxantiabehandlingen behöver som regel fortsätta under hela opioidbehandlingen, men antiemetika kan ofta flyttas över till vidbehovslistan efter någon vecka eftersom tolerans utvecklas mot illamående. Trötthet klingar ofta av efter 4 till 5 dagars behandling.

Om patienten efter det är fortsatt onormalt trött och/eller har kognitiv påverkan samtidigt som smärtan har försvunnit, ska opioiddosen sänkas.

Risk för andningsdepression föreligger framför allt hos den opioidnaive patienten, men efter någon vecka med kontinuerlig opioidbehandling har kroppen utvecklat tolerans för detta. Smärta i sig stimulerar andningscentrum och motverkar den andningsdepression som kan ses vid opioidtillförsel till en frisk person.

Kan hjälpa många patienter

Med farmakologisk smärtlindring som bygger på ett smärtmekanistiskt tänkande kan vi hjälpa många patienter i palliativt sjukdomsskede. Opioider är den viktigaste preparatgruppen, men de behöver ofta kompletteras med läkemedel med andra angreppssätt. Det är angeläget att denna specialistkunskap når alla som behandlar dessa patienter; kanske är det dags att öppna dörren för palliativmedicinsk kompetens även inom svensk akutsjukvård.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Sedan början av 2000-talet har Staffan Lundström som expert föreläst för och erhållit arvode från ett flertal olika läkemedelsbolag: Mundipharma AB, GlaxoSmithKline, Roche, Fresenius Kabi, Baxter AB, Smith Nephew och Convatec.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DZ3P

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, et al. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. Pain. 2012;153(2):359-65.
2. Eisenberg E, Suzan E. Drug combinations in the treatment of neuropathic pain. Curr Pain Headache Rep. 2014;18(12):463.
3. van Arman CG. Anti-inflammatory drugs. Berlin/Heidelberg: Springer; 2013.
4. Tytgat GN. Hyoscine butylbromide: a review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain. Drugs. 2007;67(9):1343-57.
5. Wooldridge JE, Anderson CM, Perry MC. Corticosteroids in advanced cancer. Oncology (Williston Park). 2001;15(2):225-34; discussion 234-6.
6. Kane CM, Hoskin P, Bennett MI. Cancer induced bone pain. BMJ. 2015;350:h315.
7. Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, et al. Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. J Clin Oncol. 1994;12(12):2756-65.
8. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012;13(2):e58-68.
9. Kurita GP, Lundström S, Sjøgren P, et al. Renal function and symptoms/adverse effects in opioid-treated patients with cancer. Acta Anaesthesiol Scand. 2015;59(8):1049-59.
10. Smärtlindring i livets slutskede – ny rekommendation. Tabell I. Guide för farmakologisk behandling av nociceptiv smärta i livets slutskede. Information från Läkemedelsverket. 2010;6:19.

Findus Special Foods





Jag har fått tillbaka energin att leva och är inte längre rädd för att sätta i halsen.

Att äta är en av livets mest naturliga delar. Vi tar det för givet. En måltid associeras med underbara dofter, smaker och synintryck. Vi tänker oss trevligt sällskap och ett gott samtal — en stund som blir en av dagens höjdpunkter.

När detta ändras drabbas vi människor hårt både psykiskt och fysiskt. De flesta som lider av ät- och sväljsvårigheter drar sig undan och slutar efterhand att försöka äta. De ger upp, går ner i vikt och lever ofta i en ensam kamp för att hitta ett nytt sätt att leva.

Med konsistensanpassade produkter och utbildning skapar Special Foods matglädje där livet sätter begränsningar. Produkterna ser ut som den vanliga maten. De finns i ett brett utbud för att kunna varieras efter den vanliga menyn och väcka en slocknad aptit.

För mer information, kontakta oss på **020-88 61 00** eller **specialfoods@se.findus.com.** Du hittar oss även på **specialfoods.se**

Findus

Upplev skillnaden

Frågan om att avstå eller avbryta livsuppehållande behandling

Gunnar Eckerdal,
överläkare, onkologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● gunnar.eckerdal@vgregion.se

Den som förstår och reflekterar över att livets slut närmar sig kan ha önskemål om hur vården ska planeras. Det är viktigt att vårdteamet följer patientens önskemål och bidrar till en planering som så långt möjligt utformas i samråd med patienten.

Presumerat samtycke

När läkaren planerar vård i samråd med patienten är grundförutsättningen att patienten efterfrågar vetenskap och beprövad erfarenhet [1] och att målet med vården är långt liv och god livskvalitet. Den som önskar något annat måste i dialog tydligt föra fram sina önskemål. Patienten kan alltid tacka nej till vårdens erbjudande, förutsatt att det inte faller under lag om tvångsvård.

Om patienten inte uttalar några önskemål om behandlingsbegränsningar ska vårdpersonalen utgå från att patienten önskar vård som om möjligt förlänger liv och optimerar livskvalitet [2]. Detta får dock inte tas till intäkt för att utelämna samrådet med patienten. Ett särskilt stort ansvar har vårdpersonalen att involvera personer med försvagad förmåga att göra sin röst hörd, t ex personer som behärskar svenska dåligt, personer med nedsatt kognitiv förmåga eller deprimerade patienter.

Ställningstaganden

Några kliniska situationer innebär att möjlig medicinsk åtgärd har mycket liten potential att förlänga patientens liv och samtidigt en viss risk att ge upphov till lidande. I de fallen ska läkaren göra en avvägning: Uppväger den tänkta åtgärdens fördelar riskerna? I de flesta fall är det en rent medicinsk bedömning, men det förekommer inte sällan att patientens värdering bör ges stort utrymme [3] (Fakta 1, fall 1).

Ibland är det uppenbart att behandlingen inte kommer att vara framgångsrik och att patienten är döende. Att inleda eller fortsätta att ge behandling kan vara rätt om det kan bedömas att den ändå i något avseende gagnar patienten. Det kan t ex gälla förlängd respiratorvård ytterligare några dygn till dess närstående har hunnit fram eller fortsatt diabetesbehandling trots irreversibel total hjärninfarkt för att ge närstående ytterligare lite tid till avsked. I dessa lägen ska läkaren planera med utgångspunkt från en bedömning av patientens önskemål. Samråd med närstående kan vara nödvändigt för att ta reda på vad patienten sannolikt hade önskat.

Patientlagen poängterar att patienten ska ges stort inflytande över vården [1]. Om det finns flera medicinskt motiverade alternativ ska patienten kunna välja, om alternativen av läkaren bedöms som relativt likvärdiga. Om patienten inte är nöjd med vårdplanen ges rätt till ny medicinsk bedömning. Det är däremot inte så att patienten kan kräva en medicinsk åtgärd som inte är medicinskt motiverad. Detta är självklart i många vårdsituationer, även när det gäller vård nära livets slut (Fakta 1, fall 2).

Dialogen med patienten/de närstående

Om vårdteamet gör en samlad bedömning att en patient antagligen har mindre än 1 år kvar att leva eller bedöms vara ännu närmare livets slut, bör patienten erbjudas samtal som berör planeringen av vård i tänkbara framtida situationer när det kanske inte finns möjlighet till samråd. Samtalet måste förberedas väl och inledas på ett sådant sätt att patienten har möjlighet att avstå från att medverka i den erbjudna planeringen (Fakta 1, fall 3).

Om patienten inte kan medverka i samråd är det läkaren som ska planera vården utifrån sin bedömning av vad som är bäst för patienten [2, 4]. I dialog med de närstående är det ofta möjligt att få en uppfattning om vad patienten skulle ha uttryckt om samråd hade varit möjligt (Fakta 1, fall 4). De närstående ska alltså ofta bjudas in till samtal, men det är läkaren som har det avgörande ansvaret för vården. Ett undantag är barn, där föräldrarna ska ges stort inflytande som företrädare för barnet.

Samråd i vårdteamet

Alla i vårdteamet har ansvar att lyssna till patientens tankar om livsuppehållande åtgärder. När frågan aktualiserats bör läkaren samråda med patienten. Efter det kan förnyat samråd i vårdteamet behövas för att se över de praktiska konsekvenserna och bedöma hur de närstående (med patientens medgivande) ska informeras [2]. Det är viktigt för patientens trygghet att alla närstående och vårdare vet vad som är planerat (Fakta 1, fall 5).

Ej HLR

Om patienten uttrycker en önskan att HLR inte ska inledas ska läkaren diskutera frågan noga för att det ska vara säkert att patienten förstår vad ställningstagandet innebär. Därefter ska läkaren dokumentera pa-

HUVUDBUDSKAP

- Läkaren kan inte alltid utgå från att patienten vill ha alla tillgängliga livsuppehållande åtgärder.
- Om det föreligger »ett livshotande tillstånd« ska den läkare som utsetts till »fast vårdkontakt« samråda med patienten och de närstående så att vårdens planering så långt det är möjligt stämmer överens med patientens önskemål.
- Planeringen måste fortlöpande omprövas.



Foto: Fotolia/IBL

FAKTA 1. Några fallbeskrivningar

Fall 1. En 62-årig kvinna med ovarialcancer med spridning i buken hade fått cytostatikabehandling i 2 omgångar, men sjukdomen hade trots det progredierat. Hon erbjöds nu ytterligare behandlingsförsök, men tackade nej. Behandlingsperioderna hade varit påfrestande, och hon visste att hon ändå inte kunde bli botad.

Fall 2. Hos en 56-årig kvinna med spridd pankreascancer hade intravenös nutrition avslutats på grund av sjukdomsprogress och illamående. Den medicinska bedömningen var att den katabola situationen inte kunde påverkas, vilket innebar att nutritionsbehandlingen inte var påkallad utan snarast riskerade att förkorta patientens liv. Patienten begärde nutritionsbehandling. Läkaren informerade om den medicinska bedömningen, och patienten fick inte nutritionsbehandling.

Fall 3. En patient med kontinuerliga symtom på hjärtsvikt hade vårdats på sjukhus vid 5 tillfällen de senaste 4 månaderna. Läkaren: »Vi har nu ställt in medicineringen så bra som möjligt, och det börjar bli dags för dig att åka hem. Hur tänker du om framtiden?« Patienten: »Det blir skönt att komma hem, men jag orkar inte mycket nu för tiden. Det är allvarligt med hjärtsjukdomen – eller hur?« Läkaren: »Vi gör det som är möjligt för att du ska må så bra som möjligt, men hjärtats funktion kommer tyvärr inte att bli bättre. Vill du att vi ska prata lite om hur du vill ha det om du blir ytterligare sämre?«

Fall 4. En läkare kallades till ett demensboende där en 69-årig kvinna blivit sämre; personalen uppfattade att hon hade smärtor i bröstet. Patienten var vanligen uppegående, men talade aldrig. Efter det att läkaren undersökt patienten ringde hon patientens son för samråd. Av samtalet och av journalanteckningar framkom att patienten för ett par år sedan uttryckt att hon visste att hon närmade sig livets slut och att hon inte ville att läkare förlängde hennes liv. Läkaren bestämde att patienten inte skulle remitteras till sjukhus trots misstanke om hjärtinfarkt, men uppmanade personalen att vara uppmärksamma på tecken till smärtor och vid behov ge smärtlindring.

Fall 5. En 64-årig man med KOL i avancerat stadium hade nyligen kommit hem från sjukhuset. Han fick hemsyrgasbehandling och hemsjukvård. Under vårdtillfället hade han respiratorvårdats. I samtal med läkaren fick han därefter information om att lungfunktionen var kraftigt reducerad och att respiratorvård framgent kunde innebära att respiratorn inte kunde avvecklas. Patienten uttryckte att han förstod detta och att han vid försämring ville ha lindrande behandling men inte sjukhusvård. Planen hade rapporterats till hemsjukvården, patienten hade upprepat sina önskemål för hemsjukvårdens läkare och hela vårdteamet var införstådda med planen. 4 veckor senare larmade patienten; han hade feber och andnöd. Läkaren undersökte patienten; antibiotika gavs i bostaden, symtomen lindrades och närstående tillkallades. Dagen därpå var patienten något bättre men blev därefter svagare och avled 3 dygn senare.

Fall 6. Patienten hade haft ALS i 2 år, och symtomen hade tilltagit allt mer. Hon uttryckte oro för hur sjukdomen skulle yttra sig längre fram. Hon var inlagd på sjukhus på grund av fraktur, och sjuksköterskan väckte då frågan om HLR. Läkaren frågade patienten efter önskemål om vårdnivå vid eventuell plötslig försämring. Patienten uttryckte att hon ville att alla livsuppehållande åtgärder skulle vidtas, men att hon antagligen längre fram ville avstå från HLR.

Fall 7. Läkaren: »Målsättningen nu är att du ska ha så lite plågor som möjligt och så bra dagar som situationen medger. Tillstöter oväntade händelser riktar vi helt in oss på att lindra. Det är inte meningsfullt att pröva livräddande åtgärder i sådana lägen – de kommer ändå inte att ge effekt.«

tientens önskan enligt rutiner som ska finnas inom verksamhetsområdet [2, 5].

I några fall bedömer läkaren att ett eventuellt hjärtstopp skulle kunna åtgärdas med HLR, men att den medicinska situationen är sådan att patienten möjligen ändå inte vill ha HLR. I dessa fall ska läkaren samråda med patienten eller närstående och därefter planera och dokumentera (Fakta 1, fall 6).

I de flesta fall inom palliativ vård kan läkaren planera utifrån bedömningen att ett hjärtstopp är irreversibelt oavsett medicinska insatser [6]. I dessa fall ska läkaren dokumentera och informera patient och närstående, om det inte är uppenbart att informationen väcker oberättigad oro. Undersökningar visar att de flesta patienter i palliativ vård tar emot sådan information utan problem. Förutsättningen är dock att informationen lämnas korrekt, oftast i samband med dialog om vårdens inriktning i stort (Fakta 1, fall 7).

Patienters och närståendes delaktighet

Patientlagen uttrycker en tydlig trend att patienter ska vara mer delaktiga i vårdens planering. Allt fler patienter kommer att ha synpunkter på vad som ska göras och inte göras när livets slut närmar sig. Inte minst kommer patienter att vilja påverka platsen för den palliativa vården och vilken läkare som ska vara »fast vårdkontakt« [7]. Allt fler patienter kommer att formulera skriftliga vårddirektiv, som oavsett juridisk giltighet måste tillmätas stor betydelse [8]. Närstående kommer oftare att ta del av patientjournalen och delta i planering och vård.

Den medicinska utvecklingen kommer att skapa allt fler svåra situationer där livsuppehållande åtgärder kan genomföras, men där patienten tackar nej. All personal måste förhålla sig till detta, och verksamhetscheferna måste tidigare utse läkare att vara »fast vårdkontakt« och utveckla goda rutiner för dialog och dokumentation. Palliativ vård måste utöver symtomlindring och psykosocialt stöd fokusera på dialog och delaktighet i livsavgörande vård.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D33R

REFERENSER

1. SFS 2014:821. Patientlag. 5 kap.
2. SOSFS 2011:7 (M). Livsuppehållande behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-26.
3. Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Meddelandeblad 12/2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-12-34.
4. Svenska läkaresällskapet, Delegationen för medicinsk etik. Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling. 1 mars 2007. http://sls.se/PageFiles/225/000012132.pdf
5. Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt-lungräddning. Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR). http://sls.se/Global/files/2013/riktlinjer20maj (2).pdf
6. Kjørstad OJ, Haugen DF. Hjarte-lunge-redning til kreftpasientar i palliativ fase. Tidsskr Nor Legeforen. 2013;133:417-21.
7. Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning. Meddelandeblad 9/2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. Artikelnr 2012-10-21.
8. Kommittédirektiv. Beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst. Stockholm: Regeringskansliet; 2012. Dir. 2012:72.

Svåra samtal med patienter tränas på kurs med skådespelare

EN MEDVETEN STRATEGI HJÄLPER BÅDE LÄKARE OCH PATIENT



Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

»Läkares kommunikationsförmåga har betydelse för patienterna både psykiskt och fysiskt, och för att kommunicera framgångsrikt måste läkaren kunna möta varje individs behov och reaktioner.«

– Kommer jag att dö nu?

Patienten stirrar på läkaren med uppspärrade ögon. Läkaren drar ett djupt andetag och börjar trevande att söka efter orden. Patienten ser att munnen rör sig men orden som kommer får ingen mening.

Kunde jag ha gjort på något annat sätt? Frågan gnager i bakhuvudet på många läkare efter den här typen av samtal och har sin motsvarighet i patienters och närståendes besvikelse över otillfredsställande bemötande. Det finns omfattande dokumentation om att brister i kommunikation ofta är orsak till klagomål från patienter och närstående [1, 2].

Betydelsen av god kommunikation

Det finns i dag gott stöd för att läkarens kommunikationsförmåga gör skillnad i flera olika avseenden, både när det gäller psykiskt välmående, smärta och andra fysiska symtom [3-5].

Men kvaliteten på kommunikationen har inte betydelse enbart för patienterna, utan också för läkarna, sjukvården och samhället i stort. Läkare med en medveten strategi att hantera svåra samtal mår bättre, upplever mindre emotionell trötthet och är mer nöjda med sitt jobb och sin prestation [6]. Det finns studier som visar på samband mellan patienttillfredsställelse och bättre följsamhet till behandling, minskat utnyttjande av läkarvård samt minskad tendens till rättstvister [7, 8].

God information om dåliga nyheter

De flesta patienter vill ha information om sin sjukdom, oavsett om det gäller goda eller dåliga nyheter. I studier om cancerpatienter är detta mycket framträdande: endast 10–15 procent av patienterna vill inte ha det så [9].

Cancerpatienters önskemål om vad de vill ha information om och hur de vill ha informationen varierar mellan olika studier, men de högst rankade behoven är följande: chans till bot, sjukdomens spridning samt vikten av att få sanningsenlig information, i avskildhet, förmedlad med hopp och medkänsla och tillräckligt med tid [10, 11]. Patienter som upplever läkaren som uppriktig och att läkaren har gott om tid rapporteras vara mer nöjda än andra. En omtänksam och empatisk läkare är viktig för patienterna liksom att läkaren bryr sig personligen och har förmågan att förmedla information och att lyssna.

En sjukdomsdiagnos påverkar inte enbart den som drabbas, utan även den sjukes familj och närstående. Information är ett av de viktigaste behoven hos närstående till cancerpatienter [12, 13].

Det finns i dag ett antal internationellt etablerade guider och samtalsmallar för hur samtal ska hållas. I det enskilda mötet måste läkaren ändå förhålla sig till enskilda individer och deras individuella behov av information och bemötande. Empati har beskrivits som

Anders Danielsson, konsult, kursansvarig för »De nödvändiga samtalen«, Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet och Region Skåne
● anders.danielsson@skane.se

Hanna Dahlstrand, med dr, överläkare, onkologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för onkologi och patologi, Karolinska institutet, Solna

Franziska Edvinsson, överläkare, specialistläkare, Palliativt centrum, FOUU, Stockholms sjukhem

Mattias Tranberg, M Sc, psykolog, Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet och Region Skåne

Anna Wrangsjö, specialistläkare, överläkare, Rehabcentret Sfären, Solna

Carl Johan Fürst, professor, verksamhetschef Palliativt utvecklingscentrum, Lunds universitet och Region Skåne

HUVUDBUDSKAP

- Läkares kommunikationsförmåga har betydelse för patienterna både psykiskt och fysiskt, och för läkares upplevelse av stress.
- De flesta patienter vill ha information om sin sjukdom av läkare som är uppriktiga, ger sig tid och är empatiska.
- För att kommunicera framgångsrikt måste läkaren kunna möta varje individs behov och reaktioner.
- Det saknas internationell konsensus om hur samtalsträning ska utformas och mätas, och fler studier efterfrågas.

förmågan att »fånga upp och förstå en annan människas känslor och att vägledas av den förståelsen i kontakten med den andre« [14]. Att inte bara att vara lyhörd utan att aktivt visa den lyhördheten så att patienten uppfattar läkarens förståelse och stöd betonas i »Skills for communicating with patients« [15], en av de ledande internationella samtalsguiderna.

»De nödvändiga samtalen«

»De nödvändiga samtalen« är namnet på en kurs i samtalsträning för läkare som utvecklats vid Palliativt utvecklingscentrum i Lund inom ramen för den nationella cancerstrategin [16]. Kursen omfattar två dagar och innefattar praktisk samtalsträning med simulerade patienter (skådespelare) under strukturerad handledning i mindre grupper. Deltagarantalet är max 14 personer, baserat på väldokumenterade metoder i internationella kommunikationsutbildningar för läkare [6, 17, 18].

Kursen fokuserar på fyra konkreta samtalssituationer: att få en bra start på samtalet, att ge svåra besked, övergången till livets slutskede (så kallat brytpunktssamtal [19]) samt samtal om döden. Kärnan i arbetssättet och träningen ligger i att integrera den ofta komplicerade medicinska informationen, som är läkarens expertområde, med patientens emotionella, psykologiska och sociala förhållanden och behov.

Huvudområden för träningen är tydlig information och emotionellt bemötande. Deltagarna får tillgång till samtalsmallar för de olika samtalssituationerna (exempel se Fakta 1 och 2), med tydlig struktur och användbara fraser, samt verktyg för emotionellt bemötande. Träningssituationen är strukturerad med personliga lärmål, avgränsade lärmoment och verklighetsnära fall. Den läkare som tränar kan be skådespelaren gestalta de beteenden som läkaren vill träna på att möta, till exempel ilska, slutenhet, ifrågasättande med mera. Under själva träningssamtalet kan läkaren eller handledare göra ett stopp och tillsammans utvärdera hur det går och diskutera alternativa beteenden och fraser, och pröva igen. Feedback från skådespelare, kurskamrater och kursledare är viktiga pedagogiska redskap tillsammans med enskild och gemensam reflektion. Arbetssättet syftar till att i trygga former experimentera med förhållningssätt, fraser och kommunikationsverktyg (beteenden och handlingar) och få omedelbar återkoppling på hur de uppfattas av andra människor.

Emotionellt bemötande – ett av läkarens viktigaste verktyg

Samtal om livshotande sjukdom sker ofta med personer som är i kris eller kan försättas i kris under samtalet, även om det inte alltid behöver vara så. Emotionellt bemötande är därför en röd tråd genom »de nödvändiga samtalen« och ställs på sin spets när allvarlig information behöver diskuteras, till exempel ett diagnosbesked eller ett samtal om ändrad behandlingsinriktning, framför allt vid övergången till vård i livets slutskede.

Samtalsmallarna som används syftar till att steg för steg förbereda både läkaren och patienten på diskussionen om den allvarliga informationen (se Fakta 1 och 2).

På kursen brukar träningen framför allt fokusera på

- att utforska hur patienten uppfattar sin situation och sitt informationsbehov,
- att framföra komplicerad information tydligt och enkelt,
- att göra plats för patientens/närståendes reaktion och bemöta den.

Mallarna ger en struktur, men erfarenheten säger att samtalen i verkligheten böljar fram och tillbaka; fakta klarnar i små portioner eller inte alls, känslor väcks, klingar av och blossar upp igen. Att »rullgardinen går ner« framför patientens ögon, eller att patienten sammanbitet ifrågasätter provets riktighet eller läkarens

FAKTA 1. Spiges

Spiges är en komprimerad version av den etablerade samtalsmallen Spikes (a Six-step Protocol for Delivering Bad News) som ger en struktur för samtal om allvarlig information med patienter med livshotande sjukdom. Centrala träningsmoment i »de nödvändiga samtalen« är PI och GE, att värdera patientens förståelse och informationsbehov, ge tydlig information och möta patientens reaktion.

1. **S** – STARTA
Förberedelser
Agenda

2. **PI** – PEJLA IN PATIENTEN
Vad tänker och känner patienten?
Är du redo för info?
Hur mycket info?

3. **GE** – GE BESKED
Ge info – börja med varningssignal
Säg det enkelt
Läs av emotioner – bemöt med lyhördhet

4. **S** – SAMLA IHOP
Nästa steg – behandling
Planering
Stäm av – vad har patienten tagit till sig?

FAKTA 2. Vidga perspektivet

Vidga perspektivet är en vägledning för samtal om övergången till livets slutskede. Frågor som hjälper patienten och dess närstående att uttrycka sina värderingar och tankar om livskvalitet är ett sätt att nå fram till nya mål när sjukdomen går in i ett nytt skede.

- Var väl förberedd – påläst och mentalt redo
- Klargör den medicinska situationen – Spiges

Är patienten redo för nästa steg?

- Har du funderat på att det skulle kunna bli så här?

Vidga perspektivet

- När det nu har blivit så här, vad är viktigt för dig?
- Vad är du rädd för?
- Sammanfatta och föreslå åtgärder – behandlingsmöjligheter och risker
- Gör en plan som möter patientens mål och värderingar – eventuella behandlingsbegränsningar

kompetens, är reaktioner som många läkare känner igen. Förklaringen är kamp/flykt/frys-mekanismen som sätter den rationella förmågan ur spel och riktar kraften mot att bekämpa eller fly från det som upplevs som skrämmande. Först när den känslomässiga stormen har lagt sig och patienten återfått sin kognitiva förmåga går det att meningsfullt prata vidare om nästa steg (se Figur 1).

Somliga menar att förmågan att läsa av och bemöta patientens känslor är den viktigaste färdigheten att lära sig för läkare som arbetar med patienter med livshotande sjukdom [6].

En nyckel i samtalen är att vara tyst så att det blir plats för patientens reaktion och möta den [20]. Många läkare som kommer till våra kurser beskriver naturligt nog osäkerhet och oro inför vilka reaktioner som kan komma och efterfrågar verktyg för att strukturera samtalen och läsa av och möta patientens reaktioner.

Svårt att läsa sig till emotionellt bemötande

Valet av bemötande sker utifrån patientens behov i stunden. Men det finns även guider för emotionellt bemötande (se Figur 2).

Det första steget kan vara att reglera det fysiska avståndet och med kroppsspråk, blick och ansiktsuttryck visa närvaro, uppmärksamhet och följsamhet till patientens reaktion. Nästa steg kan vara att sätta ord på och bekräfta känslor. Patienten kan behöva stöd och få höra att den egna reaktionen är begriplig och normal i denna situation. Andra behöver hjälp med frågor för att kunna sätta ord på sina känslor, och det finns de som föredrar att ta hand om sina reaktioner privat och snarare behöver stöd att hålla ihop sig i mötet med läkaren. För en del kommer fysisk beröring tidigt i ett sådant samspel medan det kommer långt senare för andra, eller är helt utanför deras bekvämlighetszon.

Hur emotionellt bemötande utförs i praktiken utifrån ett empatiskt förhållningssätt, alltså väglett av patientens behov i stunden, är svårt att lära sig teoretiskt eller läsa sig till. I samtalsträning går det att få detaljerad feedback på hur olika beteenden och formuleringar uppfattas av andra – att pröva sådant man kanske inte känner sig helt bekväm med och inte vill experimentera med i samtal med riktiga patienter.

»Somliga menar att förmågan att läsa av och bemöta patientens känslor är den viktigaste färdigheten att lära sig för läkare som arbetar med patienter med livshotande sjukdom.«

När läkaren känner sig osäker eller saknar verktyg för emotionellt bemötande ligger det nära till hands att gripa efter den trygghet som ligger i expertrollen och den medicinska informationen. Risken är att patientens emotionella behov förbigås och att informationen inte går fram. Därmed inte sagt att medicinsk information saknar betydelse i detta skede, men det gäller att patienten är mottaglig. Emotionellt bemötande är ett av läkarens viktigaste verktyg för att lyckas med sin informationsuppgift.

FIGUR 1. Emotionellt bemötande



▶ En patient i emotionell stress har svårt att förstå medicinsk information. En lösning för läkaren är att först bekräfta och möta patientens reaktion.

FIGUR 2. Guide för emotionellt bemötande



▶ Guiden ger en överblick över olika typer av emotionellt bemötande som deltagare i kursen »De nödvändiga samtalen« tränar på tillsammans med skådespelare som simulerade patienter. Baserad på GS Fischer, et al [29].

Egna reaktioner

I den här typen av samtal väcks ofta läkarens egna reaktioner, och det sker även i samtalsträningen. Professionell hållning har beskrivits som ett förhållningssätt i vilket även självkännedom och självreflektion ingår [21]. Träningen har fokus på konkreta beteenden, och dessutom får deltagarna möjlighet att reflektera över hur till exempel föreställningar om hur han eller hon uppfattas kan ställa sig i vägen, oavsett om det gäller att möta känslor eller att uttrycka sig klart. Balansen mellan empati och distans brukar aktualiseras, samt strategier för att orka hålla bra samtal över tid.

Det är svårt att ändra personlighet, men det går att utveckla sitt förhållningssätt och lära sig nya beteenden och handlingar. Träningssamtalen ger deltagarna möjlighet att experimentera med olika beteenden

för att hitta sin balans mellan medicinsk information och emotionellt bemötande.

Läkaren och teamet

I den kliniska verkligheten är läkaren del av ett team, där kontakt- eller specialistsjuksköterskan har en viktig uppgift i att ta initiativ till och medverka vid svåra samtal. Sjuksköterskan, och även undersköterskan, får ofta uppföljningsfrågor från patient eller närstående efter att samtalet har ägt rum. Läkaren har formellt huvudansvar för genomförandet av samtal som rör diagnos, samt inledande och avslutande av sjukdomsinriktad behandling. Därför riktar sig kursen »De nödvändiga samtalen« specifikt till läkare, med teorier och verktyg som avspeglar de situationer och ansvarsområden som är relevanta för dem. I framtiden avser vi skapa kurser i kommunikation och emotionellt bemötande för sjuksköterskor och undersköterskor, anpassade efter deras ansvarsområden och de situationer de ställs inför.

I verkliga samtal medverkar ofta även en eller flera närstående, men det är resurskrävande att skapa helt verklighetstrogna simuleringar med många deltagare. Av praktiska och pedagogiska skäl har vi valt att fokusera på den enskilda läkarens möte med en patient eller en anhörig.

Effekter av samtalsträning

Det saknas en etablerad definition i litteraturen av vad samtalsträning för läkare är eller hur den ska utformas. Det råder inte konsensus om vilka utfall som ska mätas vilket gör det svårt att värdera effekter från olika studier mot varandra. Ett flertal forskare konkluderar att det behövs fler randomiserade kontrollerade studier inom området [22-25]. Det pågår för närvarande olika forskningsprojekt som avser att möta det behovet; ett exempel är SICP (Serious Illness Care Program) vid Harvard [26].

Våra utvärderingar av »De nödvändiga samtalen« visar att deltagarna sätter stort värde på att lära sig nya strategier och på möjligheten att reflektera över samtal och erfarenheter tillsammans med kollegor; träningsmomenten med handledning och feedback värderas högt.

Tidigare forskning har visat att personal med sämre kommunikationsförmåga uppnår bättre resultat med kommunikationsträning än de som redan har god kommunikationsteknik, vilket tyder på att alla kan lära sig kommunikationsfärdigheter [27, 28].

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

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4WM

REFERENSER

3. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet. 2001;357:757.
4. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. Ann Fam Med. 2004;2:595-608.
5. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. Patient Educ Couns. 2011;85:390-7.
6. Back A, Arnold R, Tulsky J. Mastering communication with seriously ill patients. Balancing honesty with empathy and hope. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
7. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. 2011;86:996-1009.
8. Ehrstedt F, Ammentorp J, Kofoed PE. Kommunikationsträning för personal kan öka patienters utbyte av vården. Läkartidningen. 2014;111:CZW4.
9. Clayton JM, Hancock K, Parker S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. Psychooncology. 2008;17:641-59.
10. Butow PN, Dowsett S, Hagerty R, et al. Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know? Support Care Cancer. 2002;10:161-8.
11. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002;16:297-303.
12. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, et al. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. Eur J Cancer Care. 2010;19:442-57.
14. Bohlin H, Eklund J. Empati. Teoretiska och praktiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2013.
15. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. London: Radcliffe; 2013.
16. SOU 2009:11. En nationell cancerstrategi för framtiden. Betänkande av utredningen En nationell cancerstrategi. Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
17. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. Lancet. 2002;359(9307):650-6.
18. Maguire P, Faulkner A. Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. BMJ. 1988;297:847-9.
21. Holm U. Det räcker inte att vara snäll. Om empati och professionellt bemötande inom människovårdande yrken. Stockholm: Natur & Kultur; 2009.
23. Bousquet G, Orri M, Revah-Levy A, et al. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. J Clin Oncol. 2015;33:2437-43.
24. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol. 2011;22:1030-40.
26. Bernacki R, Hutchings M, Vick J, et al. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. BMJ Open. 2015;5(10):e009032.
27. Aspegren K. Lär läkaren att samtala rätt. Läkartidningen. 2006;103:1954-6.

Rådgivning per telefon för personer med riskbruk av alkohol

Alkohollinjen erbjuder Motiverande samtal (MI) med inslag av Kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer som vill förändra sina alkoholvanor och för anhöriga.

Den första kontakten tas på eget initiativ. Det är möjligt att ha flera uppföljande samtal.

Samtal tas emot från hela landet, det är kostnadsfritt och den som ringer kan vara anonym.

Hänvisa till eller informera om Alkohollinjen.

Beställ kort och kortställ via info@alkohollinjen.se

ALKOHOL LINJEN
STÖD TILL FÖRÄNDRING

RING 020-84 44 48
www.alkohollinjen.se

Stockholms läns landsting i samarbete med Socialdepartementet

Läkartidningen arrangerar

Programoch anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Personlighetssyndrom

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET, KLARA ÖSTRA KYRKOGATA 10, STOCKHOLM, 7 DECEMBER, 2016

Detta symposium kommer att belysa den problematik som tidigare kallades personlighetsstörningar, men som nu benämns personlighetssyndrom. Personlighetssyndrom är vanligt förekommande, och problematiken påverkar interaktionen mellan patient och behandlare liksom även behandlingsutfallet vid andra former av fysisk eller psykisk ohälsa. Det är därför en viktigt för alla som arbetar inom sjukvården att ha kunskaper om dessa tillstånd. Symposiet kommer att belysa det dagsaktuella kunskapsläget rörande patientmötet, diagnostik och behandling.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 7 DECEMBER, 2016

12:00–13:00 **Registrering och lunch**

13:00–13:05 **Inledning** Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund, Läkartidningen

13:05–13:35 **Personlighetssyndrom – vad är det och hur ställer man diagnos?**
Specialistläkare Jörgen Herlofson, Uppsala

13:35–14:05 **Om möten och behandling vid personlighetssyndrom**
Överläkare Göran Rydén, Norra Stockholm psykiatri och docent Kent-Inge Perseius, Röda Korsets högskola, Stockholm

14:05–14:35 **Utbredd myt att alla personer med självskadebeteende har borderline-personlighetssyndrom**
Docent Mia Ramklint, Uppsala universitet, Akademiska sjukhuset

14:35–15:05 **Kaffe**

15:05–15:35 **Personlighetssyndrom, våld och kriminalitet**
Docent Tom Palmstierna, Rättspsykiatriska öppenvården, Beroendecentrum, Stockholm

15:35–16:05 **Neurobiologiska aspekter på personlighetssyndrom med emotionell instabilitet**
Docent Predrag Petrović, Karolinska institutet

16:05–16:30 **Avslutning och frågor till panelen**

Moderator: Professor Lisa Ekselius, Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet
Programansvariga: Lisa Ekselius och Margaretha Bågedahl-Strindlund, Läkartidningen

Välkommen till en intressant eftermiddag!

PRIS: 1 895 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i SLF erhåller 300 kr rabatt. Pensionär och medlem i Seniora Läkares förening 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: 7 december 2016 kl 12:00–16:30. Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm

Läkartidningen

Existentiell kris i livets slutskede förstärker de fysiska symtomen

MINSKAD ÅNGEST OCH KÄNSLA AV GEMENSKAP KAN MINSKA UPPLEVELSEN AV SMÄRTA

Peter Strang, överläkare, professor, Palliativt centrum, Stockholms sjukhem; Karolinska institutet, Stockholm
● peter.strang@ki.se

Alla former av kriser har existentiella inslag, eftersom krisen per definition påverkar ens existens och existensvillkor. Ändå brukar kriserna ofta indelas i utvecklingskriser och traumatiska kriser [1]. När övergår då en vanlig kris i en existentiell kris? En av pionjärerna inom den existentiella humanistiska terapin, James Bugental, definierar det på följande sätt [2, 3]: När krisen blir så kraftig att vi inte längre förmår att skydda oss från tankar på döden, meningslösheten, skulden och den existentiella ensamheten – då handlar det primärt om en existentiell kris.

Kännetecknande för den existentiella krisen är inte bara att den påverkar existensen, utan också att individen blir medveten om existentiella utmaningar, vilket beskrivits av Irvin Yalom, en av pionjärerna inom existentiell psykoterapi [3]. Utgående från James Bugentals och Irvin Yaloms synsätt handlar de existentiella utmaningarna om döden, meningslösheten, skulden och den existentiella ensamheten, men egentligen finns det en hierarki bland dessa utmaningar [2, 3].

Döden – den överordnade utmaningen

När döden rent konkret utmanar och hotar en människas liv aktiveras de övriga utmaningarna som en reaktion på dödshotet. Ens tidigare mening och meningskällor ifrågasätts: »Om jag ändå snart ska dö – vad finns det då för mening med allt jag gjort och allt jag har?«

Det är också dödens närhet som aktiverar skuldfrågor; när tiden håller på att ta slut går det inte längre att skjuta på sådana frågor. Om skuldkänslan man bär på har stor dignitet, t ex brutna relationer med ens egna barn, uppstår ett starkt behov av skuldlösning och försoning, vilket är möjligt ibland men inte alltid.

Ensam i sin situation

En livshotande sjukdom aktiverar också den existentiella ensamheten, dvs att man kan känna sig helt ensam i sin situation, ja till och med ensam i världen, trots att man har familj och vänner. Många svårt sjuka cancerpatienter beskriver det som att befinna sig i en glasbubbla. Man ser den friska världen utanför, man försöker sträcka sig efter den, men man når den inte. Man tillhör inte längre de friskas skara, och denna insikt blir en stark påminnelse om att det finns saker, upplevelser och känslor som man aldrig kan dela fullt ut.

Det är skillnad mellan döden i allmänhet och »min egen död«. Från den stund en person insett att döden verkligen gäller »mig« och »mitt liv«, blir livet aldrig mer som förr. Man kan dela mycket av det praktiska med sina nära och kära, man kan utväxla tankar och få tröst – men alla måste i slutändan dö sin egen död. Ingen annan kan dö åt en, eller dö med en. Den känslan är så skrämmande att det förekommer i extremfall att personer begår självmord tillsammans – i tron att man på så sätt slipper dö ensamma.



Foto: Fotolia/IBL

»När den döende personen befinner sig i en existentiell kris påverkar kropp och själ varandra som kommunicerande kärl.«

Existentiell kris och helhetssyn

När den döende personen befinner sig i en existenti-

HUVUDBUDSKAP

- Existentiell kris hos patienter i palliativ vård kännetecknas av påträngande tankar om döden, meningslösheten, den stora ensamheten, utsattheten och skuldfrågor.
- Dödshotet i sig aktiverar tankar om de övriga existentiella utmaningarna.
- Kropp och själ interagerar, och det finns anledning att inkludera existentiella aspekter även vid symtomlindring.
- Dödsångest, liksom upplevelse av ensamhet, har samband med skattad smärtintensitet. Minskad ångest och ökad känsla av gemenskap kan minska smärtupplevelsen.

FAKTA 1. Två fallbeskrivningar

Fall 1. Patienten var en 70-årig kvinna med spridd cancer, som befann sig i livets absoluta slutskede. På grund av metastaser hade hon svår värk från både ryggen och buken. Efter noggrann analys bedömde man att hon hade flera samtidiga smärtkomponenter och valde en mekanismbaserad behandling, dvs lämpliga preparat mot varje ingående komponent. Hon fick morfin mot molande nociceptiv smärta, diklofenak och senare även betametason mot skarp, rörelseutlöst smärta av inflammatorisk typ samt gabapentin mot neuropatisk smärtkomponent.

Trots detta fortsatte hon att skatta sin smärta till VAS 7, dvs mycket hög smärtnivå. Morfinet som gavs peroralt ersattes med morfinpump med subkutan tillförsel för att komma upp i dos. Ändå var smärtan kvar på VAS 7.

Ny analys gjordes. Det var uppenbart att patienten hade ovannämnda smärtkomponenter men dessutom en ovanligt stark och öppen dödsångest. Hon var övertygad om att döendet skulle bli kvalfullt med dödskamp, svåra smärtor och till slut kvävning: »Alla slutar ju att andas, det är väl för att de kvävs?«

Läkaren hade ett långt samtal om hennes farhågor och försökte dämpa hennes dödsångest genom att beskriva hur döendet vanligen går till: »Som regel hittar vi knep för smärtan, och dödskamp är extremt ovanligt enligt min erfarenhet.« Hon blev något lugnad.

Nästa dag hade smärtan minskat, men hon hade ytterligare frågor och ville gärna fortsätta samtalet. Läkaren hade långa stödjande existentiella samtal dagligen, och för varje dag minskade patientens smärta. När en vecka hade gått var hon lugn, den öppna dödsångesten hade släppt, och hon var i det närmaste smärtfri (VAS 1–2). Hon undrade till och med om hon kunde byta tillbaka från morfinpump till peroralt morfin, vilket fungerade.

Läkarens bedömning var att läkemedlen var väl utvalda och doserade, men att dödsångesten gjorde att hon hela tiden kände efter och till slut upplevde svår smärta från kroppen.

Fall 2. Patienten var en 80-årig änka med skelettmetastaserande cancer. Opioider hade god effekt, men regelbunden doshöjning och tillsyn hade krävts. När sjuksköterskan var på plats var patienten smärtfri, men på kvällarna larmade hon. I veckorna var hennes väninnor hos henne, men över helgen var hon ensam i sin lägenhet.

Hon larmade på fredag vid lunchtid. Läkaren gjorde akut besök, och det visade sig att hon skattade sin smärta till VAS 7, men hon såg relativt opåverkad ut. Läkaren efterhörde om hon kände oro, inte minst med tanke på den stundande helgen när hon skulle vara ensam. Hon medgav att det kändes väldigt oroligt att vara ensam, med tanke på att hon visste att hon var i livets absoluta slutskede.

Det fanns en ledig säng på vårdavdelningen, och läkaren erbjöd därför inläggning över helgen, då skulle patienten ha personal i närheten hela tiden. Hon tackade ja, med glädje. Efter 2 timmar var hon på plats, och samma läkare skrev in henne. När läkaren skattade smärtan igen sade hon med förvåning: »Nu är nog smärtan högst VAS 1!« Det visade sig att hon var smärtfri under helgen utan dosökning.

På måndagen kände hon sig trygg och visste att hon skulle få återkomma om det behövdes. Hon återvände till sitt hem med hemsjukvård, men med tätare sjuksköterskekontakter.

ell kris påverkar kropp och själ varandra som kommunicerande kärl. Symtom från kroppen aktiverar dödsångesten, och dödsångesten får patienten att börja känna efter. Denna plötsliga medvetenhet om signaler från kroppen kan leda till att symtom som smärta upplevs starkare än tidigare. Dödsångesten förstärker med andra ord smärtupplevelsen.

Enligt det palliativa förhållningsättet, som det definieras av WHO, beaktar man fyra dimensioner som alla påverkar varandra [4]:

- den fysiska
- den psykiska
- den sociala
- den existentiella/andliga.

Eftersom de olika dimensionerna interagerar med varandra, behöver det existentiella stöd vi erbjuder ta hänsyn till symtomens betydelse för existentiell ångest och vice versa. I dag finns det fungerande metoder för existentiellt stöd, bl a en modell som utvärderats i en svensk kontext och som finns beskriven i en avhandling [5], en lärobok [2] och i ett utvecklingsprojekt [6]. Modellen finns sammanfattad och utvärderad i en aktuell studie [7].

I korthet har modellen har tre delar: 1) teoretisk kunskap som 2) tillämpas på fallbeskrivningar och 3) en reflektionsdel med både vårdreflektion (vad betyder detta för vården?) och självreflektion (hur påverkas jag själv av t ex döden?).

Existentiell kris och symtom

Som nämnts kan ångest, ensamhet och dödsångest förstärka kroppsliga symtom som smärta, andnöd och trötthet [8-10]. Omvänt kan t ex svår smärta aktivera dödsångest, eftersom smärtan blir en påminnelse om att man har en sjukdom som hotar livet [8, 9].

Existentiell ångest ökar smärtupplevelsen. IASP (International Association for the Study of Pain) slår fast att smärta är en sensorisk och emotionell upplevelse [11]. Att den psykiska delen med oro och depression spelar roll börjar bli vedertaget. Av den anledningen återfinns diagnosen »pain disorder« i DSM-IV, där man i punkten C slår fast: »... psykologiska faktorer bedöms ha en viktig roll för smärtans debut, svårighetsgrad, exacerbation eller fortbestånd« [12].

Det finns också ett fysiologiskt korrelat till IASP:s smärtdefinition: människan har t ex olika smärtbanesystem och olika områden i hjärnan som bearbetar den sensoriska och den affektiva delen av smärtan [13, 14].

I palliativ vård handlar den emotionella komponenten dels om den intrapsykiska delen (oro, ångest, depression), dels om den sociala delen (bl a ensamhetskänslor) och om den existentiella delen (framför allt dödsångest).

Det finns således starka skäl att beakta sambandet mellan kropp och själ vid smärtbehandling för att uppnå optimal smärtlindring. Även om de farmakologiska aspekterna är viktiga, är de i vissa fall otillräckliga (Fakta 1, fall 1).

Ensamhet förstärker smärtupplevelsen. Att ha en sjukdom i ett sent palliativt skede är en ensam upplevel-

»Ju mer insikter vi får genom den nya neuropsykologiska forskningen, desto mer bevis får vi för vikten av att betrakta människan som en helhet.«

se, åtminstone på ett existentiellt plan. Man kan dela mycket av det sociala, men man delar inte längre samma framtid: patienten vet att hennes existens snart ska upphöra, medan hennes familj planerar för en fortsatt »frisk« framtid. I vissa fall är patienterna även socialt ensamma, de är ensamstående utan någon att prata med.

Inte minst inom hemsjukvården har jag många gånger noterat hur ensamheten tycks förvärra symtom såsom smärta, dyspné och trötthet. Det är inte ovanligt att en patient larmar för smärtgenombrott. Det görs då akut hembesök, man sitter ner en stund och pratar. När man sedan ställer frågan: »Hur känns det just nu?« blir svaret förvånansvärt ofta: »Nu när ni är här, har jag faktiskt inte ont!«

Är detta inbillning eller finns det en bakomliggande förklaring till fenomenet? Tidigare ansågs ensamheten vara »tråkig för patienten men inte sjukvårdens uppgift«. I dag vet man från väl genomförda neurofysiologiska undersökningar att det finns ett fysiologiskt korrelat mellan upplevelsen av ofrivillig ensamhet/utanförskap och smärta. Genom undersökningar med funktionell magnetresonanstomografi (fMRI) kan man visa att smärtcentrum aktiveras av upplevd ensamhet, ett fynd som publicerades redan 2003 i den ansedda tidskriften Science (»Does rejection hurt?«) [10].

I efterföljande (f)MRI-studier som sammanfattas i en översiktsartikel har man kunnat visa att gemenskap, även den som skapas för stunden, dämpar aktiviteten i smärtcentrum på ett mätbart sätt [14]. Intressant nog gäller det både den sensoriska och emotionella delen av smärtcentrum [14] (Fakta 1, fall 2).

Evolutionsbiologisk förklaring

De båda fallbeskrivningarna (Fakta 1) illustrerar hur kropp och själ interagerar. Det finns en evolutionsbiologisk förklaring till fyndet. Historiskt sett har människans hot varit av fysisk art (rovdjur, fiender), och individen som lämnade byn eller gruppen var bokstavligen i livsfara.

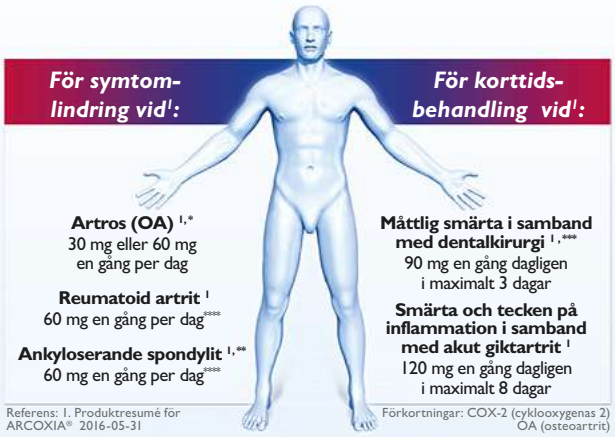
Av den anledningen har kroppen utvecklat två varningssystem som båda har som uppgift att »driva individen tillbaka till flocken«. Varningssystemen har handlat om a) stresspåslag och därmed oro (det känns ångestfyllt att vara ofrivilligt ensam) och b) aktivering av smärtsystemet. Mekanismerna beskrivs i två populärvetenskapliga böcker [15, 16].

Ju mer insikter vi får genom den nya neuropsykologiska forskningen, desto mer bevis får vi för vikten av att betrakta människan som en helhet. Descartes var den filosof som började separera kropp och själ. I dag har vi anledning att omvärdera det synsättet.



ARCOXIA® (etoricoxib) är godkänt för ett brett spektrum av indikationer[1]

Beslutet om att förskriva en selektiv cyklooxygenas-2-hämmare ska baseras på en individuell bedömning av patientens samtliga riskfaktorer.[1]



Referens: 1. Produktresumé för ARCOXIA® 2016-05-31

Förkortningar: COX-2 (cyklooxygenas 2) OA (osteoartrit)

På grund av de kardiovaskulära riskerna ska kortast möjliga behandlingsvaraktighet och lägsta effektiva dagliga dos av ARCOXIA® användas.[1]

Högre doser än de rekommenderade för varje indikation har antingen inte kunnat bevisas ha större effekt, eller har inte studerats alls.[1] Dosen vid artros bör ej överstiga 60 mg dagligen.[1] Dosen vid reumatoid artrit och ankyloserande spondylit bör ej överstiga 90 mg dagligen.[1] Dosen vid akut gikt bör ej överstiga 120 mg dagligen, begränsat till maximalt 8 dagars behandling.[1] Om en ökad terapeutisk fördel uteblir, skall andra behandlingsalternativ övervägas[1].

Innan du förskriver ARCOXIA® ska du läsa den fullständiga förskrivningsinformationen inklusive kontraindikationer och försiktighetsåtgärder.

* Den rekommenderade dosen för artros är 30 mg en gång per dag. En doshöjning till 60 mg en gång per dag kan öka effekten. Dosen vid artros får inte överskrida 60 mg per dag.
** Vid akuta smärttillstånd ska etoricoxib endast användas under perioden med akuta symptom.
*** Vissa patienter kan behöva ytterligare postoperativ smärtlindring.
**** Hos vissa patienter med otillräcklig symtomlindring kan en ökad dos till 90 mg en gång dagligen öka effekten.

ARCOXIA® (etoricoxib) coxib (Rx, baserat på SPC godkänd av LMV: 2016-05-31): filmdragerad tablett 30 mg, 60 mg, 90 mg och 120 mg. **Indikationer**: För symtomatisk lindring av artros, reumatoid artrit (RA), ankyloserande spondylit samt smärta och tecken på inflammation i samband med akut giktartrit. För korttidsbehandling av måttlig smärta i samband med tandkirurgi. Beslut om att förskriva en selektiv COX-2-hämmare ska baseras på en individuell bedömning av patientens samtliga riskfaktorer. **Kontraindikationer**: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, aktivt magsår, aktiv gastrointestinal blödning, tidigare överkänslighet för aspirin eller NSAID, graviditet och amning, allvarlig leverdysfunktion, uppskattat kreatininclearance <30 ml/min, barn och ungdomar under 16 år, inflammatorisk tarmsjukdom, kronisk hjärtsvikt, ihållande hypertension (blodtryck under 140/90 mm Hg) och är inte tillräckligt kontrollerad etablerad ischemisk hjärtsjukdom, perifer arteriell sjukdom och/eller cerebrovaskulär sjukdom. **Varningar och försiktighet**: Försiktighet hos patienter med ökad risk att utveckla gastrointestinala komplikationer från NSAID; äldre, patienter som samtidigt använder andra NSAID eller aspirin, eller patienter med en tidigare historia av gastrointestinala sjukdomar såsom ulcerationer och gastrointestinal blödning. Det finns ytterligare en ökad risk för gastrointestinala biverkningar när de administreras samtidigt med acetylsalicylsyra. COX-2-hämmare kan förknippas med en risk för trombotiska händelser (särskilt hjärtinfarkt och stroke) jämfört med placebo och vissa NSAID. Den kortast möjliga och lägsta effektiva dygnsdos användas under behandling med etoricoxib. Patienter med betydande riskfaktorer för kardiovaskulära händelser (t.ex. Hypertoni, hyperlipidemi, diabetes mellitus, rökning) bör endast behandlas efter noggrant övervägande. Hos patienter med en historia av betydande njurinsufficiens, okompenserad hjärtsvikt eller cirros bör övervägas om njurfunktionen hos dessa patienter bör övervakas när etoricoxib minska prostaglandinbildning och sekundärt njur blodflödet, och därmed försämra njurfunktionen. Försiktighet bör iakttas hos patienter med hjärtsvikt, vänsterkammardysfunktion eller hypertoni, och patienter som har haft ödem av annan orsak. Högt blodtryck bör styras före behandling, inom två veckor efter start och sedan följs upp regelbundet. Patienter med symtom och/eller tecken på leverdysfunktion eller som har en avvikande leverfunktionstest bör övervakas. Det bör finnas lämplig medicinsk övervakning när etoricoxib ges till äldre och patienter med nedsatt njur-, lever- eller hjärtfunktion. Försiktighet bör iakttas när behandling inleds med etoricoxib till patienter med uttalad dehydrering. Det rekommenderas att rehydrera patienterna innan behandling. Etoricoxib kan maskera feber och andra tecken på inflammation. Försiktighet bör iakttas vid samtidig administrering av etoricoxib och warfarin eller andra orala antikoagulantia. Etoricoxib rekommenderas inte till kvinnor som försöker bli gravida. **De vanligaste biverkningarna:** alveolar osteit, ödem/vätskeretention, yrsel, huvudvärk, palpitationer, arytmi, hypertoni, bronkospasm, förstoppning, flatulens, gastrit, halsbränna/sura uppstötningar, diarré, dyspepsi/epigastrisk obehagskänsla, illamående, kräkningar, esofagit, munsår, förhöjt ALAT, förhöjt ASAT, ekkymos, asteni/trötthet, influensaliknande symtom. Följande allvarliga biverkningar har rapporterats i samband med användning av NSAID och kan inte uteslutas för etoricoxib: nefrotoxicitet inklusive interstitiell nefrit och nefrotiskt syndrom. Det har rapporterats i mycket sällsynta fall allvarliga hudreaktioner, vissa med fatal utgång, inklusive exfoliativ dermatit, Stevens-Johnson syndrom och toxisk epidermal nekrolys i samband med användning av NSAID och vissa selektiva COX-2-hämmare efter marknadsföring.

Vid förskrivning och för aktuell information om förpackningar och priser se www.fass.se.

Läs alltid produktresumén före förskrivning.

Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB, Box 7125, 192 07 Sollentuna. Tel 08-578 135 00, www.msd.se. Läkemedelsföretagets ombud: Grunenthal Sweden AB, Frösundaviks allé 15, 169 70 Solna. Tel 08-643 40 60, www.grunenthal.se.

GRÜNENTHAL

www.grunenthal.com
ARCOXIA® är ett registrerat varumärke som tillhör Merck Sharp & Dohme Corp, Whitehouse Station, NJ, USA

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-119799-0000, OCT 2016

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D6S6

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
2. Sand L, Strang P. När döden utmanar livet. Om existentiell kris och coping i palliativ vård. Stockholm: Natur och Kultur; 2013.
3. Yalom I. Existential psychotherapy. New York: Basic Books, Inc; 1980.
4. Strang P. Ett palliativt förhållningssätt enligt WHO. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. p. 30-4.
5. Sand L. Existential challenges and coping in palliative cancer care [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2008.
6. Sand L, Olsson M, Strang P. Att ge stöd till patienter och närstående under en existentiell kris. Fortbildning för personal i cancervård. Slutrapport. Stockholm: Cancerfonden; 2015.
7. Sand L, Olsson M, Strang P. Supporting in an existential crisis. A mixed methods evaluation of a training model in palliative care. Palliat Support Care. Under publ.
8. Strang P. Existential consequences of unrelieved cancer pain. Palliat Med. 1997;11:299-305.
9. Strang P, Strang S, Hultborn R, et al. Existential pain – an entity, a provocation, or a challenge? J Pain Symptom Manage. 2004;27:241-50.
10. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. Science. 2003;302:290-2.
11. IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6(3):249.
12. American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Kristianstad: Pilgrim Press; 1995.
13. Strang P. Nociceptorer och smärtbanor. I: Strang P, redaktör. Cancerrelaterad smärta. Stockholm: Studentlitteratur; 2012. p. 45-55.
14. Eisenberger NI. The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. Psychosom Med. 2012;74:126-35.
15. Cacioppo J, Patrick W. Loneliness. Human nature and the need for social connection. New York: W.W. Norton & Company; 2008.
16. Strang P. Att höra till. Om ensamhet och gemenskap. Stockholm: Natur och Kultur; 2014.

Skriv under Nya rön!

Har du blivit publicerad?
Har du doktorerat?
Skriv ett kort referat under Nya rön i Läkartidningen.

Kontakta anne.brynolf@lakartidningen.se

Läkartidningen

Viktigt att stärka närståendes möjligheter att förbereda sig

Anette Alvariza, docent, lektor, leg specialistsjuksköterska, institutionen för vårdvetenskap, Palliativt forskningscentrum, Ersta Sköndal högskola; Capio ASIH och palliativa enheten, Dalens sjukhus, Stockholm
● anette.alvariza@esh.se

Maja Holm, lektor, med dr, leg sjuksköterska, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola; Palliativt centrum för samskapad vård, Linnéuniversitet, Växjö

Tove Bylund-Grenklo, lektor, med dr, institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Palliativt centrum för samskapad vård, Linnéuniversitetet, Växjö; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm

Ida Goliath, med dr, leg sjuksköterska, institutionen för lärande, informatik, management och etik, Karolinska institutet; hospicekliniken, Ersta sjukhus, Stockholm

Ulrika Kreicbergs, professor, leg sjuksköterska, institutionen för vårdvetenskap, Palliativt forskningscentrum, Ersta Sköndal högskola; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm

Svårt sjuka patienter vårdas ofta i det egna hemmet och inte sällan ända fram till döden. Trots insatser från hemsjukvård har närstående ofta en avgörande roll i vården. Närstående definieras här som familj, släkt, vän eller partner som har en betydelsefull relation till patienten och ger någon form av praktiskt, emotionellt, socialt eller existentiellt stöd. För många är det naturligt att ta en vårdande roll, medan andra upplever att de inte har något val. Förväntningar finns hos den närstående själv, patienten, andra familjemedlemmar och vänner men också från vårdpersonal och samhället. Tiden som närstående till någon som är svårt sjuk och döende kan vara omtumlande, intensiv och ur många aspekter påfrestande [1]. Att vårda en person i hemmet kan innebära att axla nya och komplexa uppgifter som att vara involverad i bedömningar av symtom, att koordinera vårdkontakter och utgöra en länk mellan patient och sjukvårds- och omsorgspersonal. Det är inte ovanligt att närstående därmed känner ansvar för den vård som patienten får [2].

Närstående har ofta en viktig roll och stor betydelse för patienten även vid palliativ slutenvård, inte minst för att ge stöd utifrån emotionella, sociala och existentiella aspekter. Det är särskilt viktigt att understryka det unika i att vara närstående till någon som befinner sig i livets slut. De närstående har också, utöver vårdsituationen, att hantera sina egna känslor kring förlust, sorg och död. Närstående beskriver ofta tiden med blandade positiva och negativa känslor. Trots upplevelser av tillfredsställelse och tacksamhet så innebär situationen stora utmaningar och kan medföra en hel del negativa konsekvenser. Bland annat beskrivs nedstämdhet, ångest, oro, sömnlöshet, trötthet, ensamhet och allmänt nedsatt hälsa. Ofta är närstående otillräckligt förberedda för sin vårdarroll och har behov av information och stöd [1].

Att vara närstående innebär inte att man är förberedd

Att vara förberedd har lyfts fram som ett viktigt fenomen för närstående till svårt sjuka patienter. Det har visat sig relatera till flera positiva faktorer och anses ha en skyddande effekt mot negativa konsekvenser. De närstående som känner sig mer förberedda upplever till exempel mindre ångest, mer bibehållen känsla av hopp samt större egen behållning av att vårda [3]. Förberedelse kan definieras som hur redo närstående upplever sig vara för att ge praktisk vård, känslomässigt stöd och för att hantera den egna stressen [4]. Inom palliativ vård har närståendes förberedelse för att vårda beskrivits som en pågående process genom sjukdomsförloppet fram till dödsfallet. Två viktiga begrepp är medvetenhet och accepterande. I medvetenheten finns en växande insikt om innebörden av det svåra sjukdomstillståndet och att den närstående har fått en ny roll och relation till den sjuke. Att acceptera handlar om att acceptera den rollen, men även sjukdomstillståndet [5]. Som en del i förberedelsen är det inte ovanligt att närstående söker efter information via internet eller andra källor. De kan därmed behöva samtal med kompetent personal för att förstå och värdera information och den situation de och patienten befinner sig i samt för att kunna vara delaktiga i beslut som fattas [2].

Att vara förberedd för döden

Inom palliativ vård är närståendes förberedelse för att vårda nära sammankopplad med det förestående dödsfallet. Närstående behöver inte bara förbereda sig för att vårda en svårt sjuk person utan också för den kommande förlusten. Hos närstående finns ofta en medvetenhet om att patientens tid är begränsad och en sorg över detta. Det kan medföra känslomässiga reaktioner som chock, ilska, förtvivlan och nedstämdhet, vilket också kan ses som ett sätt att förbereda sig [6]. Närståendes förberedelse behöver inte nödvändigtvis vara beroende av hur länge eller hur svårt sjuk patienten varit, utan det handlar om hur redo den enskilda individen känner sig [7]. Det finns dock forskning som visar att närstående som fått kortare tid på sig att förbereda sig för dödsfallet upplever fler svårigheter [8]. Förberedelse för döden har precis som förberedelse för att vårda fler än en dimension. Det kan handla om kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga dimensioner. Låg grad av förberedelse har visat sig vara kopplad till negativa effekter hos närstående efter dödsfallet [9]. Samtal kring döden mellan närstående och patient kan påverka upplevelsen av förberedelse för dödsfallet [10]. Det kan dock

HUVUDBUDSKAP

- När svårt sjuka patienter vårdas i det egna hemmet har närstående ofta en avgörande roll.
- De närstående har också, utöver vårdsituationen, att hantera sina egna känslor kring förlust, sorg och död.
- Närstående är ofta otillräckligt förberedda för sin vårdarroll och har behov av information och stöd.
- Att vara förberedd har lyfts fram som ett viktigt fenomen för närstående. Det har visat sig relatera till flera positiva faktorer och anses ha en skyddande effekt mot negativa konsekvenser.
- Med en öppen, ärlig kommunikation och ett riktat stöd ökar närståendes möjligheter att förbereda sig för en vårdande roll samt det faktum att sjukdomen är obotlig och leder till döden.



Foto: Hellen Sergeyeva/Fotolia/IBL

»Om närstående får stöd att förbereda sig för att vårda kan det medföra att de även känner sig mer förberedda för dödsfallet och perioden därefter.«

vara svårt att prata om den förestående döden, och i önskan att skydda varandra kan samtal utebli samtidigt som det kan finnas oro för hur den/de andra förstår och hanterar situationen [2]. Med stöd kan kommunikationen underlättas och det kan bli lättare att sätta ord på det som känns svårt och även att prata om händelser som kan vara viktiga att reda ut innan döden [11]. En situation som kan vara oundviklig och särskilt utmanande för hela familjen är när man behöver fatta beslut om var döden ska ske: hemma eller på sjukhus? Det har beskrivits som en utmaning att samtala om då det innebär att också konfronteras med det faktum att en familjemedlem snart ska dö. Alla familjemedlemmar är inte alltid redo eller orkar inte prata om döden och dess praktiska och känslomässiga konsekvenser [2].

Det har tidigare föreslagits att upplevelsen av att vårda en närstående kan påverka upplevelsen av dödsfallet. Om närstående upplevt situationen som ångestfylld och svår att hantera kan dödsfallet upplevas på ett mer negativt sätt, vilket kan göra sorgen svårare att hantera [12]. Om närstående får stöd att förbereda sig för att vårda kan det medföra att de även känner sig mer förberedda för dödsfallet och perioden därefter. Vårdpersonal har en viktig roll i att stärka närståendes förberedelse utifrån kommunikation om såväl praktiska som medicinska och existentiella frågor [13].

Barn och tonåringar som närstående

En förälders svåra sjukdom och förtida död är ett trauma som kan få allvarliga konsekvenser för ett barn. Forskning och klinisk erfarenhet visar att barn, precis som vuxna närstående, behöver hjälp att förstå och förbereda sig för vad som kan hända och år 2010 gjordes ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen, 2g§, som berör barns behov av information, råd och stöd vid bland annat en förälders allvarliga sjukdom och död. Tidigare har nog sjukvården, generellt sett, förutsatt att föräldrarna själva pratar med barnen. De vuxna är dock själva under stark press, och många önskar få råd från de professionella i sjukvården om exempelvis hur och när de bör tala med barnen och hur de kan hantera frågor som de inte kan eller orkar svara på. Liksom mellan vuxna finns det mellan barn och vuxna en vilja att skydda. I en nationell studie med tonåringar som mist en förälder i cancer var det vanligt att man tillsammans hade låtsats att tillståndet inte var så allvarligt, till och med sista veckan som föräldern levde [14]. En intervjustudie som genomförts efter förlusten visar att tonåringarna hade liten kunskap om och insikt i sin förälders sjukdom och död. För att förstå och förbereda sig observerade de på egen hand sin förälder, noterade och reflekterade över förändringar och jämförde hur föräldern mådde från dag till dag [15]. Förståelse för förälderns sjukvård har ett samband med den långsiktiga psykiska hälsan bland tonåringar som mist en förälder [14]. Gjordes verkligen allt för att bota? Kunde man lita på sjukvården? Att säkerställa att familjerna före förlusten får information om sjukdom, behandling och död kan leda till ökad tillit till sjukvården [16].

Att vara närstående när ett barn dör

När ett barn drabbas av allvarlig sjukdom påverkas ofrånkomligt hela familjen. Framför allt föräldrarna utsätts för stora påfrestningar. Familjens vardag förändras, vilket kan leda till stress och ohälsa inte bara för föräldrar utan även för övriga närstående. Det kan vara svårt för föräldrar att räcka till. Inte sällan känner sig syskon osynliga och upplever att de inte har någon plats i familjen när situationen är så pressad.

Ett barns sjukdom kan ha ett långvarigt förlopp eller snabbt innebära palliativ vård. Vårdens insatser och kommunikationen med föräldrar och närstående har stor betydelse inte bara för det sjuka barnet utan för hela familjens hälsa på kort och lång sikt. Symtomlindring är av största vikt för barnets välbefinnande och påverkar även föräldrars hälsa många år efter att de mist sitt barn om den försummats. Som en mamma sagt: »Att mista sitt barn är inte det värsta som kan hända, utan att se sitt barn lida.« Både fysiska och psykiska symtom är viktiga att lindra. För föräldrar kan det vara extra svårt att se sitt barn plågas psykiskt, exempelvis av ångest, och denna ångest smittar. En god kommunikation är en bra början till symtomlindring. Kommunikation mellan vårdpersonal och familjer påverkar även föräldrars insikt om barnets förestående död, vilket i sin tur kan ha betydelse för platsen för barnets död [17].

En studie med föräldrar som mist ett barn i cancer visade att ingen förälder som pratat med sitt barn om döden ångrade det, men bland dem som inte hade pratat ångrade sig närmare en tredjedel [18]. Ofta initieras kommunikationen av barnet, med kopplingar till sagor och berättelser eller genom icke verbal kommunikation i form av teckningar. Även film eller musik har nämnts som uttryckssätt; det senare mer sällan för yngre barn. Litteratur med döden som tema och möjligheter till skapande bör därför finnas där svårt

FAKTA 1. Korta rekommendationer/råd till vårdpersonal

- Identifiera närstående och erbjud kontakt redan initialt i vårdrelationen.
- Efterfråga närståendes egna resurser och behov av stöd.
- Bekräfta närståendes insatser.
- Sträva efter att tillämpa öppen och ärlig kommunikation.
- Erbjud kontinuerliga samtal/information till närstående och/eller tillsammans med patienten samt extra information vid och inför förväntade förändringar.
- Ställ öppna frågor och lyssna, då det inbjuder närstående till att våga prata om det som är svårt.
- Ge stöd för att underlätta kommunikationen mellan patient och närstående.
- Både standardiserade stödinterventioner och individuellt riktat stöd behövs.

sjuka barn (och vuxna) vårdas. Vårdpersonal bör vara uppmärksam på barns signaler och initiativ till att vilja kommunicera.

Stöd till närstående

Sammanfattningsvis kan sägas att närstående, oavsett ålder och relation till den som är sjuk, i god tid behöver ges möjligheter att förbereda sig för att hantera det som händer och det som kan förväntas hända under vårdtiden. Detta kan ske på olika sätt. I en relation, i detta fall mellan vårdpersonal och närstående i palliativ vård, baserad på förtroende, följsamhet och kontinuitet ges utrymme att ställa frågor, uttrycka känslor och få bekräftelse. Ett sådant emotionellt stöd ökar även förutsättningarna för att adekvat information, exempelvis om livets slut, förmedlas, tas emot och accepteras. Stöd kan också bestå av mer praktisk hjälp som kan underlätta vardagen i hemmet, såsom hjälpmedel, utbildning i förflyttningsteknik eller avlastning. Standardiserade stödformer används omväxlande med specifika insatser för att möta individuella och unika behov för närstående i alla åldrar. Nationella och internationella resultat visar att vuxna närstående efter att ha fått ovanstående i form av en stödintervention ökade sin förberedelse och sin kompetens för att vårda [19, 20].

Ett förhållningssätt som baseras på öppen, ärlig kommunikation och ett riktat stöd ger sannolikt närstående ökade möjligheter att förbereda sig för en vårdande roll men också för det faktum att sjukdomen är obotlig och leder till döden. Detta kan även medföra en viss förberedelse för ett liv efter patientens död. Det kan bidra till att närstående kan hitta sätt att aktivt tillvarata nuet och den återstående tiden tillsammans med patienten. När närstående känner sig förberedda kan det vara lättare att göra val och prioriteringar som känns rätt både i ett kortare och längre tidsperspektiv. Det är viktigt att vara medveten om att närstående har poängterat värdet av att konfronteras med det smärtsamma även om det i stunden upplevs svårt. Känslan av att vara förberedd kan minska rädslan för vad som kan hända och mindre energi behöver läggas på att oroa sig. Det kan ge en känsla av kontroll i en situation där man maktlös står bredvid och ser patientens hälsa försämras.

Det behövs mer kunskap men man kan anta att sjukvårdens stöd till närstående också har betydelse för patienten. Framtida forskning behöver i högre grad fokusera på betydelser och effekter för patienten då närstående deltar i stödinterventioner. Det är också angeläget att utveckla stödet så att det om möjligt omfattar familjen som helhet, där även patienten ingår.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4YC

REFERENSER

1. Funk L, Stajduhar K, Toye C, et al. Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). Palliat Med. 2010;24(6):594-607.
2. Carlander I. Me-ness and we-ness in a modified everyday life close to death at home [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle; 2011.
3. Henriksson A, Årestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. Palliat Med. 2013;27(7):639-46.
4. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, et al. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990:13(6):375-84.
5. Holm M, Henriksson A, Carlander I, et al. Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: an ongoing process. Palliat Support Care. 2015:13(3):767-75.
6. Simon JL. Anticipatory grief: recognition and coping. J Palliat Med. 2008;11(9):1280-1.
7. Barry L, Kasl, SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. Am J Geriatr Psychiatry. 2002;10(4):447-57.
8. Valdimarsdóttir U, Helgason AR, Fürst CJ, et al. Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: a nationwide follow-up. Palliat Med. 2004;18(5):432-43.
9. Hauksdóttir A, Steineck G, Fürst CJ, et al. Long-term harm of low preparedness for a wife's death from cancer – a population-based study of widowers 4-5 years after the loss. Am J Epidemiol. 2010;172(4):389-96.
10. Jonasson JM, Hauksdóttir A, Nemes S, et al. Couples' communication before the wife's death to cancer and the widower's feelings of guilt or regret after the loss – a population-based investigation. Eur J Cancer. 2011;47(10):1564-70.
11. Henriksson A, Andershed B. A support group programme for relatives during the late palliative phase. Int J Palliat Nurs. 2007;13(4):175-83.
12. Smith P. Working with family caregivers in a palliative care setting. In: Payne S, Seymour J, Ingleton C, editors. Palliative care nursing: principles and evidence for practice. 1st Ed. New York: Open University Press; 2004. p. 312-28.
13. Hebert RS, Prigerson HG, Schulz R, et al. Preparing caregivers for the death of a loved one: a theoretical framework and suggestions for future research. J Palliat Med. 2006;9(5):1164-71.
14. Bylund-Grenklo T. Teenagers losing a parent to cancer: experiences, modifiable risk-factors and long-term outcome [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för onkologi-patologi; 2013.
15. Melcher U, Sandell R, Henriksson A. Maintaining everyday life in a family with a dying parent: teenagers' experiences of adapting to responsibility. Palliat Support Care. 2015:13(6):1595-601.
16. Grenklo TB, Kreicbergs UC, Valdimarsdóttir UA, et al. Communication and trust in the care provided to a dying parent: a nationwide study of cancer-bereaved youths. J Clin Oncol. 2013;31(23):2886-94.
17. Valdimarsdóttir U, Kreicbergs U, Hauksdóttir A, et al. Parents' intellectual and emotional awareness of their child's impending death to cancer: a population-based long-term follow-up study. Lancet Oncol. 2007;8(8):706-14.
18. Kreicbergs U, Valdimarsdóttir U, Onelöv E, et al. Talking about death with children who have severe malignant disease. N Engl J Med. 2004;351(12):1175-86.
19. Hudson P, Trauer T, Kelly B, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. Psychooncology. 2013;22(9):1987-93.
20. Holm M, Årestedt K, Carlander I, et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care – results from a randomized control trial. Psychooncology. 2016;25(7):795-802.

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



□□□ Vinst i välfärden är en av de flitigast dryftade politiska frågorna de senaste åren och polemiken i debatten är stor – dränerar företagen välfärdens resurser eller innebär konkurrensen ökad kvalitet och ett effektivare resursutnyttjande?

Välfärdsutredningen föreslår vinstbegränsning för vårdföretag

FÖR ATT SÄKERSTÄLLA att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått tillsatte regeringen 2015 Välfärdsutredningen. Utredningen fick i uppdrag att föreslå ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster och i betänkandet Ordning och reda i välfärden lämnades nyligen de förslag som är tänkta att lösa den gordiska knuten.

Betänkandet är omfattande, men det förslag som framförallt lyfts fram handlar om vinstbegränsning. Alla utförare i välfärden som tar emot offentliga medel måste ha tillstånd och en förutsättning för tillståndet är att rörelseresultatet inte får vara högre än sju procentenheter + statslåneräntan av det operativa kapitalet i företaget.

Intervju med Sven Söderberg, ordförande privatläkarföreningen

Varför ska det finnas företag inom vården och varför ska de kunna gå med vinst?

– Ofta är småföretagaren inom vården läkare med bakgrund inom offentlig sektor som startat eget för att kunna förverkliga sin vision. Med fler utförare ökar konkurrensen och då stimuleras nya tankar och idéer. Vården utvecklas och nya, effektiva lösningar kommer fram så att tiden fördelas på rätt sätt.

– Vinsten behövs eftersom det ofta är den ackumulerade lön som företagaren avstått ifrån för att kunna bygga upp företaget, men det är också en viktig drivkraft eftersom det bara är genom att satsa på utveckling och hög kvalitet som en uthållig vinst kan uppnås.

Vad skulle en vinstbegränsning innebära för företagen inom vården?

– Troligtvis skulle de små professionsstyrda företagen inom vårdbranschen drabbas hårdast och slås ut till förmån för de kapitalstarka vårdbolagen, en vinstreglering skulle således stoppa den vård som ger bäst resultat.

– Vidare riskerar en populistisk politisk styrd vinstreglering att leda till ett ointresse för utveckling och innovation som resulterar i sämre valfrihet och sämre kvalitet. Flera företag skulle avveckla sin verksamhet och färre skulle vara intresserade av att starta nya företag. Om företag försvinner minskar konkurrensen och kapitalet och idéerna som vården är i så



stort behov av skulle vandra vidare till andra sektorer. Vinstbegränsning kommer därför att begränsa möjligheten till fortsatt utveckling. Förlorare på detta blir patienter, skattebetalare och personalen verksam inom vården.

Vad är alternativet till vinstbegränsning?

– Fokus måste ligga på kvaliteten. Kvaliteten måste utvecklas, följas upp och redovisas och tydliga krav måste ställas på oss utförare, på ett genomtänkt och långsiktigt vis, utan detaljreglering eller snabba kast. Vi bidrar till vårdens utveckling och jag hoppas att beslutsfattarna kommer till insikt om att det inte finns någon motsättning mellan vinst och kvalitet.



Är du chef och medlem i Läkarförbundet? Då kan du söka till Läkarförbundets mentorprogram för chefer – en ny unik medlemsförmån för dig som är chef.

Mentorprogram för chefer

MENTORPROGRAMMET är skräddarsytt för läkare som är chefer. Det vänder sig både till medlemmar som är nya i sina chefsroller – adepterna – och till mer erfarna chefer – mentorerna.

I programmet använder vi mentorernas kunskap, erfarenhet och nätverk för att stärka adepterna i deras ledarskap. Mentorerna hjälper en chefskollega att utvecklas, och växer och inspireras på så sätt även de i sitt ledarskap. Du som deltar får också en unik möjlighet att utöka ditt nätverk med andra chefer och läkare.

Både adepter och mentorer

Mentorprogrammet pågår under nio månader och rymmer 15 mentorer och 15 adepter. Start- respektive avslutningsträff är heldagar på Läkarförbundet, Villagatan 5 i Stockholm. Däremellan arrangeras webinarium och mentorsparen träffas på egen hand ungefär en gång i månaden. Du är välkommen att delta oavsett var i landet du är verksam.

Programmet är gratis för medlemmar i Läkarförbundet, startar den 30 mars 2017 och pågår till och med den 11 januari 2018.

Ansök senast den 8 januari 2017.

- **Läkare och chef – en handbok.** Läkarförbundet och Chefsföreningen har tagit fram en handbok för dig som är eller ska bli chef. I den har vi samlat information både om hur vi kan stötta dig i din roll som chef och om olika chefsbefattningar, avtal, arbetsrätt och ansvarsfrågor.
- **Chefsföreningen – ett nätverk för chefer.** Som chef kan man behöva någon att diskutera sinn chefsroll med. Någon som är bekant med de situationer man ställs inför och som kan ge råd och stöd. Genom Läkarförbundets chefsförening får du tillgång till mötesplatser för reflektion och utveckling samt ett nätverk för chefer.
- **Chefsnyheterna.** Saco har utvecklat ett nyhetsbrev speciellt för chefer. Det heter Chefsnyheterna och innehåller information om chefs- och ledarskap, ofta med anknytning till aktuell forskning.

➳ www.lakarforbundet.se/chef



Prenumerera på Fokus

Som medlem i Läkarförbundet kan du prenumerera på tidningen Fokus med 45 procent rabatt.
”Fokus är en tidning som brinner för en enda sak – att göra sina läsare smartare utan att de märker det.”

Läkarförbundet i debatten

Osaklig kritik mot läkares sidouppdrag
// DN Debatt

Kritiken mot att läkare anlitas av läkemedelsföretag är osaklig. Vi måste inse att hälso- och sjukvårdens ständiga utveckling och förbättring är helt beroende av nära samverkan. Samtidigt måste det finnas fullständig öppenhet om alla läkares sidouppdrag.

Så ska vi få vården att fungera
// UNT

Med ett nödrop klarade landstinget att hålla samtliga vårdcentraler öppna under sommaren. Krisen i länet är ett faktum, och uppmaningen från IVO att åtgärda detta måste tas på allvar. Det är otvetydigt landstingets ansvar att producera god vård till sina medborgare. Samtidigt kan inget landsting ensamt råda bot på läkarbrist och ökande utgifter. Därför behövs en nationell reform.

Nya skatten gör vår pension ännu lägre
// Aftonbladet

Regeringen överväger ett förslag som riskerar att göra tjänstepensionen mindre värd genom en skatt på finansiella tjänster. Skatten får inte leda till att våra medlemmars tjänstepensioner urholkas, skriver Heidi Stensmyren med flera.

Ersätt vårdkontakten med läkare
// Hallandsposten

Att ersätta fast vårdkontakt med patientansvariga läkare, PAL, skulle öka tryggheten för patienterna i Region Halland. Det anser Läkarförbundet som fört samtal med företrädare för pensionärs- och patientföreningar.

Läkare har svårt att få en tydlig bild över vilka mediciner en patient tar
// Sydsvenskan

Trots att digitaliseringen i samhället går i raketfart är patientens medtagna handskrivna komihåglapp ofta den mest tillförlitliga källan till vilka läkemedel hen tar. Detta faktum är ett hot mot patientsäkerheten, ett arbetsmiljöproblem och ett slöseri med vårdens resurser, skriver Emma Spak, Läkarförbundet.

Medlemsinformation från

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Läkarkarriär.se

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARTJÄNSTER

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

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr
AKUTSJUKVÅRD		
Spec/överläkare i Akutsjukvård till Hallands sjukhus, Varberg		47
ÖLoch BÖL/Spec-läkare Funktion Akut, Karolinska Univ sjh, Solna	11/12	47
ALLMÄNMEDICIN		
Allmänspecialist eller Geriatriker, GOA NU-sjukvården, Trollhättan	30/11	46
Allmänspecialist till Sandviken Södra Din hälsocentral, Sandviken	15/12	47
Distriktsläkare Torsviks vårdcentral, Stockholm		46
Distriktsläkare, 2-3 tjänster, Tegs Hälsocentral, Umeå		44-45
Fachärztin/-arzt, Allgemeinmedizin, Arzthaus, Zürich, Schweiz		44-45
FHV-läk/Spec-läk i allmänmed, 50%. Höganäs Sweden AB, Höganäs		46
Läkare Primärvården i TioHundra AB		46
Skolläkare eller Distriktsläkare, Alvesta kommun, Alvesta		46
Spec-läkare (flera) med prestationslön, Närhälsan , Kungälv	18/12	47
Spec-läkare (Hemsjukvårdsläkare) Närhälsan Töreboda, VC, Mariestad och Gullspång	30/11	46
Spec-läkare (möjlighet till senare delägarskap) Vårdcentralen Åttkanten (Praktikertjänst), Karlstad	15/12	46
Spec-läkare Kallinge vårdcentral, Kallinge		47
Spec-läkare Läkarhuset Roslunda, Ängelholm		47
Spec-läkare Närhälsan Vara vårdcentral, Vara	15/12	47
Spec-läkare Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral, Lidköping	4/12	47
Spec-läkare, Doktor Wahlunds läkarmottagning, Enköping		44-45
Spec-läkare, Hagakliniken, Göteborg		46
Spec-läkare, Vårdcentralen Kusten , Ytterby/Kungälv		44-45
Spec-läkare, Vårdcentralen Åby, Norrköping	7/12	46
St-läkare till Vårdcentralen Linden, Katrineholm		44-45
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Medicinsk chef, Operationscentrum, Norrlands univ sjh, Umeå		44-45
Sektionschef (till anestesiverksamhet) Danderyds sjh, Stockholm		47
Överläkare anestesi Capio Lundby Närsjukhus, Göteborg		44-45
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Spec-läkare till BUMM Norrtälje sjukhus, Norrtälje		47
Barnläkare, Ellenbogens barn- och ungd. mott, Malmö		47
Chef/barnläkare Farsta barn- och ungdomsmott. Sachsska barn- och ungdomssjukh., Stockholm		46
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING		
Spec-läkare Neurologmott. barn/Regionhabilitering, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	30/11	46
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Överläkare och ST-läkare BUP, landstinget i Värmland, Karlstad		46
Överläkare till BUP, Hudiksvall	8/12	47
Överläkare, BUP Skärholmen, Stockholm		47
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
ST-läkare och Spec-läkare/ÖI, Sahlgrenska univ sjh, Göteborg	31/12	44-45
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering i allmänpsyk, Redakliniken, Region Östergötland		46
Ersättningsetablering i gynekologi, Västra Götaland	1/12	44-45
Ersättningsetablering i kirurgi till salu, Stockholm	5/12	46
Ersättningsetablering i psykiatri, Södermalm, Stockholm	5/12	46
Etablering i allmänpsykiatri, Östermalm, Stockholm		44-45
Hudläkarpraktik ledig, Kongsvinger, Norge	31/12	46
Psykiatrimott. överlåtes, Sophiahemmet, Östermalm, Stockholm	30/12	46
Ögonläkarmottagning till salu, Blekinge		46
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
FHV-läk/Spec-läk i allmänmed, 50%. Höganäs Sweden AB, Höganäs		46
GERIATRIK		
Allmänspecialist eller Geriatriker, GOA NU-sjukvården, Trollhättan	30/11	46
Spec-läkare i psykiatri eller geriatrik, Äldrepsykiatrisk mottag. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	7/12	47
Spec-läkare internmed/geriatrik, Neuro- & rehab.klin. S. Älvsborgs sjh	27/11	46
Spec-läkare Medicinska och geriatrik akutvårdskliniken	10/12	46
Spec-läkare/BÖL/ÖL/, Hudkliniken, Karolinska univ sjh, Solna och Huddinge	28/11	46
GYNEKOLOGISK ONKOLOGI		
Gynonkolog kvinnokliniken (Region Gävleborg), Gävle	5/12	46
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Spec-läkare Hudkliniken Universitetssjukhuset, Örebro	7/12	46
Spec-läkare, Dermatolog, Hagakliniken, Göteborg		46
Spec-läkare, Hudläkare i Täby, Stockholm		46
Spec-läkare/BÖL/ÖL, två st, Hudkliniken, Karolinska univ sjh, Solna och Huddinge	28/11	46
Överläkare/spec-läkare Hudmottagningen Karlskoga lasarett	30/11	46
INTERNMEDICIN		
Spec-läk, VO akutsjukv& internmed, Skånes univ sjukv, Lund/Malmö		46
Spec-läkare internmedicin/geriatrik, Neurolog- & rehab.klin. Södra Älvsborgs Sjukhus	27/11	46
Spec-läkare/BÖL/ÖL/, Hudkliniken, Karolinska Univ sjh, Solna och Huddinge	28/11	46
Spec-läkare/ÖL gastroenterologi/internmed, Medicinkliniken, Ö-vik		46
Överläk/Spec-läk, VO Spec medicin, Skånevård Kryh, Ystad		46
KARDIOLOGI		
Kardiolog, internmedicinsk vård, Gotland	27/11	46
Överläkare Kardiologi Medicinkliniken Hälsostaden, Ängelholm		47
KARRIÄRKVÄLL GÖTEBORG		
Alfa Kommun & Landsting AB		46
Backa Läkarhus		46
Dedicare		46
Folksam		46
Försvarsmakten		46
Praktikertjänst		46
Rättsmedicinalverket		46
Västra Götalandsregionen		46
KIRURGI		
Spec-läkare/BÖL/ÖL Bröstcentrum, VO Kirurgi, SöS, Stockholm	16/12	47
KLINISK BAKTERIOLOGI OCH VIROLOGI		
Överläk/Spec-läk, Medicinsk service, Lund		46
KLINISK MIKROBIOLOGI		
Överläk/Spec-läk, Medicinsk service, Lund		46
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Spec-läkare/Överläkare, Karolinska univ sjh, Stockholm	30/11	46
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
STÖK 2017, Öppen kirurgi för ST-läkare		44-45

NEUROLOGI		
Spec-läkare med vetenskapligt engagemang, Läkemedelsverket	11/12	46
Överläkare Neurologi Medicinkliniken Hälsostaden , Ängelholm		47
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Spec-läkare kvinnokliniken (Region Gävleborg), Hudiksvall	5/12	46
Spec-läkare, ÖV-mottagning, Skånevård Sund, Trelleborg		46
Spec-läkare/BÖL Södertälje sjukhus, Södertälje	19/12	47
Överläkare/Spec-läkare till gynekologmottagningen, Kungsbacka		44-45
ONKOLOGI		
Läkarchef Onkologkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping		47
Sektionschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/11	46
ORTOPEDI		
Ortoped (extra jobb) City Ortopedi, Stockholm		47
Prof. förenad m anställning som ÖL/Spec-läkare vid Univ sjh, Linköping	12/12	46
Spec-läkare, Skärholmens ortopedmottagning, Stockholm		44-45
Universitetslektor förenad anst. spec-läkare/överläkare inst. för klin. vetensk. Lunds Universitet, Malmö	30/11	44-45
Universitetsöverläkare Ortopedkliniken, Linköping	30/11	46
Verksamhetschef Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	7/12	47
PSYKIATRI		
Spec-läkare i psykiatri eller geriatrik, Äldrepsykiatrisk mottag. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	7/12	47
Spec-läkare till Capio Psykiatri Ö-götland, Linköping och Norrköping		46
Spec-läkare, Psykosverksamheten, Skånevård Sund, Lund		46
Spec-läkare/ÖL Affektiva teamet, Psykiatrimottagning Gamlestaden, Sahlgrenska Universitetssjukh, Göteborg	23/11	44-45
Överläkare BUP Kungsholmen, Stockholm		47
Överläkare till Personlighetsprogr, Psykiatri Sydväst, Stockholm	11/12	47
Överläkare till psykiatrisk mottagning på Lidingö, Stockholm	30/12	47
ÖL/spec-läkare i psykiatri till Norra länets öppenvård, Stockholm	28/11	44-45
RADIOLOGI		
Läkarchef/radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	46
Overlege, Avdeling medisinsk service, Klinikk Kirkenes, Finnmarkssykehuset, Kirkenes/Norge	4/12	44-45
Radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	46
Spec-läkare, Mammografimottagningen, Karlstad		47
Spec-läkare, Röntgenmottagningen, Kristinehamn		47
Spec-läkare/BÖL/ÖL Thoraxradiologi, Karolinska univ sjh, Stockholm	4/12	46
Spec-läkare/ÖL Röntgenkliniken Oskarshamns sjukhus		44-45
ÖL/Spec-läkare Röntgenkliniken (landst. Västmanland), Västerås	31/12	46
REHABILITERINGSMEDICIN		
Överläkare till Smärtrehabiliteringen (landstinget Dalarna), Säter	30/11	47
REUMATOLOGI		
Spec-/överläkare inom reumatologi Akademiska sjukhuset, Uppsala		46
Spec-läkare, Reumatolog, Hagakliniken, Göteborg		46
Spec-läkare, sektion reumatologi, Skånes univ sjukvård, Lund/Malmö		46
RÄTTSPSYKIATRI		
Chefsöverläk/läkarchef, Rättspsykiatriska regionkliniken, Vadstena	11/12	46
SKOLHÄLSOVÅRD		
Skolläkare eller Distriktsläkare, Alvesta kommun, Alvesta		46
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Anslag Allergiforskning Konsul TH C Berghs Stiftelse	9/12	46
För medicinsk forskning, Stifelsen Emil Anderssons fond	5/12	44-45
ST-TJÄNSTER		
ST-läkare Barn- & ungdomspsykiatriska klin. S. Älvsborgs Sjukhus	7/12	46
ST-läkare gynekologisk onkologi, Sahlgrenska univ sjh, Göteborg	7/12	47
ST-läkare i allmänmed, Lidingödoktorn (Praktikertjänst), Stockholm	12/12	46
ST-läkare i Anestesi och Intensivvård, Länssjukhuset, Kalmar		46
ST-läkare inom Beroendemedicin, Sahlgrenska univ sjh, Göteborg	7/12	47
ST-läkare och Spec-läkare/ÖL, Endokrinologi, diabetologi och metabolism, Sahlgrenska univ sjh, Göteborg	31/12	44-45
ST-läkare till Barn- och ungdomsmed, landstinget i Värmland, Karlstad		46
ST-läkare till Kliniken för Rekonstruktiv Plastikkirurgi, Karolinska univ sjh, Stockholm		46
ST-läkare, allmänmedicin, Märsta Läkarhus, Stockholm		44-45
ST-läkare, BUP & Vuxenpsykiatri, Region Skåne	27/11	46
Överläkare och ST-läkare BUP, landstinget i Värmland, Karlstad		46
SÄLJES / KÖPES / UTHYRES		
Fullständig endoskopiutrustning Olympus säljes, Malmö		46
UROLOGI		
Spec-läkare, Urologspecialisterna Södra Stockholm, Skärholmen		44-45
Teamchef urologi, Landstinget Dalarna	27/11	46
Överläkare/spec-läkare, Kirurg- & öronklin. Södra Älvsborgs Sjukhus	7/12	46
VIKARIAT		
Leg. läkare, vikariat möjlighet till ST-tjänst (start feb/mars 2017) Sjöstadsdoktorn, Stockholm		47
Ortoped (extra jobb) City Ortopedi, Stockholm		47
Vikariat före eller efter ST, Lill-Jans Husläkarmottagning, Stockholm		44-45
ÖGONSJUKDOMAR		
Fellowship i ögonplastikkirurgi, S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm	31/12	44-45
Spec-läkare/ÖL Ögonkliniken på Universitetssjukhuset, Linköping	4/12	46
Överläkare/spec-läkare Ögonkliniken, Västerås	31/1	47
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR		
Spec-läkare, Hagakliniken, Göteborg		46
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Bitr. Universitetslektorer (8 st) till Wallenberg centrum för molekylär medicin, Umeå Universitet	27/11	44-45
Läkarchef/radiolog, röntgenavdelningen, Gotland	27/11	46
Läkare Skandinavisk Hälsovård		44-45
Läkare till medicinska expertgrupper för allvarliga händelser, Socialstyrelsen		44-45
Medicinsk rådgivare, Koncernstab Hälso- & sjukvård, avd Kvalitetsstyrning, Enhet för primärvård (VGR)	30/11	46
Overlæge/speciallæge med forskningserfaring og intresse för kvalitetsudvikling, Center for kvalitet, Region Syddanmark	1/1	46
Regionöverläkare , Östersund		44-45
Transmedica söker psykiatriker och radiologer, Sverige		44-45
Transmedica sökerpsykiatriker radiologer, Norge		44-45
Överläk patientsäkerhet/Bitr verksamhetschef, BUP Öppenvård		44-45
Överläkare till Reryteringsmyndigheten, Malmö	11/12	47
ÖVRIGA TJÄNSTER		
Chef för Primärvården, Linköping		47
Chef för primärvården Östergötland, Linköping	4/12	47
Chef kirurgkliniken, Östersund		44-45
Verksamhetschef Anestesi, Operation, Intensivvård Skånevård Kryh, Kristianstad/Hässleholm/Ystad		47
Verksamhetschef till vårdcentralerna , Malung och Vansbro	14/12	47
Verksamhetschef Öron-, Näs och Halssjukvården, Landstinget i Värmland, Karlstad		44-45

Vi är Västra Götalandsregionen

Varje dag får ca 7 500 personer vård på något av våra sjukhus.

Just nu söker vi:

Specialistläkare i psykiatri eller geriatrik

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Neuropsykiatri, Äldrepsykiatrisk mottagning
Ref.nr: 2016/7009

Vi söker dig som vill arbeta i en dynamisk och utvecklingsorienterad verksamhet på Äldrepsykiatrisk mottagning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset med placering på Wallinsgatan i Mölndal. Västra Götalandsregionen satsar under 2017 på förstärkning av äldrepsykiatrin och det ger oss möjligheter att utöka vår verksamhet. Vi söker därför en driven och utvecklingsinriktad specialist i psykiatri, alternativt geriatriker med intresse av att tilläggspecialisera sig inom äldrepsykiatri, som vill vara med och bygga upp ett team med uppgift att förbättra det akuta omhändertagandet av äldre personer med behov av specialistpsykiatrisk vård. Det äldrepsykiatriska fältet är mångfacetterat och erbjuder möjlighet att kombinera intresse för psykiatri med en bred medicinsk inriktning utöver sociala och existentiella aspekter.

Tjänsten kan kombineras med uppdrag som vårdenhetsöverläkare med ett övergripande medicinskt ledningsansvar för enheten.

Sista ansökningsdag: 2016-12-07

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

JOBBA EXTRA SOM ORTOPED I CENTRALA STOCKHOLM

- Hemtrevlig miljö
- Flexibelt schema
- Bra betalt

Läs mer och anmäl ditt intresse på:
www.cityortopedi.se/jobba-hos-oss

City Ortopedi

Bli Livsviktig!

Bli regelbunden givare på cancerfonden.se eller ring 020-59 59 59.

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

VI SÖKER ÖVERLÄKARE TILL MALMÖ

Rekryteringsmyndigheten testar, undersöker och bedömer de som söker utbildningar eller anställningar med höga krav, främst inom Försvarsmakten och Polismyndigheten. Vi redovisar också totalförsvarets personal och för register över alla svenskar som är krigsplacerade.

Inför vår etablering i Malmö söker vi legitimerade läkare för anställning tillsvidare men med sex månaders prov-anställning. Verksamheten i Malmö ska påbörjas den 1 januari 2018 och det innebär att den som anställs under 2017 med arbetsort Malmö kommer att arbeta i Kristian-stad fram till 1 januari 2018.

Dina meriter och kvalifikationer
Arbetsuppgifterna kräver att du är legitimerad läkare med legitimation utfärdad av Socialstyrelsen med specialist-kompetens inom allmänmedicin, företagshälsovård eller en klinisk specialitet som vi bedömer lämplig. Vi vill att du har flerårig yrkeserfarenhet inom din specialitet.

Dina personliga egenskaper har stor betydelse för oss och därför ska du bland annat ha förmågan att förstå och agera utifrån myndighetens övergripande ansvar och vara självständig i din yrkesroll. Vi förväntar oss att du också har lätt för att samarbeta inom myndigheten och med representanter för våra uppdragsgivare.

Mer information
Vill du veta mer om anställningen och om arbetsupp-gifterna är du välkommen att ringa avdelningschef Rita Färm eller vår chefsläkare Björn Bäckstrand. Du når dem på 0771-24 40 00. Du finner också mer information om anställningen och om Rekryteringsmyndigheten på vår webbplats. Där finns också kontaktuppgifter till fackliga företrädare.

Välkommen att söka senast den 11 december 2016
Du söker anställningen via myndighetens webbplats rekryteringsmyndigheten.se.

Rekryteringsmyndigheten. Karolinen, 651 80 Karlstad, Telefon 0771-24 40 00, rekryteringsmyndigheten.se

REKRYTERINGS MYNDIGHETEN

BUP Kungsholmen söker

Överläkare

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

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vi är en del av Stockholms läns landsting



Vi söker en sektionschef till vår anestesiverksamhet! Vill du bli en av oss? Läs mer på ds.se/jobb

Danderyds Sjukhus
I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER

REGION HALLAND SÖKER

Specialist/överläkare i Akutsjukvård

till Hallands sjukhus, Varberg

Pga. pensionsavgång söker vi nu en ersättare som gillar att undervisa och handleda. Du kan vara nybliven specialist eller erfaren överläkare.

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

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

---

arzthaus

Fachärztin/-arzt Allgemeinmedizin

Die Firma arzthaus betreibt 4 erfolgreiche Praxen in Zürich, Aarau und St. Gallen. Wir beschäftigen Angestellte in den Bereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Dermatologie. Wir suchen Mitarbeiter im Fachgebiet Allgemeinmedizin für die Praxis im Zentrum von Zürich.

Wir bieten gute Anstellungsbedingungen, moderne Infrastruktur und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf.

Gerne beantwortet Ihnen Martin Olsson Ihre Fragen unter +41 79 7715390

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre schriftliche Bewerbung per E-Mail an: stellensuche@arzthaus.ch

---



Chef för primärvården

Vill du vara med och bygga framtidens bästa primärvård? Den 1 mars 2017 samlas all primärvård i Östergötland i en ny gemensam organisation med 1 000 medarbetare. Din roll innebär ett helhetsansvar för all verksamhet inom organisationen. Du kommer att ansvara för att bygga upp verksamheten och att skapa organisationsstruktur för detta nya centrum i Region Östergötland.

I denna rekrytering samarbetar vi med Unik Resurs. Vid frågor, kontakta rekryteringskonsult Kristina Lind, telefon 076-778 15 13. Läs mer om tjänsten och ansök på www.unikresurs.se senast den 4 december.

www.regionostergotland.se

Region Östergötland

Södersjukhuset söker

Specialistläkare/BÖL/ÖL

till Bröstcentrum, Vo Kirurgi

Läs mer på sodersjukhuset.se/jobb
Sista ansökningsdag 2016-12-16

SÖS
SÖDERSJUKHUSET



Vi är en del av Stockholms läns landsting

Vi är Västra Götalandsregionen

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

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

Just nu söker vi:

Specialister i allmänmedicin med prestationslön

Närhälsan Kungälv
Ref.nr: 2016/5953
Sista ansökningsdag: 2016-12-18

Vi erbjuder som den första vårdcentralen i Närhälsan en prestationsbaserad lönesättning. Du kan själv påverka din lön genom fler prestationer.

Vi erbjuder dig en unik möjlighet att som allmänspecialist på vårdcentral kunna arbeta med prestationslön. Utöver det fastställda arbetet med grundlön kan du själv påverka ditt schema och antal besök.

Arbetet omfattar hela det allmänmedicinska området inklusive hembesök, bvc och handledning av både ST-läkare och studenter.

Om oss
Närhälsan i Kungälv består av två vårdcentraler samt Kungälvs jourcentral. Till Solgärde vårdcentral och BVC söker vi nu en specialist i allmänmedicin. Vårdcentralen har



Mila Gómez-Johansson, Specialist i Allmänmedicin, Närhälsan Vårgårda vårdcentral
En av våra cirka 50 000 medarbetare

cirka 8 800 listade patienter vilka bor både i och utanför Kungälv samt på landsbygden. Vi är nu i en utvecklingsfas och arbetar tillsammans för att ständigt förbättra vården och servicen för våra patienter. Du kommer till en trevlig arbetsplats med positiv personal som värnar om patienterna.

Upplysningar:
Eva von Hofsten
vårdcentralschef
Tfn. 073-370 20 50

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Damm-suga? Härligt!

Man tänker alltför sällan på det – livet – och hur fantastiskt det ändå är.

Har man överlevt cancer är däremot den tanken ständigt närvarande.

De som löpande stödjer Cancerfonden bidrar till att fler människor får uppleva allt roligt och tråkigt här i livet. Det är därför vi kallar dem Livsviktiga. Bli Livsviktig du också, bli regelbunden givare på cancerfonden.se eller ring 020-59 59 59.

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

Läkarchef

Onkologkliniken, Länssjukhuset Ryhov

Läs mer och ansök på www.rjl.se/jobb

Region Jönköpings län

Ellenbogens

barn- och ungdomsmottagning i Malmö söker

BARNLÄKARE

För mer information:
Caroline Karlsson, 0733-86 77 68
caroline.karlsson@ptj.se

Praktikertjänst

läkarriär.se

Vi är Västra Götalandsregionen

Varje dag får ca 7 500 personer vård på något av våra sjukhus.

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

Just nu söker vi:

Specialist i allmänmedicin

Närhälsan Vara vårdcentral
Ref.nr: 2016/6616
Sista ansökningsdag: 2016-12-15

Specialist i allmänmedicin

Närhälsan Ågårdsskogen vårdcentral, Lidköping
Ref.nr: 2016/6629
Sista ansökningsdag: 2016-12-04

ST-läkare inom Beroendemedicin

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Område 2, Beroende
Ref.nr: 2016/6883
Sista ansökningsdag: 2016-12-07

ST-läkare gynekologisk onkologi

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Onkologi, Obstetrik och Gynekologi
Ref.nr: 2016/6901
Sista ansökningsdag: 2016-12-07



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

Verksamhetschef inom Ortopedi

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Ortopedi
Ref.nr: 2016/6918
Sista ansökningsdag: 2016-12-07

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Höganäs

Företagsläkare/ Specialist allmänmedicin till Höganäs, 50%

Vill du som är Företagsläkare eller Specialist inom allmänmedicin ha en attraktiv tjänst och vara en del av de övriga i FHV-teamet?

Rollen är konsultativ både mot organisation och individ med fokus på arbetsmiljö, parallellt med arbetslivsinriktad rehabilitering och i huvudsak arbetsrelaterad sjukvård.

Höganäs Sweden AB är belägen i en naturskön omgivning i Nordvästra Skåne.

Sök tjänsten på:
optimaladvice.se/rekrytering-outplacement/lediga-tjanster/

Vill du veta mer kontakta Malin Holm, Optimal Advice 0767-904055 eller maila till malin.holm@optimaladvice.se

OPTIMAL Advice
All about strategic HR

Läkarhuset Roslunda i Ängelholm söker

Allmänspecialist



Vi söker dig som vill vara med och utveckla vår verksamhet framöver och som är specialist i allmänmedicin.

Vi erbjuder dig en positiv **och utvecklande** arbetsplats med ett 40-tal **medarbetare.**

För oss är det viktigt med ett flexibelt och nära samarbete mellan yrkesgrupper för att på bästa sätt ge god service åt våra patienter.

Goda möjligheter finns till delägarskap i verksamheten.

För mer information och ansökan
Kontakta verksamhetschef Anne Lazukic
070-09 09 612 • anne.lazukic@lakarhusetroslunda.se
www.lakarhusetroslunda.se

Varmt välkommen med din ansökan!

Läkarhuset Roslunda AB



Landstinget Dalarna söker

Verksamhetschef

till vårdcentralerna i Malung och Vansbro

Du är en god kommunikatör med erfarenhet av ekonomi, personal- och arbetsmiljöfrågor. Som chef och ledare utvecklar du verksamheten och medarbetarna för att skapa en väl fungerande verksamhet och god arbetsmiljö.

Ansök senast: 2016-12-14
via ltdalarna.se/ledigajobb

Landstinget DALARNA

LidingöDoktorn söker

ST-LÄKARE I ALLMÄNMEDICIN

LidingöDoktorn är en väletablerad privat husläkarmottagning med vårdavtal, som drivs inom Praktikertjänst AB. Vår målsättning är att erbjuda våra patienter en trygg och högkvalitativ vård i en attraktiv arbetsmiljö.

Vi är fem husläkare och en ST-läkare som tillsammans med engagerad personal tar hand om cirka 9.500 listade patienter.

Välkommen med din ansökan!

För mer information och ansökan senast 12/12
Verksamhetschef Anders Rahmqvist
anders.rahmqvist@ptj.se

www.lidingodoktorn.se

LidingöDoktorn
Praktikertjänst

VI SÖKER

SPECIALISTLÄKARE

TILL MAMMOGRAFIMOTTAGNINGEN I KARLSTAD

VI SÖKER DIG SOM är specialist i radiologi, erfarenhet av bröstradiologi är meriterande.

KONTAKTA GÄRNA enhetschef Henry Andersson, tfn 054-19 70 50 eller överläkare Krisztina Barna, tfn 054-19 11 04.

Läs mer om tjänsten på **www.liv.se/jobb**

LANDSTINGET I VÄRMLAND erbjuder hälso- och sjukvård och tandvård av högsta kvalitet. Tillsammans med våra patienter stärker vi folkhälsan och utvecklar vården så att den kan bidra till en livskvalitet i världsklass i Värmland.

Landstinget i Värmland

Region Gävleborg



Allmänspecialist

till Sandviken Södra Din hälsocentral

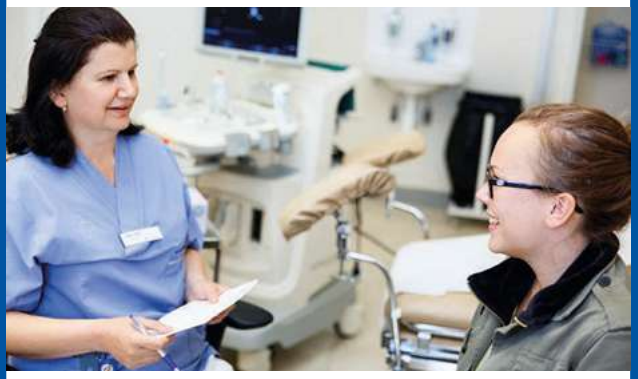
Sista ansökningsdag 15 december 2016

regiongavleborg.se/jobb

SPECIALIST/BÖL

Var med och forma framtiden på Södertälje sjukhus!

Både för dig och inte minst för våra patienter



Vi söker Specialist/Böl i Obstetrik & Gynekologi

Läs mer och ansök online
www.sodertaljesjukhus.se/jobba-studera-har
Sista ansökningsdag 2016-12-19
Ref nr STS 16-50064

Södertälje Sjukhus

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Landstinget Dalarna söker

Överläkare till Smärtrehabilteringen i Säter

Vi söker dig med specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin eller annan lämplig specialist med smärtkompetens.

Ansök senast: 2016-11-30 via ltdalarna.se/ledigajobb

Landstinget DALARNA

STÖK 2017

ÖPPEN KIRURGI för ST-läkare

BASAL – ALLMÄN – AVANCERAD – TRAUMA

www.traumanorr.se

Specialistläkare i Ortopedi

Skärholmens ortopedmottagning

Privat läkarmottagning i Skärholmens Centrum vid Kungens Kurva (Stockholm) söker specialist för konsultuppdrag inom Vårdval ortopedi och handkirurgi Stockholms Läns Landsting. Arbetet innebär mottagning och polikliniska operationer (händer, fötter och ev senare även artroskopisk kirurgi). Minst tre års erfarenhet efter specialistexamen och erfarenhet av polikliniska operationer.

Tel: 08-7104060 (Linda Karlsson) eller 070 3554304 (dr Hannu Määttänen)

Svar till: ortopedi@klinik4.se

Märsta Läkarhus AB

ST i Allmänmedicin

Vill du jobba i Stockholmsområdet?

Vi är en väletablerad privat vårdcentral i **norra delen av Stockholm** som söker engagerade läkare med intresse för allmänmedicin.

Vi bedriver husläkarverksamhet på uppdrag av SLL, inkl hemsjukvård och BVC. Tjänsten är på heltid, måndag–fredag. Vi står för en utvecklande och välbemannad arbetsplats med trevliga kollegor och god sammanhållning. Välkommen med din ansökan!

Kontakta vid intresse Helene på jobb@marstalakarhus.se

Överläkare

till psykiatrisk mottagning på Lidingö

PRIMA Lidingö är en allmänpsykiatrisk mottagning som erbjuder såväl farmakologisk som psykoterapeutisk behandling samt gruppverksamhet med bl.a. grupper för social fobi, ångestproblematik, mindfulness, ADHD, och gruppbehandling för seniora patienter.

Verksamheten bedrivs i trevliga lokaler mycket nära Lidingöbron.

Arbetsuppgifter: Sedvanligt psykiatriskt arbete.
Kvalifikationer: Specialist i psykiatri eller motsvarande.
Tillträde: Efter överenskommelse.

Ansökan: CV med personligt brev skickas till **eli.hogberg@primavuxen.se** senast 2016-12-30.

För frågor kring tjänsten är du välkommen att kontakta enhetschef Eli Högberg, tel 08-410 257 01 eller bitr enhetschef Sotiris Greveniotis, tel 08-410 257.

Vill du veta mer om PRIMA kan du besöka vår hemsida **www.prima.se**.

Region Gävleborg

Överläkare

till barn- och ungdomspsykiatrin, Hudiksvall.

Sista ansökningsdag 2016-12-08.

regiongavleborg.se/jobb

VI SÖKER

SPECIALISTLÄKARE

TILL RÖNTGENMOTTAGNINGEN I KRISTINEHAMN.

VI SÖKER DIG SOM är specialist i radiologi och vi ser gärna att du har arbetat några år som specialist.

KONTAKTA GÄRNA enhetschef Henry Andersson, tfn 054-19 70 50.

Läs mer om tjänsten på **www.liv.se/jobb**

LANDSTINGET I VÄRMLAND erbjuder hälso- och sjukvård och tandvård av högsta kvalitet. Tillsammans med våra patienter stärker vi folkhälsan och utvecklar vården så att den kan bidra till en livskvalitet i världsklass i Värmland.

Landstinget i Värmland

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

ÖVERLÄKARE, BITR. ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

till Funktion Akut Solna

För närmare information kontakta:
Tf. Funktionenhetschef Manizhe Afra, tel: 08-517 732 20

Ref-nr: K-16-11726

Välkommen med din ansökan senast 2016-12-11

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Läs mer och ansök på www.karolinska.se/jobb

BUP Skärholmen söker

Överläkare

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

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

FÖR ATT LIVET ÄR VIKTIGT!

Specialistläkare inom allmänmedicin
Kallinge vårdcentral, Blekinge

Läs mer på **www.ltblekinge.se**

LANDSTINGET BLEKINGE



Specialistläkare till BUMM, Norrtälje sjukhus

Läs mer och sök på tiohundra.se/lediga jobb

tio100 VÅRDBOLAGET



TioHundra är det kompletta vårdbolaget. Vi driver allt från akutsjukhus till vård- och omsorgsboenden, vårdcentraler, hemtjänst och personlig assistans. Vi ägs av Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting och är kommunens största arbetsgivare.

Refnr: 20160871



Ögonkliniken Västerås

Överläkare/ Specialistläkare?

Då är det kanske dig vi söker.
Lär känna oss och ansök på
www.ltv.se/jobb
senast 31 januari.

Välkommen till en arbetsplats där du är mitt i livet och samhället. Och gör skillnad varje dag. På riktigt.

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

REGION SKÅNE SÖKER

ÖVERLÄKARE

Kardiologi
Medicinkliniken
Hälsostaden
Ängelholm

ÖVERLÄKARE

Neurologi
Medicinkliniken
Hälsostaden
Ängelholm

VERKSAMHETSCHEF

VO Anestesi, Operation, Intensivvård
Skånevård Kryh
Kristianstad/Hässleholm/Ystad

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

Gör skillnad. Varje dag.

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

DOKTOR WAHLUNDS
LÄKARMOTTAGNING

www.wahlund.org

Allmänläkare

i Enköping

Vi har en sedan 20 år väletablerad och trivsam privat vårdcentral med landstingsavtal. 5300 listade och BVC för närmare 500 barn.

Personalstaben är stabil och lokalt förankrad med 3 husläkare, öron-näsa-halsspecialist, sjuksköterskor, distriktssköterskor, sekreterare, kurator, psykolog, och sjukgymnast. Här finns även ortopedtekniker och beroendemottagning. Vi har ett lättsamt umgängesklimat här och lägger stor vikt vid trivsel på arbetsplatsen.

Lokalen om 800 kvm är ljus och fräsch, nybyggd i omgångar 2001-2015, endast 5 min gångväg från Resecentrum.
Fri parkering i direkt anslutning.

Vi behöver både förstärka och förnya läkarstaben och söker kollega, allmänspecialist, hel- eller deltid som kan vara med och driva en kvalitativ verksamhet vidare.

Du kan **kontakta Lotta Hedberg tel 070-740 38 79, eller mejla ebbe@wahlund.org** , och vi vill ha Din ansökan före jul.

Välkommen att höra av dig!
Ebbe Wahlund, Verksamehtschef

Urologspecialisterna
SÖDRA STOCKHOLM

Vi söker Urologspecialister

Konsultuppdrag på kortare eller längre tid för vårdval Urologi, Stockholm.

Vi utvidgar i nyrenoverade lokaler, inklusive två operationssalar, i Skärholmen Centrum vid Kungens Kurva.

Sedvanlig urologmottagning, urologisk dagkirurgi samt urodynamik är våra avtalsområden.

Arbetstider och arbetstidsförläggning kan diskuteras.

Info och ansökan – Henrik Zetterquist; henrik@klinik16.se

Överläkare

till Personlighetsprogrammet Psykiatri Sydväst

Vi söker Dig som vill arbeta på en högspecialiserad mottagning som erbjuder utredning och evidensbaserad vård vid personlighetssyndrom.

Läs mer och ansök via:
www.jobb.sll.se/slso-16-66201

Sista ansökningsdag **2016-12-11**

Psykiatri Sydväst
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

LEG. LÄKARE SÖKES!

Sjöstadsdoktorn i Hammarby sjöstad
söker legitimerad läkare för vikariat
med möjlighet till ST-tjänst
Start februari/mars, 2017
eller enligt överenskommelse

Välkommen med din ansökan!

Hör av dig till verksamhetschef Tina Nyström Rönnås;
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktorn.se 072-358 20 99

Vikariat före/efter ST?

Pröva arbete på husläkarmottagning i centrala Stockholm!

Vi letar efter en intresserad kollega som vill vara hos oss på hel- eller deltid i minst sex månader. Vi vill att du har svensk läkarlegitimation och att du gillar att cykla då vi gör många hembesök till våra äldre patienter.

Vill du veta mer? Hör av dig till **vikariat@lill-jans.se**
Maria Mc Lean, verksamhetschef, Lill-Jans Husläkarmottagning, Engelbrektsgatan 18, 114 32 Stockholm

DET ÄR EN SJUK VÄRLD VI LEVER I.
DITT FÖRETAG KAN GÖRA DEN FRISKARE.
BLI FÖRETAGSVÄN NU.

Som företagsvän skänker du och ditt företag mellan 10 000 och 100 000 kronor per kalenderår. Pengar som går till att göra en sjuk värld friskare.
Ni får också tillgång till vår Företagsvänlogga, ett diplom och en mailfot. På så vis kan ni visa era anställda och kunder att ni bidrar till en friskare värld.
Tack för det stöd ni kan ge.

FÖRETAGSVÄN LÄKARE UTAN GRÄNSER

Kontakta oss på telefonnummer 010-199 32 69 eller maila på foretag@lakareutangranser.se
Bankgiro 900-6032
Plusgiro 90 06 03-2
90 KONTO SVENSK INSAMLINGS KONTROLL
MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Etableringar och överlåtelser

Säljes

Fullständig endoscopiutrustning Olympus

1 videogastroscop GIF-Q180AL	(renoverat 2016)
1 videocoloscop PCF-Q165	(renoverat 2016)
1 videocoloscop CF-Q165L	(renoverat 2015)
1 äldre välfungerande gastroscop	(ej video)

Stapel: monitor, ljuskälla CLV-160, processor CV-160, diatermi ESG-100, vacuumsug, diskmaskin mini EDT 2 samt flera engångstillbehör.
Info: Dr Kåre Halldén, 070 5605843 eller polopab@polop.se

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 gynekologi Västra Götaland

Samverkansavtal enligt nationell taxa. Annons www.opic.com
Länk till VG-regionens annons på www.centrumhalsan.se
Info: amosy@centrumhalsan.se
Sista ansökningsdag: 1/12 2016

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

Bli Livsviktig!

Bli regelbunden givare på cancerfonden.se
eller ring 020-59 59 59.

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

Läkartidningens kunskapsböcker



KOL – EN DOLD FOLKSJUKDOM
Intresset för KOL, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, har ökat på senare år. De flesta patienter diagnostiseras och behandlas i primärvården, vilket ställer kunskapskrav på läkare, sköterskor och sjukgymnaster. Men KOL är fortfarande en underdiagnostiserad sjukdom.



VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING
I Sverige finns goda förutsättningar för att bedriva klinisk forskning av hög kvalitet. Målet med den här boken är att inspirera till att forska och att ge tips om allt från studieupplägg till att söka anslag, göra analyser och skriva vetenskapliga artiklar.



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



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

Köp och beställ på Läkartidningen.se

Läkartidningen Förlag AB

Doktor **Lars Fredrik Gravander** (1778–1815) var förordnad »Provincial-Medicus i Fahlu distrikt« från och med 1804. Karriären som följde blev en utdragen kamp mot dåtidens smittosamma sjukdomar mot vilka den samtida läkekonsten ännu inte hade effektiva mediciner att erbjuda.

En landsortsdoktor och hans kamp

Doktor Lars Fredrik Gravander (1778–1815) var fast och orubblig och lämnade omdömen endast i enlighet med vetenskapens axiom och sin egen övertygelse. Han var sällskapsmänniska och dessutom en vitter skald, belönad av Svenska akademien med priser för sina dikter och parafraser, bland annat »Vishetens källa«, vilken slutar:

Ännu i dag den helga källan flyter
Och sökes mödosamt af dygdens vän
Då mången i en maklig hvila skryter
Att längesedan hafva funnit den.

> Användandet av ättika var ett viktigt »förvaringsmedel« ... Ättikan skulle hällas på flata tallrikar för avdunstning och dessutom stänkas på lakanen i den sjukes säng.



Som nybliven medicine doktor hade Lars Fredrik Gravander år 1804 förordnats att vara provinsial medikus i Falu distrikt. I Dalarna fanns bara två provinsialläkare; den andre var Carl Magnus Blom i Hedemora, en av Linnés lärjungar. Troligen var Blom den person som redan 1802 skyddsympat fattiga barn i Falun med Jenners nya metod: ympning från arm till arm med kokoppor. Med sin långa erfarenhet och stora kunskap fungerade Blom sannolikt som mentor och förebild åt sin 40 år yngre kollega. Kommen till Falun satte Gravander genast igång med vaccination. Han lät också för allmogen och tillförordnade vaccinatörer publicera »Underrättelser, rörande fördelarne af ympning med skydds-koppor och lättaste sättet att verkställa den«. Under åren 1805 till 1810 vaccinerade Gravander dels själv, dels med biträde, 4 853 barn och äldre personer för vilket han fick medaljer och penningpris – det här var innan vaccinationen blev obligatorisk. Senare, samma år som han blev ledamot av Svenska läkaresällskapet, fick han i uppdrag av Kongl. Sundhets-Collegium att förestå en förvaringsanstalt för äkta vaccin i Falun.

Blom hade låtit trycka »Underrättelse om nödige bote- och förvaringsmedel mot rödsot« och andra skrifter för allmänhetens upplysande. Gravander fortsatte med folkbildningen men underströk det viktiga med att motverka smittspridning. När en »nervös rötfeber« spred sig i Österdalarna år 1807 lät han publicera texten »Förvaringsmedlen mot hetsiga smittosamma sjukdomar« (se bild ovan) , en pedagogiskt skicklig instruktion för allmogen, uppdelad i 16 föreskrifter. Till de hetsiga smittsamma sjukdomarna räknades röt-, gall- och nervfebrar, rödsot, koppor, mässling, scharlakansfeber, gula febern och pesten. Smittämnet finns i ångorna från den sjukes anddräkt, utdunstningar och exkrement, förklarade han. Dessa ångor måste därför bortskaffas eller förstöras och ersättas med frisk luft vilken man sedan ej bör låta förskämmas. *»Skämd luft i sig kan också förorsaka de häftigaste smittsamma sjukdomar.«* Gravanders huvudregel var: *»I allt bör snygghet, renlighet och ordentlighet på det nogaste i akttagas.«*


Förvaringsmedlen
mot
Hetsiga Smittosama
Sjukdomar,
af
L. FR. GRAVANDER,
Falun,
Tryckt hos P. O. Nyman, 1807.

Användandet av ättika var ett viktigt »förvaringsmedel«; »hon« lämnar nämligen ifrån sig en hälsosam luft som förstör de smittande ångorna, upplyser han. Ättikan skulle hällas på flata tallrikar för avdunstning och dessutom stänkas på lakanen i den sjukes säng. Varje gång den sjuke nyttjat sin nattstol eller bäcken skulle de däruti befintliga avgångarna föras avsides från gården och där nedgrävas. Friska och sjuka fick ej använda samma avträde. Nattstolen eller bäckenet skulle vädras och tvättas med ättiksblandat kokande vatten. Man måste också tänka på att den sjuke kan ytterligare smittas av sina avgångar, står det i instruktionerna. Golvet skulle bestänkas

mot smittosamma sjukdomar

med ättika och minst en gång om dagen tjockt beströs med granris som blivit bultat med ättika. *»Den, som vistas hos den sjuke, men i synnerhet den, som nödgats handtera honom, bör och genast tvätta händerna och alla bara kroppsdelar med ättika och med henne skölja munnen noga.«*

Så få människor som möjligt bör sköta den sjuke, menade Gravander och föreslog anordnandet av särskilda sjukhus. *»Till önskningar, som väl lära blifva ouppfyllda, hör den, att i hvarje by måtte finnas ett eller flere afsides rum, der alla gårdarnes sjuke kunde läggas och uppassas af vissa sjukvakterskor.«*

Instruktionerna innehåller också en utförlig beskrivning om hur man skulle handskas med de avlidna. *»De, som aflidit i hetsiga smittosamme sjukdomar, smitta efter döden starkare än förrut; ty af förruttnelsen, som hos dem ganska snart infinner sig, får giftet mera finhet och förmåga att genomtränga.«* Därför skulle man inte omfamna den avlidne eller tvätta den döda kroppen. Åtminstone ett halvt dygn bör den döde få ligga i sin med ättika fuktade säng och sedan svepas med en duk indränkt i ättika. Man bör dock ej hasta för mycket med begravningen eftersom det ofta inträffat att människor blivit levande begravda, påstår Gravander och hänvisar till både Blom och Linné gällande fall av skendöd. *»Detta öde kan vänta oss sjelfva. I mänskligheten namn! lemnom derföre hvarje lik vårt ömma beskydd. Öfvergifvet af hela verlden äger det dubbel rätt därtill. […] Grafvarne måste gräfvas ovanligt djupa; ty i annat fall tränga ångorne upp ur jorden och smitta dem, som komma på kyrkogården, eller bo närmast däromkring.«*

Gravanders distrikt i Dalarna var stort och svårframkomligt. Med en kroppskonstitution som var *»för skyndsamhet och fatiguer mindre tjänlig«* – han var nämligen ovanligt korpulent – var det extra svårt att snabbt ta sig fram till de sjuka; som till exempel i slutet av 1810 när en »nervfeber« hade spridit sig till Johannisholms glasbruk i Venjans socken och 50 av brukets 56 personer hade drabbats. Sjukdomen, kallad »lantvärnssjukan«, hade kommit till området föregående vinter med »qvarlefvan, 114 man« av den lantvärnsbataljon som varit förlagd vid Eda skans i Värmland och nu hemkommit i mycket dåligt skick.

Från de byar där soldaterna inkvarterats hade smittan spridit sig häftigt till många dalasocknar. Det tog flera dagars strapatsrik resa med häst för Gravander att komma fram till bruket. Eftersom det inte fanns något boningshus där alla var friska inkvarterade han sig i brygghuset, men först utfördes en rökning av rummet med svavelsyra och brunsten. För att ytterligare minska risken att bli smittad åt han middag av den medhavda matsäcken samt drack ett par glas vin före sjukbesöken. *»Ej en gång de bedrövligaste omständigheter böra förleda oss att neka kroppen sin tillbörliga näring«*, menade han. För de sjukas vård lämnades medikamenter samt tryckta föreskrifter om hur de skulle skötas. Han klarade sig själv från smitta, denna gång.

Gravander blev med tiden alltmer intresserad av naturstudier. I vitriolsumparna vid Falu gruva hade han glädjen att hitta en besynnerlig art av dykare och reflekterar över dess uppkomst: *»Kanske finnes den ej annorstädes och hör till naturens efterskapelse.«* Vid 36 års ålder skrev han till Blom och tackade för de insekter och snäckor denne rangerat åt honom:

»Min vördade Farbror! En resa för vaccinationen har hittills hindrat mig från det nöjet och skyldighetens uppfyllande, att hos min Farbror aflägga min ödmjuka och innerligaste tacksägelse för den ypperliga rangeringen af insekterna och snäckorna […] natural-historien skall hädanefter blifva mig ett favoritstudium. Det börjar nu icke blifva för bittida att lära sig den, men, jag hoppas, också icke för sent, om jag får lefva.«

Men han fick inte leva. En feberepidemi utbröt i Österdalarna vintern 1814–1815 vilken startat med soldater hemkomna från fälttåget mot Norge. Sjukdomen benämns »nervfeber«; det ligger dock nära till hands att tro att det var en lusburen fläckfeber (typhus exanthematicus) som soldaterna tog med sig hem – vid denna tid skiljde man inte på nervfeber och fläckfeber – alltså med en smittväg som Gravander nog inte kunde föreställa sig. Han försökte ihärdigt hejda sjukdomens spridande, bland annat genom upprättande av sjukstugor för de drabbade. Trots alla försiktighetsåtgärder angreps han själv av febersjukdom och dog i mars 1815, nyss fyllda 37 år.

En källa från 1885 uppger att de bevingade orden *»Pang! sa Gravander«* härleder sig från *»den glade läkarens och skaldens förtroligare samkväm«*.

Annette Robertsdotter Mård,
fil lic, frilansskribent, Falun
annette.r.mard@gmail.com



NOTERAT

Läkarstudenters projekt spränger språkbarriären

Sara Babiker, med ett år kvar av studierna på läkarlinjen vid Karolinska institutet, leder en arabisk temakväll för ett 30-tal studentkamrater och någon sjuksköterskeelev. Hon lär ut glosor och fraser på arabiska, berättar om arabiskan som språk och kulturen som hör till. Åhörarna går igenom en gloslista, prövar uttal och uttryck. Som avslutning på två timmars pluggande serveras en arabisk måltid.

Språkkvällen ingår i ett projekt, »Språk i vården« som Sveriges läkarförbunds studentförening i Stockholm driver sedan ett år. Syftet är att förbereda läkarstudenter för mötet med verkligheten ute på klinikerna.

Bristen på tolkar är stor inom sjukvården, och det händer ofta att läkare och patient saknar gemensamt språk när en undersökning ska äga rum.

Nu vill läkarstudenterna göra sådana patientmöten smidigare genom att öka sin språkliga och kulturella kompetens, och därmed främja en jämlik och patientsäker vård.



Foto: Edvin von Otter

Läkarstudenten Sara Babiker leder en kurs i arabiska för ett 30-tal studiekamrater.

Under 2016 har studentföreningen börjat arrangera språkkvällar i arabiska, somaliska och persiska. Föreläsare är studentkamrater med respektive språk som modersmål.

– Det underlättar oerhört om läkaren kan presentera sig och fråga »Var har du ont?« eller »Får jag undersöka dig?« på patientens eget språk, säger Linus Kullänger, läkarstudent och en av de aktiva i projektet.

Numera finns även en app för mobilen som Linus Kullänger har konstruerat. Den är helt färdig till årsskiftet och innehåller gloslistor; just nu på arabiska (i fonetisk skrift), somaliska och persiska, med ord och uttryck parade med sina motsvarigheter på svenska. Språklärarna spelar in orden så att man hör det rätta uttalet. Appen, som är gratis för användaren, kommer att utvecklas och uppdateras kontinuerligt. Planen är att sprida den i den svenska sjukvården under 2017.

Gabor Hont



❖ 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

GRUNENTHAL

2016-10-PALEXIA DEPOT-0888



Foto: Kennet Ruona

Kari Nielsens forskning har belönats med LMK-stiftelsens pris på en halv miljon kronor. Priset överlämnades den 6 oktober i Lund av Mef Nilbert (t v), professor i onkologi och styrelseledamot i stiftelsen.

»Hittar vi melanom tidigt botar vi faktiskt de flesta«

Vad tänkte du när du fick veta att du har fått LMK-stiftelsens medicinpris?

– Jag blev glatt överraskad, för det var i hård konkurrens med andra duktiga melanomforskare.

Vad går arbetet som du belönades för ut på?

– Jag arbetar halvtid som hudläkare på Helsingborgs lasarett, och så har jag en halvtidstjänst som forskare i Lund. Där ingår jag i en multidisciplinär forskargrupp bestående av allt från molekylärbiologer till kirurger och öronläkare – en väldigt bra miljö för tvärvetenskapliga undersökningar. I kliniken har jag huvudansvaret för patienter med ärftliga melanom och för patienter med många födelsemärken. Jag gör helkroppsundersökningar med fokus på dermatoskopi och uppföljning av högriskpatienter. Forskningen handlar också om tidig upptäckt, dermatoskopi och prevention. Det känns stimulerande att på det sättet vara med hela vägen från prevention till klinisk vardag.

I motiveringen till priset nämns ditt arbete med en befolkningsbaserad biobank som på sikt ska underlätta individanpassad behandling och uppföljning av melanom.

– Det handlar om en prospektiv insamling av data i olika skeden av sjukdomen. På hudklinikerna samlar vi in information om primära melanom, på kirurgkliniker och onkologkliniker vävnadsprov och enkätsvar och blodprov på spritt melanom. Vi började 2013. Målsättningen är att få ihop tillräckligt mycket information för att kunna uttala sig om till exempel vilken sorts tumör som kan metastasera, vilka patienter som svarar på behandling, vilka som riskerar biverkningar och så vidare. Behandlingar av melanom är dyra och tuffa, med många biverkningar, så det gäller att hitta markörer som visar vem som kan ha nytta av en behandling och vem som säkert inte kommer att ha det. Det kan minska lidande och spara pengar.

Biobanken blir ett slags uppslagsbok?

– När vi har analyserat tillräckligt mycket data får vi nog statistiskt underlag för att använda biobanken som ett slags uppslagsbok. Vi har mycket att vinna på att hitta melanom tidigt, för då botar vi faktiskt de flesta som insjuknat.

Varför valde du dermatologi som specialitet?

– Under studietiden, i mitten på 90-talet, gjorde jag ett projekt på en melanomklinik i Sydney, Australien. En studiekamrat och jag fick följa med i arbetet på kliniken, och sedan var vi med på en av världskongresserna där med var sin poster. Och det gav ju blodad tand. Jag doktorerade 2009 på högriskpatienter med ärftlighet för melanom och riskfaktorer för melanom.

Är du en »dygnet runt-forskare« eller hinner du med att göra annat också?

– Man kan inte tänka på forskning jämt, men man har den ständigt med sig ändå på något sätt. Vi bor i fina omgivningar nära havet, så det känns bra att släppa jobbet ibland och återhämta sig genom fysisk aktivitet. Jag springer längs kusten, paddlar eller åker surf-ski. Det är fantastiska paddelvatten runt Kullaberg, och när man paddlar tänker man bra. Kommer på väldigt många bra saker.

Vad betyder det här priset för dig och din fortsatta forskning?

– En halv miljon är stora pengar, men allt ska gå till forskningen och doktorandernas projekt. En del kommer att bekosta banala saker som tryckkostnader för att få bättre kvalitet på dermatoskopibilder, medan andra delar ska användas till nya forskningsprojekt, till exempel utveckling av samarbetet mellan olika hudläkare i syfte att bli bättre på prevention av melanom.

Gabor Hont

KARI NIELSEN

YRKE: Med dr, överläkare, specialist i dermatologi, forskare.

ÅLDER: 44 år.

FAMILJ: Make, som också är läkare och forskare, tre barn.

BOR: Nyhamnsläge, norr om Helsingborg.

AKTUELL: Har fått LMK-stiftelsens medicinpris på 500 000 kronor för sina »tvärvetenskapliga och disciplinöverskridande forskningsinsatser inom området malignt melanom«. (LMK-stiftelsen skapades 2005 av Mikael Karlsson, entreprenör och medgrundare till IT-företaget Axis, för att stödja innovativ gränsöverskridande vetenskaplig forskning, främst vid Lunds universitet.)

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

NYTT OM NAMN



Fr v: Pristagarna Henrik Grönberg, Lisa Rydén, Jonas Hugosson och Heikki Joensuu.

FYRA CANCERFORSKARE DELAR PÅ NORDISKA MEDICINPRISET

Cancerforskarna **Jonas Hugosson**, Göteborgs universitet, **Henrik Grönberg**, Karolinska institutet, **Lisa Rydén**, Lunds universitet och **Heikki Joensuu**, Helsingfors universitet, delar på Nordiska medicinpriset 2016. Prissumman är på 1 miljon kronor, och forskarna får priset för sin respektive »... internationellt ledande forskning som skapat en omfattande och viktig vetenskaplig bas rörande diagnostik och behandling av bröstcancer respektive prostatacancer«.

BELÖNAD FÖR GOD VÅRD AV LUNGCANCERPATIENTER



Kristina Lamberg

Kristina Lamberg, överläkare vid institutionen för medicinska vetenskaper vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, får årets lungcancerstipendium av Lungcancerföreningen Stödet. Enligt prismotiveringen har Kristina Lamberg i sitt arbete vid Akademiska och i lungcancerstudiegruppen alltid haft ett tydligt patientperspektiv, vilket gör henne till en av patienterna mycket uppskattad läkare.

Stipendiet, som i år är på 100 000 kronor, delas ut för nionde året i rad av Lungcancerföreningen Stödet, en oberoende, ideell rikstäckande förening för patienter, anhöriga och yrkesverksamma inom lungcancervården.

PRISER FÖR KLINISK INSATS OCH FORSKNING OM OSTEOPOROS

Vid Svenska osteoporossällskapets årsmöte i Stockholm belönades framstående läkarinsatser på benskörhetens område.

Priset för främsta kliniska insats om 20 000 kronor delas ut tillsammans med läkemedelsföretaget Lilly och gick till **Mats Palmér**, osteoporosmottagningen vid Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge. Mats Palmér belönades för att han »... genom sitt engagerade kliniska arbete med osteoporos under 30 år har varit både drivande och delaktig till utvecklingen av området, vården av de drabbade och inte minst till utbildning av flera generationers kliniker«.

Priset om 20 000 kronor för främsta avhandling delas ut tillsammans med läkemedelsföretaget Amgen och delades mellan **Mehrsa Kherad**, Lunds universitet, och **Bojan Tubic**, Sahlgrenska akademin, för avhandlingarna



Foto: Privat

Fr v: Mats Palmér (pris för klinisk insats), Osteoporossällskapets ordförande Björn Rosengren och Bojan Tubic (bästa avhandling).

»The clinical relevance of vertebral fractures and low back pain in elderly men« respektive »Bone and fat tissue in children and adolescents: studies with focus on osteocalcin«.

NYA PROFESSORER

Följande läkare installerades den 18 november som professorer vid medicinska fakulteten, Uppsala universitet: **Anna Sarkadi** och **Anne Hammarström**, båda i socialmedicin; **Birgitta Essén** i internationell kvinno- och mödrahälsovård; **Nils Hailer** i ortopedi; **Martin Ingelsson** i geriatrik; **Eva Lindberg** i internmedicin; **Magnus Svartengren** i arbets- och miljömedicin samt **Niklas Långström** i barn- och ungdomspsykiatri.

AVLIDNA

Gunilla Rabo Berglund, Hovås, 93 år, död 12 september

Isolde Romanus-Egerborg, Ekerö, 77 år, död 21 september

Erik Tegmark, Leksand, 80 år, död 29 september

Hilda Blix, Kungsbacka, 99 år, död 20 oktober

Bengt Rippe, Lund, 65 år, död 20 oktober

Anund Hallén, Täby, 84 år, död 25 oktober

Adam Sydsjö, Linköping, 75 år, död 3 november

Läs mer!
Ett fullständigt kalendarium finns på Läkartidningen.se

KALENDARIUM

Prevention – State of the art 2016: »Alkoholen och riskpanoramat« är temat den 28 november på Svenska läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

Alkoholen påverkar alla celler och organ och är en av de främsta orsakerna till för tidig sjukdom och död världen över. Det är samtidigt den levnadsvana vi talar minst om i vården.

Kommittén för prevention bjuder på ett heldagsprogram om alkohol. De senaste forskningsrönen samt kliniska aspekter på riskerna med alkohol presenteras, belyst ur olika synvinklar. Alla professioner är hjärtligt välkomna. Gå in på Svenska läkaresällskapets hemsida för ett uppdaterat program och anmälan.

● www.sls.se

Föreningen Väst-SÄL inbjuder till föredrag och julbord den 1 december. Programmet startar med mingel och glögg klockan 11.00, följt av föredrag av **Ulf Rosenhall** på temat »Hörselnedsättning – en kritisk faktor för en åldrande befolkning«. Julbord klockan 12.30.

Lokal: Örgryte församlingshem. Kostnad: 300 kronor. Bindande anmälan görs senast den 27 november till Malin Lindh på e-post malin.lindh01@gmail.com eller telefon 073-801 51 75.

Scientia et Valebat III, 2016. Svensk flyg- och marinmedicinsk förenings årliga vetenskapliga möte hålls den 1 december klockan 13.00–17.00. Plats: Sandlersalen, ABF-huset, Sveavägen 41, Stockholm. Fria föredrag.

Inträde: 300 kronor, medlemmar 200 kronor. Bok med abstracts och kaffe ingår.

Årsmöte i Karolinska universitetssjukhusets läkarförening hålls tisdagen den 6 december klockan 18.00 i Sveriges läkarförbunds lokaler på Villagatan 5, Stockholm.

Från klockan 17.30 serveras lättare förtäring. Anmälan om deltagande görs per e-post senast den 29 november till noora.garcia@slf.se. Märk anmälan med »Karolinska«.

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, Felicia Lindberg, 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

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]

TECOS
TRIAL EVALUATING CARDIOVASCULAR OUTCOMES WITH SITAGLIPTIN

VAD GÄLLER KARDIOVASKULÄR SÄKERHET

- **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)