NYHETER
Otydligt ansvar för AT-läkarnas arbetsmiljö

KULTUR
Hon vigde sitt yrkesliv åt kvinnors reproduktiva hälsa

Läkartidningen

#6 2017

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 8 Februari 2017 • vol 114 • 197–256



SVETSARE RISKGRUPP FÖR SEPTISK PNEUMONI

Lägg till EZETROL (ezetimib) 10 mg direkt till en statin, för ytterligare reduktion av kardiovaskulära händelser[1]

IMPROVE-IT
RESULTAT AV DENNA LANDMARK STUDIE ÄR INKLUDERAD I UPPDATERAD FÖRSKRIVNINGSINFORMATION

PREVENTION AV KARDIOVASKULÄRA HÄNDELSER[1]

NY INDIKATION BASERAD PÅ IMPROVE-IT RESULTAT PUBLISERADES I NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICIN[2]

EZETROL är indicerat för att minska risken för kardiovaskulära händelser hos patienter med kranskärlssjukdom som har akut koronarsyndrom i sjukdomshistorien, när det används som tillägg till pågående statinbehandling eller när det initierats samtidigt med en statin.

EZETROL® (ezetimib) kolesterolabsorptionshämmare (Rx; (F); SPC februari 2016) tabletter 10 mg.

Indikationer: EZETROL givet tillsammans med en statin som tilläggsterapi till diet för patienter med:

- primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) som inte är adekvat kontrollerade med en statin enbart.
- homozygot familjär hyperkolesterolemi. Annan kompletterande behandling (t ex LDL-aferes) kan ges.
- homozygot familjär sitosterolemi

EZETROL i monoterapi är indicerat som tilläggsterapi till diet till patienter med primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) hos vilka en statin anses olämplig eller inte tolereras.

Prevention av kardiovaskulära händelser: EZETROL är indicerat för att minska risken för kardiovaskulära händelser hos patienter med kranskärlssjukdom som har akut koronart syndrom (AKS) i sjukdomshistorien. EZETROL kan läggas till redan insatt statinbehandling eller sättas in samtidigt som statinbehandling påbörjas.

Kontraindikationer: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något av hjälpämnena. När EZETROL ges tillsammans med en statin bör produktresumén för det aktuella läkemedlet konsulteras. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat under graviditet och amning. EZETROL givet tillsammans med en statin är kontraindicerat hos patienter med aktiv leversjukdom eller med kvarstående transaminasförhöjning utan känd orsak.

Vid förskrivning och för aktuell information om villkor i förmånssystemet, förpackningar och priser se www.fass.se.

Villkor för subvention: Subventioneras endast för patienter som har provat generisk statin och inte uppnått behandlingsmålet, eller om det konstateras att patienten inte tål statiner.

EZETROL är ett registrerat varumärke av MSP Singapore Company, LLC. Copyright © 2012 MSP Singapore Company, LLC.

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

EZETROL® (ezetimib)

MSD
msd.se

1. SPC EZETROL February 2016 (Section 4.1). **2.** Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med. 2015;372:2387–2397.

Copyright (c) 2015 MSD International GmbH, a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA
03-17-CARD-1178522-0000 mars 2016

INNEHÅLL



Foto: Poprotskiy Alexey/Colourbox

Nackspecifik träning hos fysioterapeut bör övervägas vid långvariga whiplashrelaterade besvär.

#6 2017

8 till 14 februari



Exponering för svetsrök och utveckling av pneumokockpneumoni gås igenom i en fallbeskrivning.

Foto: Fotolia/IBL

AT-läkare ska ha rätt till stöd när behov finns

I DENNA UTGÅVA berättar vi, med start på sidan 206, om AT-läkaren Anna som upplevde att hon blev antastad av en manlig kollega. Anna (som egentligen heter något annat) sökte efter händelsen AT-studierektorn för ett samtal, dock utan framgång. Hon skrev även en avvikelserapport eftersom hon fått veta att arbetsmiljöproblem skulle rapporteras i en sådan. Därefter blev hon sjukskriven i fem veckor, delvis med anledning av det som hänt. Ingen ur ledningen hörde av sig för att fråga hur hon mådde eller erbjuda stöd.

Efter sjukskrivningen fick hon veta att avvikelserapporten inte lett till någon åtgärd. Efter ytterligare en tid träffade Anna landstingets AT-chef, som inte kände till hennes ärende. Anna hade trott att det var tillräckligt att göra en avvikelserapport, men det visade sig att AT-chefen inte självklart blir informerad om någon av AT-läkarna skriver en sådan.

Fallet Anna visar att det inte alltid är lätt för en AT-läkare som far illa på jobbet att få fungerande hjälp. Emma Spak, ordförande i Sveriges yngre läkares förening (Sylf), bekräftar detta när hon konstaterar att arbetsmiljöansvaret för AT-läkare ibland upplevs som otydligt.

Sylf anser att det behövs en övergripande AT-chef med ett fullständigt arbetsgivaransvar för arbetsmiljö, lönesättning och rehabilitering. Det är en klok ståndpunkt.



Pär Gunnarsson,
chefredaktör

NYHETER

202 SKL har fått för stort inflytande över styrningen av sjukvården

204 Miljövänliga plastförkläden ska minska vårdens utsläpp

206 Otydligt ansvar för AT-läkarnas arbetsmiljö

DEBATT

210 Så bör regelverket för generika ändras

211 Sätt större fokus på fysisk aktivitet vid depression

KRÖNIKAN

215 Josephine Savard

KULTUR

249 Kajsa Sundströms yrkesliv – en kamp för kvinnors reproduktiva hälsa

MÄNNISKOR & MÖTEN

253 Många äldre som tar sitt liv lider av psykisk ohälsa

KLINIK & VETENSKAP

218 Radiologisk produktion är lätt att mäta – men vilken är nyttan av olika undersökningar, undrar författarna. Kommentaren

220 Nya rön: Whiplashbesvär förbättrades med nackspecfik insats

221 Kost påverkade behandlingsresultat vid reumatoid artrit och SLE

222 Ökat välbefinnande med yoga, men ingen blodtryckssänkande effekt

223 Stöd för sekundärprofylax efter TIA eller stroke

225 Svetsare riskgrupp för septisk pneumoni Fallbeskrivning

228 Muskulär pseudohypertrofi yttrade sig som mjukdelstumör Fallbeskrivning

230 Farmakologisk symtomlindring i livets slutskede ABC

237 Kortikosteroider i enstaka led kan ge psykiska biverkningar Läkemedelsfrågan



217 Meis Omran är en av författarna till ABC-artikeln om hur det ofta är möjligt att med relativt enkla farmakologiska åtgärder lindra symtom i livets slutskede.

RÄTTELSE

I artikeln »Huskur till heders«, som publicerades i LT nr 5/2017, blev det fel i näst sista stycket (»En liten varning: Opastöriserad honung ...«). Ordet »opastöriserad« ska inte vara med. Styckets korrekta formulering ska vara: »En liten varning: Honung ska dock inte ges till barn under ett år, eftersom den kan innehålla sporer av botulinumbakterier som kan förorsaka svår sjukdom hos spädbarn.«

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

201 SIGNERAT Oacceptabelt att många blir sjuka på jobbet!
238 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund
240 LEDIGA TJÄNSTER Med platsannonser
253 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer
av Läkartidningen utkommer den 15 februari.

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).

Förebyggande av stroke/systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer

Även godkänt för behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE) samt förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna[1]



BÄTTRE reduktion av **STROKE/ SYSTEMISK EMBOLISM** jämfört med warfarin[2]

BÄTTRE säkerhet avseende **ALLVARLIG BLÖDNING** jämfört med warfarin[2]

Eliquis® apixaban

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

Eliquis®, den **enda** faktor Xa-hämmare som uppvisat signifikant reduktion av stroke/systemisk embolism **och** färre allvarliga blödningar jämfört med warfarin vid icke-valvulärt förmaksflimmer.[2]

Eliquis® (apixaban) Rx. är ett antitrombotiskt medel, direkt faktor Xa hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 ml/min, till patienter som genomgår dialys eller till patienter med mekanisk hjärtklaffprotes. Användning till patienter med kreatininclearance 15-29 ml/min bör ske med försiktighet. För patienter med NVAF och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 µmol/l) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min) rekommenderas en dossänkning. Dosjustering är inte nödvandig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Patienter kan fortsätta använda Eliquis® under konvertering (NVAF). Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Om en livshotande blödning uppstår eller vid behov av akut kirurgi, hos patienter under Eliquisbehandling, kan administrering av protrombinkomplexkoncentrat (PCC) eller rekombinant faktor VIIa övervägas. Eliquis® finns som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 23 mars 2016.

Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.

Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se

Referenser: 1. Produktresumé för Eliquis® (apixaban), www.fass.se. **2.** Granger CB *et al.* N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

Publiceringsdatum: september 2016 **Jobbkod:** EUAPI724. **www.eliquis.se**

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Eliquis® apixaban

Oacceptabelt att många blir sjuka på jobbet!

Brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön orsakar ohälsa hos många arbetstagare. Sjukvårdspersonal är inte undantagen. I vårt land har antalet anmälda arbetssjukdomar som beror på dessa faktorer ökat med drygt 70 procent sedan år 2010. Alltför mycket arbete, för hög arbetstakt, ständig omorganisation, stress och/eller problem i relationer på arbetsplatsen är problem i hela Europa. Att så många blir sjuka på jobbet av de här orsakerna är oacceptabelt.

Tydligare regler och krav på den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har länge efterfrågats, inte minst i Sveriges läkarförbund. Den 31 mars 2016 började Arbetsmiljöverkets nya föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4, att gälla. Syftet är att främja en god arbetsmiljö och förebygga risk för ohälsa på grund av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetsmiljön.

Arbetsmiljöverket har genom den nya författningen betonat vikten av organisatorisk och social arbetsmiljö.

»Vi läkare brottas ofta med samvetsstress ...«

Arbetsgivarna behöver prioritera arbetsmiljöarbetet ännu mer för att vända utvecklingen. Att färre blir sjuka på jobbet är bra både för de enskilda individerna och för arbetsgivarna och samhället i stort.

Ohälsan drabbar oss som individer, men orsakerna finns främst i hur arbetsgivaren organiserar arbetet och i det sociala samspelet på arbetsplatsen. De nya föreskrifterna riktar in sig på dessa orsaker. Arbetsgivare ska kartlägga risker och vidta åtgärder innan sjukdom eller ohälsa uppstår. Det är bra att dessa skrivningar nu skärpts.

Vad menas med organisatorisk arbetsmiljö? Jo, det är villkor och förutsättningar för arbetet som inkluderar ledning och styrning, kommunikation, delaktighet, handlingsutrymme, krav, resurser och ansvar. Social arbetsmiljö innefattar hur vi påverkas av de personer som finns runt omkring oss, som socialt samspel och samarbete, men också socialt stöd från chefer och kollegor.

Brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön ökar risken för ohälsa, som sömnstörningar, hjärt-kärlsjukdom, muskuloskeletala besvär och stressreaktioner samt depression. Stressreaktioner påverkar koncentration, minne, problemlösning och beslutsfattande. Att detta fungerar är grundläggande för att kunna utföra läkararbetet. Dålig arbetsmiljö kan även bidra till att arbetstagare tar risker som leder till onödiga patientsäkerhetsrisker.

Vi läkare brottas ofta med samvetsstress för att vi inte hinner med det vi förväntas göra. Vi måste ibland ta beslut som går mot våra etiska värderingar. Vi har läkarbrist och vi arbetar alldeles för mycket. Enligt den nya föreskriften ska arbetsgivare ansvara för att arbetstagarna inte får en ohälsosam arbetsbelastning.

Arbetsgivaren ska tillse att chefer och arbetsledare har kunskap om

- hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning
- hur man förebygger och hanterar kränkande särbehandling.

Men det ska även finnas förutsättningar för chefer att omsätta kunskapen i praktiken. För chefer måste det finnas

- tydliga ansvarsområden
- mandat och befogenheter
- personella och ekonomiska resurser
- stöd i rollen som chef.

Resurserna ska anpassas efter kraven i arbetet, och om resurser inte finns får kraven minskas. Vad kan vi själva göra?

- Börja med att prata med dina arbetskamrater. Hur har ni det på er arbetsplats?
- Se till att du får tillräckligt med vila och återhämtning.
- Ta reda på vem som är skyddsombud på din arbetsplats. Har ni inget, så engagera dig själv i arbetsmiljöarbetet – eller finns det någon annan som vill?
- Ta tillsammans med kollegor och skyddsombud upp en dialog med din närmaste chef om kartläggning av er arbetsmiljö och arbetsmiljörisker.
- Som skyddsombud har du rätt att få utbildning från din arbetsgivare och tillräckligt med tid för att driva arbetsmiljöfrågor.

Läkarförbundet välkomnar de nya föreskrifterna för arbetsmiljö. Men vi måste tillsammans omsätta dem i praktiken. Och det kan inte nog understrykas: en god arbetsmiljö tjänar både arbetsgivare och arbetstagare på!

Marina Tuutma,
ordförande, Arbetslivsgruppen;
ledamot, förbundsstyrelsen
marina.tuutma@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation



Riksrevisionen:

SKL har fått för stort inflytande över styrningen av sjukvården

Staten har använt intresseorganisationen Sveriges Kommuner och landsting (SKL) för att styra sjukvården – trots att organisationens främsta uppgift är att värna landstingens intressen. Det konstaterar Riksrevisionen i sin slutrapport om statens styrning av vården.



Riksrevisionen har i ett flertal rapporter riktat kritik mot statens styrning av vården. Bland annat ses SKL:s roll som problematisk och otydlig.

I ett flertal rapporter har Riksrevisionen riktat kritik mot statens styrning av vården. Bland annat har de prestationsbaserade ersättningarna tagits upp. Sedan år 2011 har totalt tio granskningar gjorts.

Nu kommer Riksrevisionen med en slutrapport, som utgår ifrån dem. I rapporten beskrivs SKL:s roll som problematisk och otydlig.

– SKL är en medlemsorganisation som i första hand ska värna om kommunernas och landstingens intressen. Men regeringen har gett SKL en myndighetsliknande roll utan att ställa motsvarande krav på insyn, ansvar och objektivitet, säger Riksrevisionens granskningschef Robert Boije.


Robert Boije

Överenskommelsen med SKL har varit ett effektivt sätt för staten att styra vården, eftersom intresseorganisationen har ett nära band till landsting och kommuner, enligt Riksrevisionen. Men i och med att överenskommelserna har ökat de senaste tio åren har SKL:s roll successivt förändrats. Organisationen har fått mer och mer att säga till om, och de ekonomiska bidragen har ökat.

SKL är i dag en central aktör i styrningen av vården. Samtidigt har Socialstyrelsen fått en mer undanskymd roll.

Riksrevisionen skriver att Socialstyrelsen har gjort en »väl restriktiv« tolkning av sitt uppdrag, och menar att det kan vara en orsak till att SKL fått mer makt och att Socialstyrelsens och SKL:s roller och arbetsuppgifter har blandats ihop.

– Regeringen bör i första hand använda sina myndigheter för att förverkliga sin politik, och i det här sammanhanget vore det bra att förtydliga Socialstyrelsens stödjande uppgift mot landstingen. Om regeringen fortsätter att använda SKL bör rollfördelningen samt regler för insyn, förvaltning och ägande förtydligas, säger projektledaren Emma Wallin i ett pressmeddelande.

För att uppnå en mer jämlik vård bör staten, enligt slutrapporten, utveckla sin kunskapsstyrning och ägna mer kraft åt att ta reda på varför kunskapsstöd inte följs. Riksrevisionen tycker att det är positivt att regeringen har tillsatt en utredning som ser över frågan – men anser att det även krävs ett mer kontinuerligt arbete. Den aktuella utredningen, som leds av Sofia Wallström, ska lämna sina förslag senast den första juni i år.

Marie Ström

Oslorektor föreslås som ny rektor för KI

Ole Petter Ottersen, medicinprofessor och rektor för Oslo universitet, kommer att föreslås som rektor för Karolinska institutet (KI). Det uppger KI:s styrelseordförande Mikael Odenberg i sin blogg.

»Vår bedömning är att Ole Petter Ottersen har de ledaregenskaper som KI söker och förutsättningarna för att få med sig medarbetare, anställda och studenter i kommande förändringsarbete. Han har därtill såväl erfarenhet av att leda ett stort universitet som en egen forskning av betydande höjd« skriver Mikael Odenberg.

Valkommittén ska nu samråda med den så kallade hörandeförsamlingen (som representerar lärare, övrig personal och studenter) om att föreslå regeringen Ole Petter Ottersen som ny rektor. Samrådet ska ske den 14 februari.

Själv vill Ole Petter Ottersen inte kommentera det hela:

– Detta är i en jobbsökarprocess och därför tror jag inte att det är rätt av mig att kommentera, säger han till Läkartidningen.

Ole Petter Ottersen var även påtänkt som ny rektor för Göteborgs universitet (GU). Att han nu i stället väljer Karolinska institutet har väckt starka känslor. I en debattartikel i Göteborgs-Posten kallar medlemmar ur GU:s rekryteringskommitté KI:s rekrytering av ny rektor för »en studie i svek och ohederlighet«.


Ole Petter Ottersen

– Vi är förvånade och känner stor besvikelse över detta. Vi känner att han gått bakom ryggen på oss, säger Cecilia Schelin Seidegård, ordförande för universitetsstyrelsen, till tidningen.

Joakim Andersson, Annica Lundbäck



Illustration: Colourbox

Intresset för personcentrerad vård stort – men innebörden oklar

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tittat närmare på hur stöd för egenvård, delat beslutsfattande och personcentrerad vård kan öka delaktigheten hos långtidssjuka – och vilka etiska svårigheter och hinder som finns.

SBU har gått igenom forskningen på området. Resultatet visar att det finns ett måttligt till starkt vetenskapligt stöd för att ett personcentrerat arbetssätt har positiva effekter för långvarigt sjuka. Det handlar om en ökad tilltro till den egna förmågan samt bättre hälsa både fysiskt och psykiskt genom personcentrerad vårdplanering.

Patienterna får även en ökad kunskap om vilka alternativ som finns, en bättre riskuppfattning och tycker sig få bra information vid användande av patientriktade beslutsstöd. Besluten fattas också oftare i samklang med patientens värderingar, och antalet beslut som fattas enbart av vårdpersonalen minskar.

När det gäller egenvård finns inga tydliga positiva effekter som är vetenskapligt belagda.

SBU påpekar att det inte finns någon samlad bild av vad personcentrerad vård innebär. Det saknas också en granskning av vilka metoder som är effektiva och vilka förutsättningar som finns för arbetssättet.

Flera etiska utmaningar med patienters delaktighet lyfts fram. SBU varnar för att delat beslutsfattande och ökad egenvård kan medföra en ansvarsförskjutning från hälso- och sjukvården mot patienten. Det finns även en risk att patienter som inte vill eller kan vara delaktiga inte får anpassad vård.

Marie Ström

»Stela regelverk får inte skjuta Ersta i sank«

Konkurrensverket har reagerat på att Stockholms läns landsting (SLL) vid flera tillfällen inte gjort korrekta upphandlingar enligt lagen om offentlig upphandling, LOU. Det kan nu drabba Ersta sjukhus, som varje år utför närmare 4 000 mag- och tarmoperationer för SLL:s räkning.

Ersta sjukhus drivs av Ersta diakoni, en ideell förening med verksamhet inom sjukvård, socialt arbete, utbildning och forskning. Sjukhusets avtal med SLL om mag- och tarmkirurgin löper ut vid årsskiftet, och enligt landstinget måste verksamheten då upphandlas enligt LOU.

Men enligt Ulrika Stuart Hamilton, generalsekreterare för Famna, riksorganisationen för idéburen vård och omsorg, behöver inte det innebära ett problem. Hon menar att det går att ställa kvalitetskrav i upphandlingar i stället för att enbart fokusera på lägsta pris.

– Det går, men upphandlare är generellt försiktiga, kanske för att de saknar kunskap om hur man tillämpar upphandlingsreglerna, säger hon.

Anna Starbrink (L), landstingsråd i SLL, håller med om att kvalitetskrav kan – och bör – ställas vid upphandlingar. Men för att idéburna verksamheter som Ersta sjukhus ska kunna bli en viktig del i svensk välfärd krävs det en lagändring, anser hon.



Anna Starbrink

– Självklart ställer vi kvalitetskrav, men det är inte samma sak som att garantera att Ersta skulle vinna en upphandling. Vi kan aldrig rigga en upphandling riktat till en enda aktör, och det är där jag skulle vilja ha ett undantag i lagstiftningen för de idéburna verksamheterna.

Hon har träffat representanter för Ersta sjukhus, och landstinget har även haft möten med Konkurrensverket och Upphandlingsmyndigheten för att försöka hitta öppningar i gällande lagstiftning.

– Vi prövar allt, vänder på varje sten. Vi kommer att ta oss tid att hitta en lösning. Verksamheten på Ersta har funnits i 160 år. Vi kan inte låta byråkratiska krav och stela regelverk skjuta Ersta i sank, säger hon.

Maj-Lis Koivisto, Marie Ström

Hyrpersonal kostade 4,6 miljarder 2016

▶ **Landstingens och regionernas kostnader för inhyrd sjukvårdspersonal ökade med 650 miljoner kronor mellan 2015 och 2016 till totalt 4,6 miljarder. Det konstaterar Sveriges Kommuner och landsting (SKL) i en ny rapport.**

I snitt utgjorde kostnaderna för inhyrd personal 3,6 procent av den totala personalkostnaden. Läkare stod för den största delen av hyrkostnaderna, 74 procent.

I fem landsting och regioner minskade kostnaderna något: Västra Götalandsregionen, Landstinget i Värmland, Landstinget Dalarna, Region Östergötland och Region Örebro län.

Landstingen och regionerna har enats om en gemensam strategi för att minska beroendet av inhyrd personal, med målet att helt ha fasat ut hyrpersonalen till den 1 januari 2019.



Annica Lundbäck

I KORTHET

UTREDNING OM TRANSPLANTATIONER PÅ SAHLGRENSKA KLAR

▶ **Tydliga rutiner, omfattande beslutsunderlag och en detaljerad checklista. Det är några av villkoren som måste uppfyllas för att nya, obeprövade metoder ska kunna tillämpas i sjukvården, anser utredarna av de uppmärksammade organtransplantationerna vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, som Läkartidningen tidigare skrivit om.**

I den sista delen av utredningsuppdraget, som presenterades i förra veckan, föreslås riktlinjer för hur nya experimentella metoder ska kunna utvecklas och införas i sjukvården.

Den första delen i utredningen presenterades i september förra året. Där konstaterade utredarna att behandlingarna var att betrakta som forskning och att de därför borde ha haft ett godkännande av regional etikprövningsnämnd. ○

Läs mer!
Fler nyheter samt fullständiga texter på Läkartidningen.se

Miljövänliga plastförkläden ska minska vårdens utsläpp

Under våren kommer Region Skåne att ersätta engångsförkläden av oljebaserad plast med förkläden gjorda av sockerrör och kalksten. Förklädena är en helt ny produkt och har tagits fram i nära samarbete med personalen.

Närmare 30 000 anställda, all vårdpersonal, kommer att använda de nya förklädena vid omvårdnad av patienter. Varje år går det åt cirka 6,5 miljoner engångsförkläden inom Region Skåne.

Vårdpersonal vid några utvalda kliniker har varit med från början i de kliniska testen av förklädena, och deras synpunkter har legat till grund för en rad justeringar som gjorts. Bland annat har slitstyrkan, förpackningen, avrivningen, knytningen av banden, följsamheten, hålet för huvudet och hur förklädena tas av och på testats.

– Vi är mycket glada för den här nära samverkan med verksamheterna, vilket förhoppningsvis leder till en produkt som alla är nöjda med, säger Louise Strand, inköpschef på Region Skåne.



Foto: Kristina De Geer

Jenny Wanegård, sjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Malmö, provar de nya förklädena.

Användningen av engångsmaterial i oljebaserad plast är en av Region Skånes största miljöbovar. Sjukvårdens materialanvändning står för 40 procent av regionens utsläpp av växthusgaser, varav engångsförklädena har den sjunde största miljöpåverkan.

De miljövänliga förklädena blir cirka 40 procent dyrare än de oljebaserade, men vinsten ligger i att koldioxidutsläppen minskar från 280 till 25 ton.

– Tillverkningen, som även skapar arbetstillfällen lokalt, är en ny produkt i ett helt nytt material. Det är därför naturligt med ett visst pris initialt och att det sjunker när efterfrågan ökar och produktionen effektiviseras, säger Louise Strand.

De nya förklädena tillverkas av företaget Gaia Biomaterials i Helsingborg. I tillverkningen används sockerrör som importeras från Brasilien och kalciumkarbonat från Örebro.

Hur ser ni på transporten av sockerrör ur miljöbelastningssynpunkt?

– Genom att växla över till förkläden med 91 procent förnybart material kan vi nu minska koldioxidutsläppen med drygt 250 ton per år. Det motsvarar ungefär 330 varv runt jorden med en medelstor bensindriven bil eller 100 flygresor tur och retur till Thailand, säger Louise Strand.

Maj-Lis Koivisto

Aktionsgrupp vill ta över Sollefteå sjukhus

Efter beskedet att den akuta kirurgin läggs ner vill nu aktionsgruppen »Ådalen reser sig« ta över driften av sjukhusen i både Sollefteå och Örnsköldsvik.

Tanken är att driften av sjukhusen ska ske inom ramen för en ekonomisk förening. Erik Lövgren (S), regionsråd i Landstinget Västernorrland, har uttryckt tveksamhet till förslaget i lokala medier, men Bo-Göran Widman, ordförande för Ångermanlands läkarförening, är desto mera positivt inställd.

– Om landstinget går med på ett övertagande så tror jag säkert att den här gruppen kan driva det. Men kruxet är väl att få landstinget att gå med på det, säger han till Läkartidningen.

– Vi är positiva till detta om man kan behålla det utbud av kirurgi och akutvård som befolkningen här behöver, fortsätter han.

Förutom planerna på att avveckla akutkirurgin i Sollefteå har Landstinget Västernorrland beslutat att lägga ner BB vid Sollefteå sjukhus samt flytta den akuta ortopedin till Örnsköldsvik. Det kan enligt Bo-Göran Widman få stora konsekvenser.



Bo-Göran Widman

– Läkarföreningen tycker att bassjukvård ska finnas så nära patienten som möjligt och att den lägsta vårdnivå som kan ta hand om patientens problem ska eftersträvas. Man ska inte behöva resa långa sträckor för banala åkommor. Här i Västernorrland har vi ganska långa avstånd, och ska man då åka för allvarliga trauman kan det kosta liv, säger han.

Joakim Andersson

I KORTHET

RÄTTEGÅNGEN MOT FIKRU MARU SKJUTS UPP

▶ Rätten i Addis Abeba avbröt förra onsdagens domstolsförhandling mot den svenska hjärtläkaren Fikru Maru utan att lämna några besked annat än att rättegången skjuts upp en månad. Det rapporterar SVT Nyheter Gävleborg.

SÅ KAN ABORTRELATERAD MÖDRADÖDLIGHET MINSKA

▶ Om fler yrkesgrupper utbildas att utföra säkra aborter skulle kvinnors möjlighet att avbryta en graviditet utan att riskera liv och hälsa öka. Det visar en doktorsavhandling från Karolinska institutet där abortvården i Indien och Sverige har undersökts.

NY SKL-RAPPORT RANKAR LANDSTINGENS VÅRDKVALITET

▶ Sveriges Kommuner och landsting har med hjälp av olika kvalitetsmått rangordnat landstingens och regionernas vårdkvalitet för ett antal vårdområden. Men samtidigt menar SKL att sammanställningen inte kan besvara frågan var vården är bäst.

KI LÄMNAR MACCHIARINI-ÄRENDE TILL CEPN

▶ Karolinska institutet (KI) har lämnat över en anmälan om misstänkt oredlighet i forskning mot Paolo Macchiarini till Centrala etikprövningsnämndens (CEPN) expertgrupp för oredlighet i forskning.

Anmälarna anser att Paolo Macchiarini och två medförfattare manipulerat och förfalskat forskningsdata i en vetenskaplig poster som presenterades vid en konferens i USA 2012.

SVENSKA LÄKEMEDELSPRISER LÄGST I NY JÄMFÖRELSE

▶ Sverige har de lägsta priserna på receptbelagda konkurrensutsatta läkemedel jämfört med 19 andra europeiska länder. Det visar en jämförelse som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, tagit fram.

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Diagnostiska *fel* och misstag

IVA, GREV TUREGATAN 16, STOCKHOLM, 15 MARS 2017

Ett område som får allt mer uppmärksamhet i patientsäkerhetsarbete är diagnostiska fel och misstag. Det finns inga pålitliga siffror över hur vanliga de är, främst beroende på bristande enhetlighet i definitioner, och också bristande dataunderlag. Dock uppgår andelen diagnostiska fel och misstag till mellan 10 och 20 procent av vårdskador. Symposiet kommer att belysa olika aspekter på diagnostiska fel och misstag; hur vanliga de är, varför och var de uppkommer, men också ge förslag till motåtgärder.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 15 MARS, 2017

12.00–13.00	**Registrering och lunch**
13.00–13.05	**Inledning**
13.05–13.35	**Diagnostiska fel och misstag, hur vanliga är de och varför sker de?** Anders von Heijne, överläkare, Danderyds sjukhus
13.35–14.05	**Diagnostiska fel och misstag, hur ser det ut vid konsultation på distans?** Charlotta Nelsson, chefläkare, Landstinget i Värmland
14.05–14.35	**Diagnostiska fel och misstag, hur ser det ut i primärvård och på sjukhusens akutmottagningar?** Rita Fernholm, med lic, distriktsläkare Boo Vårdcentral, Nacka
14.35–15.05	**Kaffe**
15.05–15.35	**Diagnostiska fel och misstag, var och varför missas diagnoser vid vanliga sjukdomstillstånd?** Åke Andrén-Sandberg, professor emeritus, Karolinska institutet
15.35–16.05	**Diagnostiska fel och misstag, vad kan och bör vi göra åt problemet?** Anders von Heijne, överläkare, Danderyds sjukhus
16.05–16.45	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: Pelle Gustafson, Läkartidningen
Programansvariga: Läkartidningen



Välkommen!

PRIS: 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50 procent rabatt på ordinarie pris. Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega.
Kontakta fredrik.olander@lakartidningen.se för mer information.
TID & PLATS: 15 mars 2017 kl 12:00–16:45. IVA Konferenscenter, Grev Turegatan 16, Stockholm

Läkartidningen





Illustration: Erik Nylund

Cheferna är nya för varje placering. AT-chefen kan sitta flera mil bort och saknar ofta insyn i AT-läkarnas vardag. Så vart vänder sig en AT-läkare som far illa på jobbet? Vem ansvarar för samtal, åtgärder och uppföljning? Berättelsen om AT-läkaren Anna, som upplevde att hon blev antastad av en manlig kollega, visar att arbetsmiljöansvaret är allt annat än tydligt.

Otydligt ansvar för AT-läkarnas arbetsmiljö

Anna, som egentligen heter något annat, påbörjade i november 2015 sin tjänstgöring som AT-läkare på en psykiatrisk mottagning. På fredagen första veckan bad hon en äldre och mer erfaren kollega om hjälp med en bedömning av en patient.

Under samtalet rörde kollegan henne på ett sätt som hon upplevde som mycket integritetskränkande. Enligt Anna la han sin hand på hennes axel, förde handen över hennes rygg och behåknäppning på ett sätt som hon uppfattade som smeksamt och sa att de kunde fortsätta prata på hans rum.

... det är den enskilde som avgör var gränsen går. Om någon upplever sig ha blivit utsatt för ett ovälkommet beteende av sexuell natur kan det röra sig om sexuella trakasserier – vilket arbetsgivaren är skyldig att utreda skyndsamt och med respekt för de inblandade.

– Jag tyckte att det var fruktansvärt obehagligt, säger hon.

Kollegan håller inte med om att han gjort något otillbörligt.

– Vi var i ett rum som är tre gånger tre meter, två eller tre sjuksköterskor var också närvarande. Jag stod bakom henne och la höger hand på hennes högra skuldra och då reste hon sig upp och skrek och sprang ut ur rummet.

Men på den här punkten är diskrimineringslagstiftningen tydlig: det är den enskilde som avgör var gränsen går. Om någon upplever sig ha blivit utsatt för ett ovälkommet beteende av sexuell natur kan det röra sig om sexuella trakasserier – vilket arbetsgivaren är skyldig att utreda skyndsamt och med respekt för de inblandade.

Anna sökte utan framgång AT-studierektorn för ett samtal. Eftersom hon hade fått veta att arbetsmiljöproblem skulle rapporteras i en avvikelserapport, skrev hon också en sådan.

Därefter blev hon sjukskriven fem veckor, delvis med anledning av det som hänt. Ingen ur ledningen hörde av sig för att fråga hur hon mådde eller erbjuda stöd.

Efter sjukskrivningen började hon en ny AT-placering, och månaderna gick. Om sin anmälan hörde hon ingenting och valde därför i slutet av maj att själv kontrollera hur det gick med avvikelserapporten. Ärendet hade då stängts av verksamhetens högsta chef – utan att Anna kontaktats.



DE HAR ANSVAR FÖR AT-LÄKARNA

- AT-studierektor: Ska se till att utbildningen uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter.
- AT-chef: Är AT-läkarens arbetsgivare och har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön.
- Verksamhetschef: Ansvarar för arbetsmiljön på placeringen.
- Läkarförbundet: Kan stötta och hjälpa, till exempel genom att förhandla med arbetsgivaren eller driva ärenden vidare i olika rättsinstanser.

Under punkten »Åtgärdsförslag« hade verksamhetschefen skrivit »Inga«. Under punkten »Klassificering« angavs att händelsen inte hade en arbetsrelaterad orsak, och under »Konsekvenser av händelsen« stod det att skadan eller smärtan är övergående för personal.

– Det stämmer inte, jag blev ju sjukskriven, säger Anna.

Hon vände sig till landstingets AT-chef, som bjöd in både Anna och verksamhetschefen till ett möte för att de tre tillsammans skulle få diskutera igenom vad som hänt. Av olika skäl – bland annat semestrar – dröjde det ytterligare tre månader innan mötet blev av. Det hade då gått totalt nio månader sedan händelsen med kollegan.

– Det var först på det mötet som jag förstod kopplingen mellan händelsen och hennes sjukskrivning, säger AT-chefen.

AT-chefen säger till Läkartidningen att det inte ska gå till på det här sättet och menar att någon borde ha hört av sig till Anna. Samtidigt, säger AT-chefen, kunde även Anna själv ha hanterat ärendet annorlunda.

– Jag hade stöttat henne om hon hade kontaktat mig tidigare.

Men Anna litade på att det räckte med avvikelserapporten, eftersom det var den information hon fått. Problemet är att AT-chefen inte automatiskt blir informerad om någon av AT-läkarna skriver en rapport.

– Därför är det viktigt att de kontaktar oss om de får problem. Vi håller dock på och ser över de rutinerna som en del av ett bättre AT hos oss.

AT-chefen ansvarar för 120 AT-läkare som är utspridda på olika platser i sjukvårdsområdet.

– Vi jobbar hela tiden med arbetsmiljön, men det är svårt att kontrollera varje dag för varje AT-läkare eftersom jag sitter på en annan geografisk plats. Som tur är är händelser som den här jätteovanliga, säger AT-chefen.

Är det ovanligt att det händer eller ovanligt att det rapporteras?

– Jag upplever att det är ovanligt för oss. Det är i alla fall ovanligt att det rapporteras.

Enligt AT-chefen har åtgärder vidtagits för att snabbare kunna uppmärksamma liknande händelser.

– Nu har vi anställt en studierektor som jobbar närmare AT-läkarna, så vi hoppas kunna förbättra närheten. Vi kommer också att ha tätare samtal med AT-läkarna. Vi har förstått att vi kan behöva repetera den information som ges under introduktionen.

Ansvaret för informationen om arbetsmiljön som ges under AT-läkarnas introduktionsvecka är centralt.

– Vi har dock aldrig diskuterat konkreta händelser under introduktionen. Vi har kanske varit för generella, det finns oerhört många situationer man kan hamna i. Vi anmodar AT-läkarna att själva ta kontakt med oss om de får problem, säger AT-chefen.

Är du nöjd med hanteringen av det här ärendet?

– Det vill inte jag uttala mig om. Vi hade ett möte med verksamhetschefen och vi kom överens om att allting kunde ha gjorts mycket bättre.

Anna har fortsatt sin AT enligt plan och fick i dagarna sin läkarlegitimation. Hon är fortfarande besviken på de ansvariga cheferna och säger att hennes förtroende för ledningen är skadat.

– Jag skulle ha önskat att någon hade hört av sig till mig, kollat hur jag mådde och berättat hur det gick med min anmälan. I stället gjorde de precis tvärtemot vad som står i diskrimineringslagen.

Text: **Maj-Lis Koivisto**
Illustration: **Erik Nylund**

DISKRIMINERINGSLAGEN

- Det är förbjudet att diskriminera någon på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.
- Om arbetsgivare får kännedom om att det förekommer diskriminering eller trakasserier är hen skyldig att skyndsamt utreda det som hänt, tala med de inblandade och eventuella vittnen, hålla de inblandade informerade om hur utredningen fortlöper och vidta åtgärder som är rimliga för att förhindra att trakasserierna fortsätter.

»AT-chefen bör finnas nära verksamheten«

En AT-chef måste ha goda förutsättningar för att kunna ta chefsansvar samt finnas nära verksamheterna för att förstå vilka problem AT-läkarna möter. Det menar Emma Spak, ordförande i Sveriges yngre läkares förening (Sylf), som sett att arbetsmiljöansvaret för AT-läkare ibland upplevs som otydligt.

– Vi känner igen den här bilden. En av svårigheterna är att AT-läkare befinner sig på väldigt många olika kliniker och det kan upplevas som otydligt vem som har arbetsmiljöansvaret. Vid korta placeringar kan det övergripande ansvaret falla mellan stolarna, säger Emma Spak.

Sylf anser att det behövs en övergripande AT-chef med ett fullständigt arbetsgivaransvar för arbetsmiljö, lönesättning och rehabilitering.

– Vi upplever att det höjer kvaliteten att man har en tydlig chef att vända sig till. Självklart finns också ett arbetsmiljöansvar på kliniken där man befinner sig, men med en AT-chef finns det en tydlighet i vart man kan vända sig som AT-läkare, säger Emma Spak.

Ett problem är enligt henne att det på sina håll finns AT-chefer som ansvarar för ett för stort antal AT-läkare.

– Det finns en gräns för hur många man kan ta det direkta chefsansvaret för. I vården har man som chef inte sällan alltför stora grupper. Sylf säger inte exakt hur organisationen med AT-chef ska riggas, men det är viktigt att man finns nära AT-läkarna med goda förutsättningar att ta chefsansvar. Man bör finnas nära verksamheten för att förstå vilka problem AT-läkarna möter, men också för att kunna värdera läkarnas kompetens som lönesättande chef.

Hur arbetar Sylf med de här frågorna?

– Centralt i Sylf arbetar vi övergripande, främst genom att stötta arbetet i våra lokalavdelningar som driver frågan om AT-chefer lokalt. Vi lyfter fram goda exempel och uppmärksammar frågan om AT-chefer och AT-läkares arbetsmiljö i AT-rankningen.

– Sylf har också arbetat mycket mot diskriminering och tagit fram två rapporter om upplevd diskriminering bland underläkare. Vi har lyft att det är viktigt att synliggöra vilka strukturer och vilken kultur som finns på en klinik. Verksamhetschefen har en nyckelroll, men alla kollegor måste delta. Att öppet kunna prata om det som hänt är viktigt.



Foto: Rickard L Eriksson

Emma Spak, Sylfs ordförande.

> **»Vi har lyft att det är viktigt att synliggöra vilka strukturer och vilken kultur som finns på en klinik. Verksamhetschefen har en nyckelroll, men alla kollegor måste delta.«**

För läkare som upplever diskriminering eller far illa på sin placering ger Emma Spak några konkreta råd:

– När man råkar ut för diskriminering ska man påtala detta för sin verksamhetschef. Vill man ha hjälp och stöd ska man vända sig till sin lokala läkarförening. Man kan också vända sig till Läkarförbundets medlemsrådgivning, säger hon.

Joakim Andersson



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 HAR FEL OM DEPRESSION OCH ÅNGEST

▶ **Socialstyrelsen bör avbryta implementeringen av remissversionen av »Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom« och i stället dra tillbaka och omarbeta riktlinjerna, skriver Peter Ankarberg.**

Läkartidningen. 2017;114:EF6S

MISSVISANDE ATT LIKSTÄLLA SIFFROR UR OLIKA SKALOR

▶ **Att jämföra Socialstyrelsens rekommendationer med andra organisationers genom att likställa siffror ur helt olika skalor – eller skalor som är egenhändigt konstruerade– blir kraftigt missvisande. Författaren försöker framställa stora olikheter som inte finns, skriver Cecilia Björkelund och medförfattare.**

Läkartidningen. 2017;114:EHHM

SLUTREPLIK: SOCIALSTYRELSEN HAR FEL IGEN

▶ **Sammanfattningsvis skiljer sig de fyra riktlinjerna från Socialstyrelsen, som är ensam om att ge KBT högre rekommendationsgrad än någon annan metod, skriver Peter Ankarberg i sin slutreplik.**

Läkartidningen. 2017;114:EHED

Så bör regelverket för generika ändras

Nuvarande regelverk för generika bör ses över. »Periodens vara«-systemet medför både att det billigaste läkemedlet inte alltid finns på lokala apotek och att en orimlig mängd hållbara läkemedel måste kasseras.



Sven Ferry, docent, senior distriktsläkare, Västerbottens läns landsting
● sven.a.ferry@climi.umu.se

Försäljningen av generika i Sverige initierades av allmänläkaren Göran Sjönell på 1980-talet, då han startade Läkemedelsbolaget BOTA med stöd av kollegor. Målet var att försöka minska överpriser på läkemedel vars patent utgått. Det var därför intressant att läsa i Läkartidningen att Sveriges läkemedelspriser är bland de lägsta i Europa enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) [1].

»Periodens vara«-systemet bygger på läkemedelsbolagens prisbudgivning månadsvis, varefter TLV fastställer vilket läkemedel som har lägst pris inom varje utbytesgrupp. Detta läkemedel utses som periodens vara under månaden därpå, den så kallade prisperioden. Företaget måste garantera att läkemedlet kan tillhandahållas till hela marknaden under prisperioden. Kan detta inte uppfyllas får TLV utse den näst billigaste synonymen som giltig vara under resterande del av perioden.

Systemet kan medföra problem med tillgängligheten av rätt läkemedel vid apoteken. Dessutom är det svårt för apoteken att beräkna vilken mängd som ska beställas för hela prisperioden – utan att överbliven mängd vid periodens slut blir för stor. Problemen med leverans och beställning av det billigaste preparatet medför att detta ofta inte finns tillgängligt på lokala apoteket.



Foto: Fotolia

Enligt nuvarande regler ska apoteken i första hand erbjuda periodens vara under prisperioden. Varan får fortsätta att säljas under följande 15 dagar till samma pris, även om priset då inte är lägst. Därefter måste ofta en mängd hållbara läkemedel kasseras, vilket varken är ekonomiskt eller ekologiskt försvarbart.

Om patienten vidhåller att köpa ett dyrare synonympreparat får patienten betala det högre priset, men läkemedelsförmånen gäller inte för skillnaden mellan detta och periodvarans pris.

»Därefter måste ofta en mängd hållbara läkemedel kasseras, vilket varken är ekonomiskt eller ekologiskt försvarbart.«

Om periodens vara inte finns tillgängligt vid apoteket och patienten absolut vill få ut medicin direkt, får apoteket i andra hand erbjuda patienten ett dyrare synonympreparat – utanför läkemedelsförmånen – men patienten får då stå för hela kostnaden.

Om periodens vara inte kan tillhandahållas får apoteket beställa en annan – av TLV utsedd – giltig vara, som då erbjuds patienten till dess »budpris« inom läkemedelsförmånen.

Som framgår är handläggningen med beställning av periodens vara både tidskrävande och krånglig för apoteken, och kan medföra problem för patienter att få ut sin medicin. Regelverket för generika bör revideras för att kunna fungera bättre både för patienter och apotek.

Jag föreslår att:

- Apoteken tillåts sälja kvarvarande periods vara under en månad efter gällande prisperiod – och till samma pris.
- TLV beslutar om strängare straff för läkemedelsföretag som inte kunnat tillhandahålla periodens vara under hela prisperioden. I stället för sanktionsavgifter bör TLV kunna stänga av företaget från budgivning under förslagsvis sex månader.
- Om periodens vara inte kan tillhandahållas under hela perioden får apoteken sälja tillgängliga synonymer till deras budgivna pris under resterande prisperiod inom läkemedelsförmånen utan att någon annan vara behöver utses som enda giltiga.

Dessa förslag skulle förenkla regelverket för inblandade parter och troligen medföra att patienterna smidigare kan hämta ut sin medicin vid apoteken, att onödig kassering av hållbara läkemedel minskar betydligt samt att kostnaderna för utbytbara läkemedel fortsätter vara låga.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENS

1. Lindberg F. Svenska priser på generiska läkemedel bland de lägsta i Europa. Läkartidningen. 2016;113:EDHT.



»Personer som upprätthåller sin kardiorespiratoriska kondition över livet har en minskad risk för att drabbas av depression ... «

Foto: Colourbox

Sätt större fokus på fysisk aktivitet vid depression

Vi uppmuntrar starkt en omvärdering av evidensen för fysisk aktivitet i Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer för behandling av depression.

Mats Hallgren, postdoktor
● mats.hallgren@ki.se

Andreas Lundin, postdoktor; båda institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Pirita Jääkallio, läkarstuderande, institutionen för medicin, Karolinska institutet, Stockholm, Sverige

Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av depression är ett viktigt stöd för läkare i deras beslutsfattande [1] och ett referensverk för utarbetandet av regionala och lokala behandlingsrekommendationer. Riktlinjerna innehåller ett klassifikationssystem där »prioritet 1« anses vara det optimala behandlingsalternativet och »prioritet 10« det minst rekommenderade. Nuvarande riktlinjer betonar psykoterapi – inklusive KBT – som förstahandsval vid lindrig till medelsvår depression. Antidepressiv medicinering är prioritet 2 för medelsvår depression, men prioritet 1 om symtomen omfattar melankoliska särdrag. Medicinering rekommenderas också vid svår depression.

Socialstyrelsen har i sitt arbete med att revidera riktlinjerna skickat ut en remissversion [2]. Innan den antas vill vi betona den betydande roll fysisk aktivitet spelar vid behandling av depression. Varken i de aktuella eller föreslagna riktlinjerna är fysisk aktivitet högt prioriterad som behandlingsalternativ.

Det finns stark evidens för att motion är en effektiv behandling vid depression. Tre nyligen publicerade Cochrane-översikter har kommit till slutsatsen att motion är måttligt mer effektivt än sedvanlig behandling för att minska depressionssymtom, med effektstorlekar jämförbara med psykoterapi [3-5].

Nyligen rapporterade även en metaanalys [6] som inkluderar studier med en fysiskt inaktiv kontrollgrupp ännu större interventionseffekt av motion. Studien identifierade en publiceringsbias som underskattar effekten av motion vid depression. Med statistisk korrigering för denna bias var effektstorleken –1,11, vilket ökade till –1,21 om endast högkvalitativa studier inkluderades.

De nya fynden tyder på att motion kan ha en markant högre effekt än vad som tidigare antagits. I linje med detta påvisar en svensk studie att motion är mer effektivt än sedvanlig primärvård vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna [7-9].

Förutom en positiv effekt på mental hälsa har motion andra betydande hälsofördelar. Självmord svarar visserligen för en liten del av prematura dödsfallen bland deprimerade, men det är den höga förekomsten av kardiovaskulära och metabola sjukdomar som utgör den främsta orsaken till att livslängden är cirka 10 år kortare hos deprimerade personer [10].

»De nya fynden tyder på att motion kan ha en markant högre effekt än vad som tidigare antagits.«

Personer som upprätthåller sin kardiorespiratoriska kondition över livet har en minskad risk för att drabbas av depression och andra hälsoproblem såsom kardiovaskulära sjukdomar och diabetes. Generella hälsofördelar uppnås sannolikt inte lika effektivt genom enbart KBT, antidepressiva läkemedel eller andra psykologiska interventioner.

Socialstyrelsens föreslagna riktlinjer berör dessa kopplingar, med en starkare betoning på fysiska undersökningar av patienter med depression än tidigare. Vi välkommar detta. Dock ges FAR (fysisk aktivitet på recept) för depression fortfarande prioritetsnivå 6, trots de nya vetenskapliga rön som stödjer motion vid depresion. Vi uppmuntrar starkt en omvärdering av evidensen för fysisk aktivitet [11].○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs mer! Hela referenslistan på Läkartidningen.se

Vad tycker du?
Kommentera på Läkartidningen.se



Illustration: Fotolia

Spetskompetenta allmänläkare bör behärska »två språk«

Olle Hellström, allmänläkare, Borlänge
kilsolle16@gmail.com

Kunskap om och förståelse av primärvårdens särskilda arbetsfält kan öka läkares intresse för specialiteten allmänmedicin. Hälsoförlösande praktisk teori bör introduceras redan under grundutbildningen.

I flera län lockas allmänläkare med löften om högre lön och bonus. Andra långsiktiga, hållbara möjligheter finns. Kompletterande allmänmedicinsk kunskap för arbete i primärvården kan också bidra till att fler väljer att bli allmänläkare och stannar kvar på sina tjänster. Framför allt de läkare som patienter möter först behöver kunna se att också friska människor mår dåligt. Att förstå patienters outtalade, kroppsligt förmedlade mening och kunna förklara varför kroppar är i olag kräver särskilda kunskaper.

Vägledda av objektivt inövade perspektiv på sjukdom kan läkare diagnostisera, utreda och behandla kroppslig dysfunktion. Med fördjupad kunskap kan allmänläkare även förstå dem som känner sig sjuka även om kroppen inte är i olag. Utan säker teoretisk grund orkar läkare inte lyssna, samtala och agera socialt kompetent i relation till patienter med oförklarade symtom. Fysiskt friska människor kan ta strid för att bli sedda som sjuka. Med ny kunskap kan allmänläkare se dem klarare vid första vårdkontakten.

Många allmänläkare avslutar sin arbetsdag utan att känna sig nöjda med sitt arbete.

> **»Patienter kan i avsaknad av ord uttrycka sig – ofta kryptiskt – via organdysfunktion.«**

Att i brist på kunskap rädda ansiktet genom att beställa nya prov, ny remiss eller skriva ut ny medicin gör ingen nöjd. Okunnighet och missriktad generositet kan även skada människors hälsa, skapa missbruk, producera »mångsökare« och öka kostnaderna i vården, förlänga väntelistor, köer och belasta organspecialisters insatser.

Patienters meningsbärande uttryck är mer än symtom. Ett tydligt, teoretiskt särskiljande professionellt handlingsperspektiv kan ge allmänläkare ökad självkänsla. De kan undersöka, skapa förståelse för och se att patienter kan drivas att uttrycka både banala och livshotande existentiella dilemman med kroppen. Patienter som nu söker för ont i kroppen men i själva verket har ont i livet kan mötas effektivare med teoretisk kunskap om ohälsa. Ett fenomenologiskt perspektiv på ohälsa ökar läkares kompetens att agera så att patienten själv kan se innebörden i sina missriktade uttryck.

På kort sikt bör arbetsgivare se till att unga allmänläkare erbjuds fortbildning i konsten att möta patienter både vetenskapligt och hälsoförlösande. Presenterad ohälsa kan både stå för att kroppen är i olag och uttrycka en oförmåga att känna en mening med livet. Patienter kan i avsaknad av ord uttrycka sig – ofta kryptiskt – via organdysfunktion.

På lite längre sikt bör hälsoförlösande praktisk teori introduceras redan under grundutbildningen. Spetskompetenta allmänläkare bör behärska »två språk«, ju tidigare desto bättre. Alla medicinstudenter kan lära sig tala både organbehandlande och hälsoförlösande språk flytande. I praktiken ser läkare med dubbel kompetens tydligare när traditionell biomedicinsk teori är tillämpbar.

Läs mer! För filosofiska, teoretiska och praktiska frågor rekommenderas: Bullington J. Psykosomatik. Om kropp, själ och meningsskapande. Lund: Studentlitteratur; 2007.

Mer debatt på nätet

Mikael Hoffmann och medförfattare startade en debatt om nätläkare. Läs den på nätet:

VITSEN MED VIRTUELL VÅRD

▶ Virtuella patient–läkarmöten är varken bra eller dåliga. Avgörande är när – och hur – vi utnyttjar dem, skriver Mikael Hoffmann och medförfattare.
Läkartidningen. 2016;113:EEDX

PROBLEMATISK AFFÄRSIDÉ

▶ I allmänläkarbristens Sverige har dessa innovativa entreprenörer identifierat en mycket stor marknad, konstaterar Jonas Sjögreen et al.
Läkartidningen. 2017;114:EF6Y

REPLIK: VIRTUELL VÅRD

▶ Digitala vårdmöten ger nya möjligheter, skriver Johan Flodin med flera.
Läkartidningen. 2017;114:EFHF

REPLIK: NÄTLÄKARE

▶ Vi behöver en mer konstruktiv och nyanserad dialog, skriver Johannes Schildt, KRY.
Läkartidningen. 2017;114:EHCY

HOFFMANN ET AL SUMMERAR

▶ Det är inte utvecklingen i sig vi ville problematisera i debattartikeln »Vitsen med virtuell vård« utan när ny teknik används okritiskt.
Läkartidningen. 2017;114:EHI6

REPLIK FRÅN MIN DOKTOR

▶ Vi fyller ett vårdbehov som vanliga vårdcentraler har svårt att möta, skriver Henrik Kangro och Magnus Nyhlén.
Läkartidningen. 2017;114:EHED

Läs mer!
Mer debatt och kommentarer på Läkartidningen.se

Läkartidningen
arrangerar

Göteborg
21 mars
2017

Diabetes i primärvården

Inbjudan till fortbildningsdag • Göteborg, den 21 mars, 2017

Centralhuset konferens, Nils Ericsonplatsen 4

I takt med att fler behandlingsalternativ för behandling av typ 2-diabetes blir tillgängliga ökar svårigheten att orientera sig bland de olika valmöjligheterna. Nyligen hade Läkemedelsverket en workshop om diabetes behandling typ 2, vi kommer att fortsätta på den diskussionen.

2017 andas framtidstro då flera publicerade studier visar på minskad mortalitet av farmakologisk behandling. Vår förhoppning blir att vi under dagen kan svara på frågor som:

- Hur ska man kliniskt använda äldre och nyare preparat för reglering av blodsocker i ljuset av nya forskningsresultat?
- Vad gäller angående lipider och blodtryck för att förebygga aterosklerotisk sjukdom?
- Det finns idag tre sätt för diagnos av diabetes – men vilket är bäst?

Preliminärt program den 21 mars, 2017

12:00 – 13:00	**Registrering och lunch**
13:00 – 13:05	**Inledning** Docent Stig Attvall, Sahlgrenska universitetssjukhuset
13:05 – 13:55	**Prevention och diagnostik** Docent Stig Attvall, Sahlgrenska universitetssjukhuset
13:55 – 14:20	**Målvärden** Professor Mikael Rydén, Karolinska institutet Vilka målvärden för glykemisk kontroll ska vi sträva efter?
14:20 – 14:50	**Kaffe**
14:50 – 15:25	**Perorala diabetesläkemedel samt GLP-1** Med dr Magnus Löndahl, Lunds universitet Vi har aldrig haft så många behandlingsalternativ som idag – men vad ska man välja efter metformin?
15:25 – 15:50	**Störd glukosmetabolism/diabetes och risken för kognitionssvikt och demens** Professor Peter M Nilsson, Universitetssjukhuset i Malmö
15:50 – 16:10	**Bensträckare**
16:10 – 16:35	**Mål och behandling av blodtryck och lipider** Professor Soffia Gudbjörnsdottir, Sahlgrenska universitetsjukhuset Behandling för att uppnå målvärden eller utifrån skattad risk? Hur ska man tänka?
16:35 – 16:50	**Sammanfattning**

Moderator
Docent Stig Attvall

Programansvarig
Professor Jan Östergren, Läkartidningen

Pris
Ordinarie pris 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat.
Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50% rabatt på ordinarie pris. Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta fredrik.olander@lakartidningen.se för mer information.

Anmäl dig på www.lakartidningen.se/events

Läkartidningen
arrangerar

Stockholm
29 mars
2017

Inbjudan till kunskapsseminarium om

Läkarassisterat självmord

IVA, Grev Turegatan 16, Stockholm, den 29 mars, 2017

Det är viktigt att läkarkåren deltar aktivt i både aktuella och svåra diskussioner. Den 29 mars i år anordnar Läkarförbundet och Läkartidningen ett kunskapsseminarium om en sådan fråga, läkarassisterat självmord. Under en eftermiddag ger en rad experter sin syn på alltifrån den historiska bakgrunden och det rättsliga perspektivet, till den aktuella diskussionen om läkarassisterat självmord. Bland de inbjudna finns även en representant för det kanadensiska läkarförbundet som har haft omfattande diskussioner om läkarassisterat självmord.

Preliminärt program den 29 mars, 2017

12:30 – 13:00 **Registrering**

13:00 – 13:30 **Den aktuella diskussionen om läkarassisterat självmord** Kjell Asplund, ordförande i Smer.

13:30 – 14:00 **Den historiska bakgrunden** Charles Sprung, professor. *Språk: engelska.*

14:00 – 14:30 **Det rättsliga perspektivet** Madeleine Leijonhufvud, professor emerita.

14:30 – 15:00 **Kaffe**

15:00 – 15:30 **Diskussionen om palliativ vård och dödshjälp i andra länder** Illora Finlay, professor. *Språk: engelska.*

15:30 – 16:00 **I Kanada accepterar Läkarförbundet beslutet om ja till dödshjälp** Jeff Blackmer, vice ordförande, Läkarförbundet i Kanada. *Språk: engelska.*

16:00 – 16:30 **En bra palliativ vård är det viktigaste för flertalet patienter** Gunnar Eckerdal, överläkare.

16:30 – 17:15 **Hur ser beslutsfattarna på diskussionen om dödshjälp?** Paneldebatt med Anna-Lena Sörenson (S) riksdagsledamot, Staffan Danielsson (C) riksdagsledamot, Heidi Stensmyren, ordförande i Läkarförbundet, Staffan Bergström, professor emeritus och Elin Karlsson, ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd.

17:15 – 18:15 **Avslutande mingel med tillfälle till enskilda samtal**

Moderator
Meddelas inom kort.

Programansvariga
Sveriges läkarförbund och Läkartidningen

Pris
Pris 300 kr + moms. Kaffe och lättare måltid är inkluderat. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta ulf.jansson@lakartidningen.se för mer information.

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Anmäl dig på www.lakartidningen.se/events

»Jag var delvis beredd på sjukdomsbeskedet, men jag var inte beredd på … att vara anhörig och läkare.«

EN DAG ÄR MAN PLÖTSLIGT DÄR, på andra sidan datorskärmen. Som patient eller, som i mitt fall, anhörig. Mötet med läkaren är snabbt avklarat: malignitet, invänta cytologisvar och telefonkontakt nästa vecka. Dörren ut till korridoren står på glänt, läkarens mobil ringer, här finns ingen tid för frågor. Frågor som det just nu inte finns några svar på.

Jag hade förstått att något inte stod rätt till men att det var så här illa hade jag inte vågat föreställa mig. Chockade sätter vi oss i Ångestkaféterian i huvudentrén och försöker få i oss lite bubbelvatten på flaska. Försöker hålla modet uppe, framföra att den medicinska forskningen gör framsteg samtidigt som jag förtvivlat söker i minnet efter siffror på femårsöverlevnad från utbildningen. Hur illa är det om man byter N mot M i tumörgraderingen? Jag kommer att söka upp informationen så snart jag är på egen hand. Läsa vårdprogram och gripa efter sköra halmstrån.

JAG HAR ALDRIG TIDIGARE SUTTIT I DEN HÄR KAFÉTERIAN, bara gått förbi och sett folk med sorgsna miner som för lågmälda samtal omgivna av rullatorer, kryckkäppar och droppställningar. Även de enstaka nyblivna föräldrarna med sina sovande barn i babykorg håller låg profil. Kanske smittar stämningen av sig på dem eller också har de egna svårigheter att stå inför.

Vi skiljs åt, och ganska snart börjar telefonen ringa. Syskon, farbröder. Jag svarar så gott jag kan på medicinska frågor – »metastaser betyder att det finns dottertumörer« – och ger förklaringar – »cancer är inte bara *en* sjukdom«. Balanserar mellan att bekräfta allvar och att inge hopp.

JAG OMBEDS REDOGÖRA för mötet hos läkaren, ord för ord. Varje återgivning flyttar mig tillbaka in i mottagningsrummet och får min egen sköra grund att vackla till förmån för förtvivlan. Beskrivningen av mötet och cancervården får det tidigare så avlägsna att bli skrämmande verkligt. Så många tragiska livsöden med sjukdom och lidande som man mött genom åren, palliation, sjukhem … Associationerna far genom mitt huvud och fyller mig med sorg. Den medicinska utbildningen gjorde att jag var delvis beredd på sjukdomsbeskedet, men jag var inte beredd på hur det är att vara anhörig och läkare.

I MIN EGEN DESPERATION ÖVER SJUKDOMEN blir jag inte bara ledsen utan också arg och märker hur jag behöver ta ut det på någon. Det blir Läkaren. Mitt rationella jag tar snabbt över: det är inte Läkaren som är orsaken till den dödliga sjukdomen, det är ingens fel. Att ilskan tar fäste i budbäraren, och tillika företrädaren för vården, går från att vara ett känt fenomen till en konkret upplevelse att bära med mig i min egen yrkesutövning.

Mina vänner påtalar att jag måste ta hand om mig. Så jag pratar. Och pratar. Jag hör mig själv, får medkänsla och märker hur jag med vänners hjälp sakta bearbetar krisen. Till de nya sjukvårdsbesöken har jag återfått kraft och kan följa med som stöd samt efteråt upprepa vad läkarna förmedlat, förklara vårdkedjan och undvika missförstånd (»Nej, han sa inte att du skulle kombinera Ipren med Voltaren«).

Jag försöker bidra, både känslomässigt och medicinskt, och nu när livsvändningen blivit verklighet inser att jag känner mig trygg och tursam som är anhörig och läkare.



Foto: Privat

Josephine Savard,
ST-läkare i psykiatri, Stockholm
josephine.savard@gmail.com

Läkartidningen
arrangerar

Stockholm
5 april
2017

Avancerad demenssjukdom

Inbjudan till fortbildningsdag • Stockholm, den 5 april, 2017

7A konferens, Odenplan, Stockholm

Medelåldern i vår befolkning har ökat och antalet människor som drabbas och lever länge med demenssjukdomar blir allt fler. Hur ska man tänka kring nutrition, behandling av beteendeproblem och omhändertagande i livets slut? Vad är bästa omhändertagande i akutsjukvården eller i primärvården? Det är några av frågorna som kommer att belysas under denna fortbildningsdag.

Preliminärt program den 5 april, 2017

12:00 – 13:00	**Registrering och lunch**
13:00 – 13:05	**Inledning** Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund, Läkartidningen
13:05 – 13:30	**Klinisk bild och nationella riktlinjer** Professor Lars-Olof Wahlund, Karolinska institutet
13:30 – 13:55	**Epidemiologi, kostnader samt omhändertagande i primärvården** Professor Anders Wimo, primärvården Hälsingland och Karolinska institutet
13:55 – 14:20	**Behandling av beteendesymptom** Docent Lena Kilander, Minnesmottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala
14:20 – 14:40	Kaffe
14:40 – 15:05	**Nutrition vid demenssjukdom** Professor Tommy Cederholm, Uppsala universitet
15:05 – 15:30	**Omhändertagande i akutsjukvården** Specialistläkare Johan Herlin Ejerhed, Danderyds sjukhus, Stockholm
15:30 – 15:45	**Bensträckare**
15:45 – 16:10	**Demenssjukdom i livets slut** Överläkare Wilhelmina Hoffman, Silviahemmet, Bromma
16:10 – 16:35	**Hur kan kvalitetsregister förbättra vården?** Docent Katarina Nägga, Skånes universitetssjukhus, professor Maria Eriksdotter, Karolinska institutet
16:35 – 17:00	**Avslutning och frågor till panelen**

Moderator
Professor Maria Eriksdotter, Karolinska institutet

Programansvarig
Docent Margaretha Bågedahl-Strindlund, Läkartidningen

Pris
Ordinarie pris 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat.
Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50% rabatt på ordinarie pris. Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta fredrik.olander@lakartidningen.se för mer information.

Anmäl dig på www.lakartidningen.se/events

KLINIK &VETENSKAP

Här börjar Läkartidningens vetenskapliga del. Du känner igen den på den röda balken!

230
ABC om farmakologisk symtomlindring i livets slutskede

218
Värdebaserad radiologi – från effektivitet till nytta

220
Nya rön

225
Svetsare – en riskgrupp för septisk pneumoni

228
Muskulär pseudohypertrofi yttrade sig som mjukdelstumör

237
Kortikosteroider kan ge psykiska biverkningar

Använd våra resurser klokt!

PÅ NYHETSPLATS I MEDIERNA rapporteras dagligen om den ansträngda situationen i den svenska sjukvården, inte minst akutsjukvården. Frågan som bör ställas är om vi använder de ansenliga resurser som finns för sjukvård i vårt land på ett rationellt och kostnadseffektivt sätt. Lancet publicerar nu en serie om 4 artiklar om »Rätt vård«. Den första [Brownlee et al. Epub 7 jan 2017] tar upp vilken evidens det finns för överanvändning av medicinska insatser. Överanvändning definieras som »tillhandahållandet av medicinska tjänster för vilka potentialen av skada överträffar potentialen för nytta«.

NATURLIGTVIS FALLER VÄLDIGT många av de insatser vi gör i en gråzon, men författarna pekar på en rad exempel där det inte finns någon nytta för patienten. Siffrorna för vad som kan definieras som överanvändning varierar mycket mellan olika länder och populationer, alltifrån 6 till 89 procent.

»... författarna pekar på en rad exempel där det inte finns någon nytta för patienten.«

Exempel som ges rör överanvändning av diagnostiska test och terapeutiska insatser. Vård i livets slutskede, t ex av cancerpatienter, bedrivs ofta för aktivt i situationer där en god palliativ vård skulle tjäna patienten bättre. Dessa överambitiösa insatser gör ju dessutom att resurser tas från områden där de skulle kunna göra nytta i sjukvården.

EN UTMANING ÄR ATT UTVECKLA bra metoder för att mäta överanvändning och definiera dess prevalens. Överanvändning skadar inte bara enstaka patienter utan även sjukvårdssystemet. Det finns säkert anledning för oss att förbättra forskningen på detta område.

Jan Östergren, medicinsk huvudredaktör
jan.ostergren@lakartidningen.se



5 frågor till
Meis Omran,
leg läkare, tidigare vid Palliativt centrum, Stockholms sjukhem,
som tillsammans med Staffan Lundström har skrivit en ABC-artikel om hur det ofta är möjligt att med relativt enkla farmakologiska åtgärder lindra symtom i livets slutskede.



Varför har ni skrivit om detta för Läkartidningen?

Genom att skriva den här artikeln hoppas vi kunna nå ut till kollegor med förslag på handläggning och läkemedel att använda i samband med vård i livets slutskede för att kunna erbjuda god symtomlindring till döende patienter, oavsett om man jobbar med det till vardags eller inte.

Varför blev det just en ABC-artikel?

Jag använder mig själv ofta av ABC-artiklar för att snabbt få en överblick eller repetition, och jag såg då att det saknades en ABC-artikel för det här området.

Vilket är det främsta budskapet du vill sprida med artikeln?

Det främsta budskapet är att det finns god klinisk erfarenhet och ofta även evidens för hur man på bästa sätt kan ge patienter en bra sista tid i livet med relativt enkla medel.

Vilket genomslag hoppas du att artikeln ska få?

Jag hoppas att artikeln ska kunna fungera som ett lättfattligt stöd i den kliniska vardagen, främst för kollegor som inte är primärt verksamma inom palliativ medicin.

Vilken specialitet har du valt (vill du välja) och varför?

Jag vikarierar nu på Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, med hopp om att få en ST-tjänst i onkologi. Jag har valt onkologi utifrån flera olika aspekter: Det är avgränsat men ändå medicinskt brett, det pågår spännande forskning, och i patientmötet finns utrymme även för den existentiella dimensionen. Ena stunden träffar jag en patient vars behandling syftar till bot, i nästa stund möter jag en svårt sjuk patient med spridd sjukdom, och dessa mycket olika patientmöten är stimulerande.

Värdebaserad radiologi – från effektivitet till nytta

NYA MÅTT BEHÖVS DOCK FÖR ATT VISA HUR RADIOLOGIN BIDRAR TILL BÄTTRE HÄLSA



Peter Aspelin, professor emeritus i radiologi
● peter.aspelin@ki.se



Jörgen Nordenström, professor emeritus i kirurgi; båda Karolinska institutet, Stockholm

Traditionellt har sjukvården utvecklats genom medicinska innovationer och forskning, men dagens snabba utveckling av vården styrs framför allt av krafter och innovationer som ligger utanför medicinen. Potentialen i dag ligger bl a i informations- och kommunikationsteknologin, som på ett helt annat sätt än tidigare möjliggör mätning, analys och kommunikation.

Sjukvården har påbörjat den resa som sedan länge gjorts av bl a banker, detaljhandeln och transportsektorn. Informations- och kommunikationsteknologin och stordataanalyser (big data analytics) har en mycket stor potential att bidra till att skapa en sjukvård som är bättre anpassad till patienternas vårdbehov och önskemål och att förbättra koordinationen mellan vårdgivare, bidra till en kvalitetsutveckling med säkrare och jämlikare vård, bättre tillgänglighet och en mer evidensbaserad och effektivare vård.

Teknisk utveckling inom radiologin

Denna resa görs inom alla delar av vården, men vi vill här fokusera på möjligheter och utmaningar inom radiologin.

Den tekniska utvecklingen inom radiologin har under de senaste decennierna varit explosionsartad med en utveckling av tekniker som datortomografi, magnetkamera, PET, MR-PET, DT-PET och alltmer avancerat ultraljud.

Detta har inte bara förändrat diagnostiken utan också möjliggjort en långt mer avancerad interventionell radiologi. Radiologi i dag är inte bara till gagn för att ställa diagnos utan också för behandling, prognostisering och förståelse av sjukdomar på molekylärnivå.

Införandet av digital radiologi har medfört förbättrade processer, med minskade personal- och arkiveringskostnader och bättre kommunikation av såväl röntgenbilder som utlåtanden.

Detta har bidragit till att man nu kan diagnostisera sjukdomar som tidigare varit svårdiagnostiserade men också till att patienter har kunnat behandlas med minimalinvasiva ingrepp. Detta har medfört ökade kostnader, som dock till viss del beror på olika syn på indikationerna för att utföra vissa undersökningar vid olika frågeställningar. Variationer mellan olika enheter eller regioner förekommer, och kanske finns en övertro på att dyrare undersökningar är »bättre«.

Att välja rätt undersökning

Det rikliga utbudet av undersökningsmetoder gör det svårt för inremitterande kliniker att veta vilken undersökning som är bäst för en specifik frågeställning, vilket ibland kan leda till att flera undersökningar utförs i stället för att den med bäst tillförlitlighet väljs direkt.

Den årliga svenska Röntgenveckan hade 2016 värdebaserad radiologi som huvudtema. Detta begrepp har växt fram i avsikt att förändra fokus från enbart prestationer och prestanda inom radiologisk teknologi till den nytta som undersökningarna skapar för patienten [1] (Figur 1).

Innebörden av värdebaserad radiologi är således att flytta fokus från radiologisk teknik och effektivitet till patientnytta och som en konsekvens av detta från produktion till värde.

En bidragande faktor till att fokus ofta har legat på produktion snarare än på patientnytta är ersättningssystem som baseras på antalet undersökningar för en viss typ av ersättning. En sådan ersättningsmodell kan betecknas som kontraintuitiv, eftersom man egentligen bör »producera« så litet sjukvård som möjligt men med så hög kvalitet som möjligt.

Ett ersättningssystem som bygger på patientnytta är därför att föredra. I tidigare använda ersättningsystem fanns delvis inneboende regleringar för att utföra nyttiggörande undersökningar.

Faktorer bakom omotiverad undersökning

Radiologisk produktion är lätt att mäta, men en svårare – och viktigare – uppgift är att mäta vilken nytta som skapas av olika undersökningar. Omotiverade undersökningar beror på såväl patientrelaterade som vårdgivarrelaterade faktorer. De sistnämnda kan vara en önskan om att göra »fullständiga utredningar« eller en övertro på att dyrare och mera sofistikerade metoder ger mesta möjliga information. Oro för att göra fel och bli anmäld för felaktig/ofullständig utredning kan vara en annan orsak.

»Radiologisk produktion är lätt att mäta, men en svårare – och viktigare – uppgift är att mäta vilken nytta som skapas av olika undersökningar.«

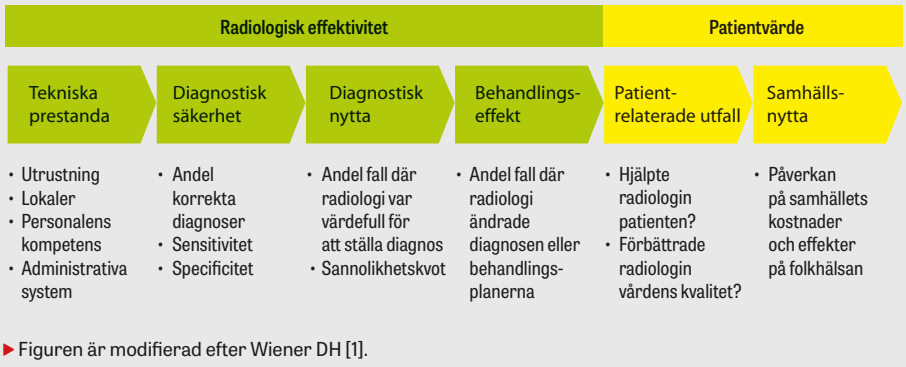
Patientrelaterade drivkrafter innefattar önskan om att få det »bästa« och det faktum att patienterna vanligen inte är kostnadsmedvetna.

Det finns flera initiativ för att strama upp indikationerna för radiologiska undersökningar. Ett sådant är »Choosing Wisely« [2], där olika specialiteter har identifierat sjukdomstillstånd där specifika undersökningar eller åtgärder har lågt eller tveksamt värde. ▶

HUVUDBUDSKAP

- Värdebaserad radiologi innebär att fokus flyttas från radiologisk teknik och effektivitet till patientnytta – och därmed från produktion till värde.
- Utgångspunkten är att följa evidensbaserade vårdprogram, strukturerade vårdflöden och vård i multidiciplinära team.
- »Choosing Wisely« och »appropriate use criteria« (specialitetsskapade kriterier) är initiativ för att strama upp indikationerna för radiologiska undersökningar.

FIGUR 1. Utveckling av radiologisk effektivitet till patientvärde



▶ Figuren är modifierad efter Wiener DH [1].

En sammanställning på organisationens webbplats (www.choosingwisely.org) omfattar över 400 åtgärder som vanligen har tveksamt värde; cirka en tredjedel gäller radiologi. Exempel på sådana är datortomografi av höft vid kronisk höftsmärta, datortomografi utan intravenös kontrast vid kronisk huvudvärk, datortomografi av lungorna vid misstanke om lungemboli trots negativ D-dimer eller urografi vid misstanke om njurtumör som orsak till hematuri.

Specialitetsskapade kriterier har potential

Ett mera systematiskt initiativ för att åstadkomma ökat värde och bättre resursutnyttjande är framtagandet av specialitetsskapade kriterier (appropriate use criteria [AUC]) [3]. Olika åtgärder och behandlingar poängsätts utifrån behandlingsguider och bästa praxis. Därefter klassificeras de i tre grupper:

- motiverad vård (appropriate care)
- kan vara motiverad vård (may be appropriate)
- sällan motiverad vård (rarely appropriate).

Användningen av sådana kriterier har även i Sverige potential för att strama upp indikationer för många åtgärder och för att minska regionala variationer vad gäller bilddiagnostik. En anpassning till svensk praxis skulle i så fall behövas.

I USA används dessa kriterier på vissa håll som underlag för ersättning för utförd vård, där vårdgivaren vanligen måste motivera skälet till en undersökning utförd inom kategorin »sällan motiverad« innan ersättning utgår. En sådan utveckling i Sverige anser vi dock skulle vara olycklig, men själva principen bakom specialitetsskapade kriterier kan vara värd att pröva.

Utgångspunkten för värdebaserad radiologi är att följa evidensbaserade vårdprogram, strukturerade vårdflöden och multidisciplinära konferenser där rätt metod för rätt frågeställning bestäms.

Bättre uppföljningsrutiner höjer värdet

Informations- och kommunikationsteknologin kommer också att underlätta användningen av artificiell intelligens (bl a genom beslutsstöd) och ge bättre möjligheter att lämna kvantifierade utlåtanden. I framtiden kommer även ökad användning av strukturerade utlåtanden att bli en naturlig del av vårdflöden.

Ett viktigt sätt att förbättra kvaliteten och därigenom värdet av röntgenundersökningen är att skapa bättre uppföljningsrutiner. Informations- och kommunikationsteknologin kan bidra till att göra jämförelser mellan röntgenutlåtande och operations- och patologisvar. Redan i dag finns IT-baserade system för jämförelser mellan primär och sekundär granskning, där automatiska feedbacksystem används för att identifiera inkorrekta utlåtanden.

Radiologin kommer också att bli viktig för prognostisering med hjälp av biomarkörer.

Bra mätmetoder behövs

Det finns definitivt många utmaningar för värdebaserad radiologi och s k värdebaserad upphandling, och relevanta mätmetoder måste utvecklas [4]. Viktiga utfallsmått som överlevnad eller andra i tiden avlägsna mått är mindre lämpade för att bedöma radiologins värde.

Det finns emellertid andra utfalls- och processmått som är korrelerade till förbättrat patientvärde, t ex mått

- som är direkt kopplade till bättre hälsa (t ex ökad överlevnad vid lung- eller bröstcancerscreening)
- på minskade vårdkostnader (snabbare och mera tillförlitlig diagnostik, t ex vid akut appendicit)
- på vårdepisodens längd (snabbare diagnostik, tid för att initiera behandling, utvärdering av behandlingseffekt etc).

Andra relevanta mått innefattar komplikationsfrekvens vid interventionell radiologi, stråldoser, utbyte vid biopsier m m.

På ett övergripande plan kan den bästa strategin för att bedöma radiologins bidrag till bättre hälsa vara att tillförsäkra god följsamhet till evidensbaserad vård och till bästa praxis och att vården bedrivs i multidisciplinära team. På så sätt kan omotiverade variationer vad gäller radiologisk diagnostik minskas och mer patientnytta skapas. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:EEYL

REFERENSER

1. Wiener DH. Achieving high-value imaging: challenges and opportunities. J Am Soc Echocardiogr. 2014;27:1-7.
2. Choosing Wisely. An initiative of the ABIM Foundation. www.choosingwisely.org
3. American College of Radiology. ACR Appropriateness criteria. http://www.acr.org/quality-safety/appropriateness-criteria
4. Sarwar A, Boland G, Monks A, et al. Metrics for radiologists in the era of value-based health care delivery. Radiographics. 2015;35:866-78.

Vill du skriva en medicinsk kommentar?
Kontakta då jan.ostergren@lakartidningen.se
Läkartidningen

Möjliga metoder för ett bättre omhändertagande av astma hos barn

▶ Avhandling. **I en ny avhandling studerades metodologiska och kliniska aspekter vad gäller diagnostik och monitorering av astma hos barn. I fokus stod mätningar av utandad kväveoxid (NO) samt lungfunktionsmätning med oscillationsteknik.**

Förhöjt kväveoxidvärde i utandad luft indikerar en sannolik steroidkänslig inflammation, men nuvarande utrustning och metodik kan inte tillämpas på barn som är yngre än 6 år. Vi beskriver en ny metodik som kan möjliggöra mätning av utandad kväveoxid ned till 3–4 års ålder, där utandningstiden anpassas efter barnets ålder eller längd.

Vidare undersökte vi hur kväveoxid som bildas av bakterier i munhålan bidrar till utandad kväveoxid och fann att det inte skiljer sig mellan ungdomar med astma och friska kontroller. I en studie på ungdomar och unga vuxna med astma (n = 410) kunde påvisas att utandad kväveoxid och beräknad alveolär kväveoxid är kopplade till större sjukdomsbörda.

Vi studerade också associationen mellan olika lungfunktionsmått (med FOT [forcerad oscillationsteknik] och spirometri) och astmadiagnos och -kontroll hos ungdomar samt unga vuxna. I multipel logistisk regression på standardiserade variabler fann vi att FOT bidrog med ytterligare information som tillägg till spirometri avseende astmadiagnos. Vi fann också att FOT-variabler för små luftvägar samt FEV_1/FVC var associerade till astmakontroll.

Vidare studier av utandad kväveoxid och FOT hos yngre barn behövs för att klargöra om dessa metoder kan bidra i klinisk diagnostik, för optimerad behandling och astmakontroll.

Läs mer.
Fler nya rön på Läkartidningen.se

Charlotte Heijkenskjöld Rentzhog, barnläkare, med dr, Akademiska barnsjukhuset; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet

Heijkenskjöld Rentzhog C. Towards improved diagnostics and monitoring in childhood asthma: methodological and clinical aspects of exhaled NO and forced oscillation technique. Uppsala: Uppsala universitet; 2016.

Läs mer! Hela artikeln på Läkartidningen.se



Nackspecifik träning visade sig vara viktigare för positivt utfall än någon fysisk eller psykosocial variabel.

Foto: Poprotskiy Alexey/Colourbox

Whiplashbesvär förbättrades med nackspecifik insats

Avhandling. Prognosen vid whiplashskador anges ofta som god, men litteraturgranskning visar att hela 50 procent får bestående men. I dag finns en stor mängd studier som med hjälp av MR, EMG och ultraljud visar på både morfologiska och funktionella förändringar, framför allt i de djupa stabiliserande nackmusklerna, hos personer med whiplashrelaterade besvär (WAD). Dessa förändringar förekommer inte alls i samma utsträckning vid andra typer av nackbesvär.

Inom ramen för en ny avhandling genomfördes en randomiserad kontrollerad studie i sex län, där 216 personer med WAD sedan 6–36 månader (i genomsnitt 20 månader) ingick. De var klassade som WAD grad 2 (med nacksmärta och lokala undersökningsfynd i nacken) eller grad 3 (som grad 2 samt neurologiska bortfall). Deltagarna lottades till en av tre interventioner som pågick i 12 veckor: 1) nackspecifik träning hos fysioterapeut (sjukgymnast), 2) nackspecifik träning hos fysioterapeut med beteendemedicinskt tillägg med smärthanteringsstrategier eller 3) förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR). Utvärdering av bland annat analgetikabehov, smärta (VAS) och nackfunktion (Neck disability index) gjordes efter 3, 6, 12 och 24 månader.

Att uppnå minst 50 procents smärtminskning anges som krav för att en smärtinriktad behandling ska vara framgångsrik. Andelen deltagare som genomgått den nackspecifika träningen och som uppnått denna minskning var signifikant fler än i FaR-gruppen efter 3 månader. Resultatet stod sig även efter 12 månader ($P \leq 0{,}01$), då cirka 60 procent i gruppen med nackspecifik träning fortfarande upplevde minst halverad smärtnivå och även angav lägre förbrukning av analgetika. Även den självskattade funktionen var bättre efter den specifika träningen hos fysioterapeut och kvarstod efter 2 år ($P \leq 0{,}02$), medan FaR-gruppen inte förbättrades alls. Det beteendemedicinska tillägget hade ingen säker effekt.

Trots att FaR i sig är en billig åtgärd blev den totala kostnaden inte lägre vare sig för vården eller samhället i stort, då FaR-gruppens övriga vårdkonsumtion och sjukskrivningskostnader tenderade att vara högre. Nackspecifik träning hos fysioterapeut utan beteendemedicinskt tillägg var det kostnadseffektiva alternativet. Nackspecifik träning var viktigare för positivt utfall än någon fysisk eller psykosocial variabel. Resultaten stärker därför uppfattningen att nackspecifik träning hos fysioterapeut bör övervägas vid långvariga whiplashrelaterade besvär.

Maria Landén Ludvigsson, med dr, leg sjukgymnast med specialistkompetens i primär hälso- och sjukvård, Rehab Väst, Lasarettet i Motala

Landén Ludvigsson M. Neck-specific exercise with or without a behavioural approach, or prescription of physical activity in chronic whiplash associated disorders. Linköping: Linköpings universitet; 2016.

● Maria Landén Ludvigsson har deltagit i Nationella forskarskolan i allmänmedicin.

Kost påverkade behandlingsresultat vid reumatoid artrit och SLE

Avhandling. Reumatoid artrit (RA) och systemisk lupus erythematosus (SLE) är kroniska autoimmuna inflammationssjukdomar. Orsakerna till dessa sjukdomar är okända, men mycket tyder på att en kombination av genetik och miljö bidrar till etiologin. Flera studier har rapporterat kostens betydelse för patienter med RA och SLE. Dock har många av dessa studier främst undersökt den direkta inverkan av kosten på sjukdomen i sig, men i mindre utsträckning tagit hänsyn till antireumatiska behandlingar. Majoriteten av patienter med RA och SLE är beroende av ett flertal behandlingar, och därför är det av stor vikt att även beakta dessa vid undersökning av kostens innebörd hos dessa patienter.

I en nyligen framlagd avhandling studeras sambandet mellan kost och behandlingsresultat hos patienter med RA och SLE.

Fem epidemiologiska studier med utgångspunkt i data från tre stora svenska register (Epidemiological investigation of rheumatoid arthritis [EIRA], SLE vascular impact cohort [SLEVIC] och Swedish mammography cohort [SMC]) genomfördes. Registren inkluderade RA- och SLE-patienter samt kvinnor från den generella populationen. Alla deltagare från EIRA, SLEVIC och SMC ombads att fylla i ingående enkäter om sina kostvanor. Rapporterade kostdata länkades med data om olika kliniska utfall efter en viss tids påbörjad antireumatisk behandling. Dataanalyser inkluderade logistisk regression, »mixed models« och klusteranalyser.

De främsta resultaten av denna avhandling visade att högre intag av D-vitamin och omega 3-fettsyror var associerat med bättre behandlingsrespons hos RA-patienter. Omega 3-fettsyror var också associerade med mindre smärta hos metotrexatbehandlade RA-patienter. Därtill sågs att betakaroten, linolsyra och vitamin B_6 var associerade med minskad kortisondos under en längre tidsperiod hos SLE-patienter. Dessutom var högre intag av riboflavin, fosfor, selen och tiamin associerat med mindre aterosklerotisk plackförekomst hos SLE-patienter. Slutligen sågs att kvinnor som diagnostiserats med RA under perioden 1997 till 2009 inte ändrade sin kost anmärkningsvärt trots sin RA-diagnos.

I avhandlingen redovisas flera samband mellan specifika näringsämnen och kliniska aspekter av RA och SLE med särskilt fokus på behandlingsresultat. Sammanfattningsvis kan kosten ha en inverkan på sjukdomsbilden, men även ha betydelse för svaret på antireumatiska behandlingar hos patienter med RA och SLE.



Foto: Monissfoto/Fotolia/IBL

Omega 3-fettsyror var associerade med mindre smärta hos metotrexatbehandlade RA-patienter, enligt avhandlingen. Valnötter och lax är exempel på omega 3-fettrika livsmedel.

Cecilia Lourdudoss, PhD, enheten för klinisk behandlingsforskning, inflammationssjukdomar (ClinTRID), Karolinska institutet, Stockholm

Lourdudoss C. Association between diet and treatment results in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Stockholm: Karolinska institutet; 2016.

Lägre risk för demens och alzheimer kopplades till frekvent bastubad

▶ I en nyligen publicerad studie undersöktes sambandet mellan bastubad hos medelålders finska män och risken att utveckla minnessjukdomar [1]. Antalet bastubad undersöktes i en enkätintervju med totalt 2 315 medelålders (42–60 år) män från östra Finland. Patienterna delades in i grupper efter hur ofta de badade bastu (1, 2–3 eller 4–7 gånger per vecka). Utfallen delades in i demens och Alzheimers sjukdom. Medianuppföljningstiden var drygt 20 år. Efter justering för kända riskfaktorer som ålder, alkoholkonsumtion, vikt, blodtryck, rökning, diabetes, tidigare hjärtinfarkt, vilopuls och kolesterolvärde sågs ett samband mellan fler bastusessioner och minskad risk för demens och Alzheimers sjukdom.



Jämfört med män som badade bastu 1 gång per vecka hade gruppen med mest frekventa bastubadare, 4–7 gånger per vecka, lägre risk såväl för demens (hazardkvot [HR] 0,34; 95 procents konfidensintervall [95KI] 0,16–0,71) som för Alzheimers sjukdom (HR 0,35; 95KI 0,14–0,90). Även efter justering för fysisk aktivitet och socioekonomisk status kvarstod denna riskminskning med 64 respektive 65 procent för demens och Alzheimers sjukdom.

Tidigare studier från kohorten har visat bättre överlevnad på grund av minskad risk för hjärt-kärlsjukdom vid mer frekvent bastubadande eller mer tid tillbringad i bastun [2]. För första gången kan nu regelbundet bastubad kopplas till minskad risk för demens och Alzheimers sjukdom. Författarna spekulerar över om detta kan bero på förbättrad kardiovaskulär funktion [3] förutom de positiva effekterna av värme, avslappning och social gemenskap vid bastubad.

Sammanfattningsvis kan regelbundet bastubad varmt rekommenderas som förebyggande åtgärd för såväl hjärt-kärlsjukdom som minnessjukdomar.

Hans Hägglund, verksamhetschef, överläkare, professor, Akademiska sjukhuset, Uppsala; medicinsk rådgivare, Svenska Bastuakademien

1. Laukkanen T, et al. Age Ageing. Epub 7 dec 2016. doi: 10.1093/ageing/afw212
2. Laukkanen T, et al. JAMA Intern Med. 2015;175:542-8.
3. Kihara T, et al. J Am Coll Cardiol. 2002;39:754-9.

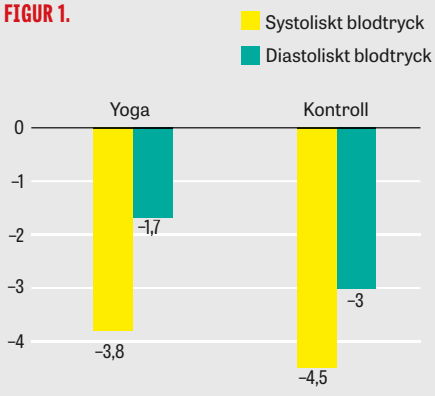
Ökat välbefinnande med yoga, men ingen blodtryckssänkande effekt

Avhandling. Blodtryckskontroll och förhöjt blodtryck är de vanligaste besöksorsakerna i den svenska primärvården. Världshälsoorganisationen har pekat ut hypertoni som den enskilt viktigaste riskfaktorn för hjärt-kärlsjukdom och död. Trots att många behandlingsalternativ står till buds, där livsstilsråd är grundstenen, är det bara kring 50 procent som når målblodtryck (<140/90 mm Hg).

Flera studier har indikerat att yoga kan sänka blodtrycket. Ofta har dock studierna varit små och kritiserats för att inte hålla tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet. Avhandlingens övergripande syfte var att undersöka om yoga kan fungera som behandlingsalternativ i svensk primärvård för patienter med högt blodtryck. Det som utvärderats i den aktuella avhandlingen är mediyoga, en yogaform med rötter i kundaliniyoga som utvecklats sedan 1990-talet.

Mellan 2011 och 2014 studerades effekterna av mediyoga hos sammanlagt 275 patienter med hypertoni från tre vårdcentraler i södra Skåne. Avhandlingen bygger på fyra artiklar med resultat från tre separata studier: en matchad kontrollerad studie, en randomiserad kontrollerad studie och en intervjustudie.

De samlade resultaten gällande mediyoga som behandling inom primärvården stöder inte hypotesen att interventionen sänker blodtrycket hos hypertonipatienter i primärvården. Vi fann inte heller något stöd för att yoga påverkar inflammatoriska biomarkörer eller metabola riskfaktorer i studiegruppen. Däremot



▶ Förändring av blodtryck (mm Hg) från baslinjen, enligt resultatet från den randomiserade kontrollerade studien.



Inget stöd i avhandlingen för att yoga ger sänkt blodtryck vid hypertoni.

Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

sågs positiva effekter på livskvalitet, självskattad hälsa och depressionsparametrar. Den matchade och den randomiserade studien gav delvis motsägelsefulla resultat. Den randomiserade studien (se Figur 1) bedöms dock ha större vetenskaplig tyngd tack vare studiedesign och att det är den hittills största i sitt slag från ett OECD-land. Deltagarna i vår kvalitativa intervjustudie beskrev ett flertal positiva effekter av yogan, men pekade också på svårigheter med att integrera yogaprogrammet som en regelbunden varaktig livsstilsförändring. De uttryckte också en samstämmig önskan om att få slippa medicinering och i stället hitta alternativa behandlingsformer för hälsa och blodtryck.

Mot bakgrund av avhandlingens resultat är det av stor vikt att vi fortsätter att vetenskapligt utvärdera både effekter och upplevelser av »nya«, alternativa och komplementära behandlingar när de gör sitt intåg i den traditionella västerländska sjukvården.

Moa Wolff, med dr, specialist i allmänmedicin, Vårdcentralen Löddeköpinge
● moa.wolff@med.lu.se

Wolff M. Yoga as a treatment for hypertension in primary health care. A quantitative and qualitative analysis conducted in Sweden. Lund: Lunds universitet; 2016.

● Moa Wolff har deltagit i Nationella forskarskolan i allmänmedicin.

Känt aneurysm hos var tredje patient

Egenreferat. Ett rupturerat bukaortaaneurysm är ett livshotande tillstånd som kräver omedelbar bedömning och åtgärd. Mortaliteten är mycket hög: i princip avlider alla som lämnas obehandlade. Vid elektiv åtgärd av ett intakt bukaortaaneurysm är 30-dagarsmortaliteten i Sverige i dag cirka 2,5 procent, vilket kan jämföras med cirka 30 procent hos patienter som behandlas för rupturerat bukaortaaneurysm. Patienter med diagnosen bukaortaaneurysm följs i regel med regelbundna ultraljudskontroller på kärlkirurgisk klinik. För att minska dödligheten i befolkningen pågår screening för bukaortaaneurysm hos män i Sverige.

Det är okänt hur många av patienterna som inkommer till ett akutsjukhus med rupturerat bukaortaaneurysm som haft ett tidigare känt bukaortaaneurysm. Det är också oklart varför man inte erbjudits elektiv kirurgi. Vi har utfört en populationsbaserad studie inom Stockholms läns landsting och Gotlands län där samtliga patienter som nått ett akutsjukhus med rupturerat bukaortaaneurysm under 2009–2013 inkluderats. I en journalgenomgång identifierades andelen med intakta bukaortaaneurysm, och angivna orsaker till utebliven elektiv åtgärd analyserades.

»... en tredjedel av de identifierade 283 patienterna hade ett känt bukaortaaneurysm sedan tidigare.«

Resultatet visade att en tredjedel av de identifierade 283 patienterna hade ett känt bukaortaaneurysm sedan tidigare.

Stöd för sekundärprofylax efter TIA eller stroke

Egenreferat. Sekundärprofylax med antingen antikoagulantia eller trombocythämmare har länge använts efter TIA eller ischemisk stroke. I en nyligen publicerad studie [1] utvärderades bland annat nytta kontra risker med sekundärprofylax under lång tid. Kohorten bestod av patienter som hade vårdats på antingen strokeenhet eller neurologklinik i Linköping 1986. Studien pågick från 2003 till 2011 och var delvis en fortsättning på en tidigare studie [2].

Den totala observationstiden för 288 män, inklusive 26 män med intracerebral blödning, var 2 254 år (medelvärde 7,8 år) och för 261 kvinnor, varav 24 med intracerebral blödning, 1 984 år (medelvärde 7,6 år). Såväl män som kvinnor hade i mindre utsträckning stått på warfarin (18 respektive 15 procent) än på trombocythämmare, vanligtvis ASA 75 mg per dag (54 respektive 60 procent). Ingen sekundärprofylax gavs under cirka en fjärdedel av observationstiden (27 respektive 23 procent), och behandlingsval var okänt för 2 procent av behandlingstiden för respektive kön.

Hos män förelåg en lägre årlig risk för stroke vid antikoagulantiabehandling än vid behandling med trombocythämmare (9,4 procent mot 9,8 procent), liksom för hjärtinfarkt (5,6 mot 6,7 procent) och död (8,1 mot 10,3 procent). För kvinnor förelåg motsatt förhållande för stroke (11,6 mot 8,8 procent) och hjärtinfarkt (5,3 mot 3,7 procent) men inte för död (8,3 mot 8,4 procent).

Risken för blödningar var ökad hos både patienter som behandlades med antikoagulantia och trombocythämmare jämfört med patienter utan sekundärprofylax. Den årliga risken för dödlig blödning var 0,86 procent vid antikoagulantiabehandling jämfört med 0,17 procent vid trombocythämning.

»I studien ses att patienter som haft TIA eller stroke har en klart högre dödlighet jämfört med ålders- och könsmatchade kontroller ...«

Överlevnadskurvor visade på en klart ökad risk för död för båda könen jämfört med kontroller.

Prediktorer för död enligt Cox regressionsanalys för patienter med TIA eller ischemisk stroke var bland annat ålder, tidigare hjärt-kärlhändelse, diabetes eller förhöjt fasteblodsocker (≥ 6,1 mmol/l), TIA eller svårighetsgrad av stroke, högt blodtryck eller antihypertensiv behandling. Första linjens behandling hade positiv effekt på överlevnad (för antikoagulantia oddskvot [OR] 0,67; 95 procents konfidensintervall [95KI] 0,5–0,9, och för trombocythämmare OR 0,67; 95KI 0,52–0,88, jämfört med ingen sekundärprofylax).

I studien ses att patienter som haft TIA eller stroke har en klart högre dödlighet jämfört med ålders- och könsmatchade kontroller, vilket ger stöd för både primär- och sekundärprofylax för att förhindra vaskulär död.

Denna studie gav också stöd för sekundärprofylax med antikoagulantia eller ASA (75 mg dagligen) för att minska risken för död i hjärt-kärlsjukdom, under förutsättning att det inte finns kontraindikationer.

Sven-Erik Eriksson, överläkare, neurologmottagningen, Falu lasarett

1. Eriksson SE. Brain Behav. Epub 28 nov 2016. doi: 10.1002/brb3.603
2. Eriksson SE, Olsson JE. Cerebrovasc Dis. 2001;12:171-80.

med rupturerat bukaortaaneurysm

Dessa 85 patienter fördelades i fyra grupper.

Dels fanns en grupp (31 patienter; 36 procent) som nekats kirurgi efter bedömning av specialist i kärlkirurgi och där riskerna vid behandling ansågs överväga risken för ruptur. Hälften av dessa behandlades vid rupturtillfället, och mortaliteten skilde sig inte nämnvärt från kohorten i övrigt. En femtedel av patienterna (15 patienter; 18 procent) valde själva att avstå elektiv åtgärd, men sju patienter behandlades vid rupturtillfället. Några (11 patienter; 13 procent) hade inte uppnått storlekskriteriet vid senaste kontrollen.

En tredjedel av patienterna (26 patienter; 31 procent) med känt bukaortaaneurysm hade aldrig remitterats till en kärlkirurgisk enhet från primär- eller slutenvården eller hade missats i sin uppföljning (saknade röntgenremisser etc). En stor andel av dessa åtgärdades i samband med det rupturerade bukaortaaneurysmet.

Sammanfattningsvis bör patienter med bukaortaaneurysm remitteras till en kärlkirurgisk enhet för specialistbedömning. Rutinerna på dessa centrum måste säkerställa kvaliteten på sina uppföljningsprogram. Ett övervägt beslut i samråd med patienten kring eventuella åtgärder ska dokumenteras utförligt. Trots dessa insatser kommer troligen en del patienter med tidigare kända bukaortaaneurysm fortsatt att drabbas av ruptur. Det finns ett behov av att utveckla nya individanpassade metoder för att bättre kunna förutsäga aneurysmtillväxt och rupturrisk.

Sayid Zommorodi, doktorand, specialistläkare, VO Kirurgi, Södersjukhuset, Stockholm

Rebecka Hultgren, docent, överläkare, kliniken för kärlkirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Zommorodi S, Roy J, Steuer J, Hultgren R. J Vasc Surg. 2016;64(4):949-55.e1.

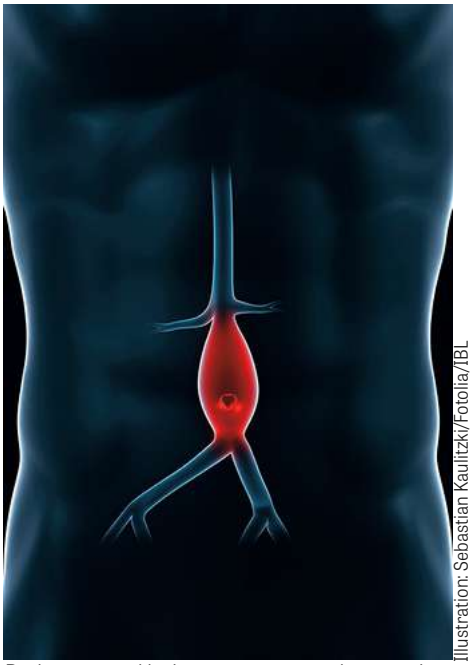


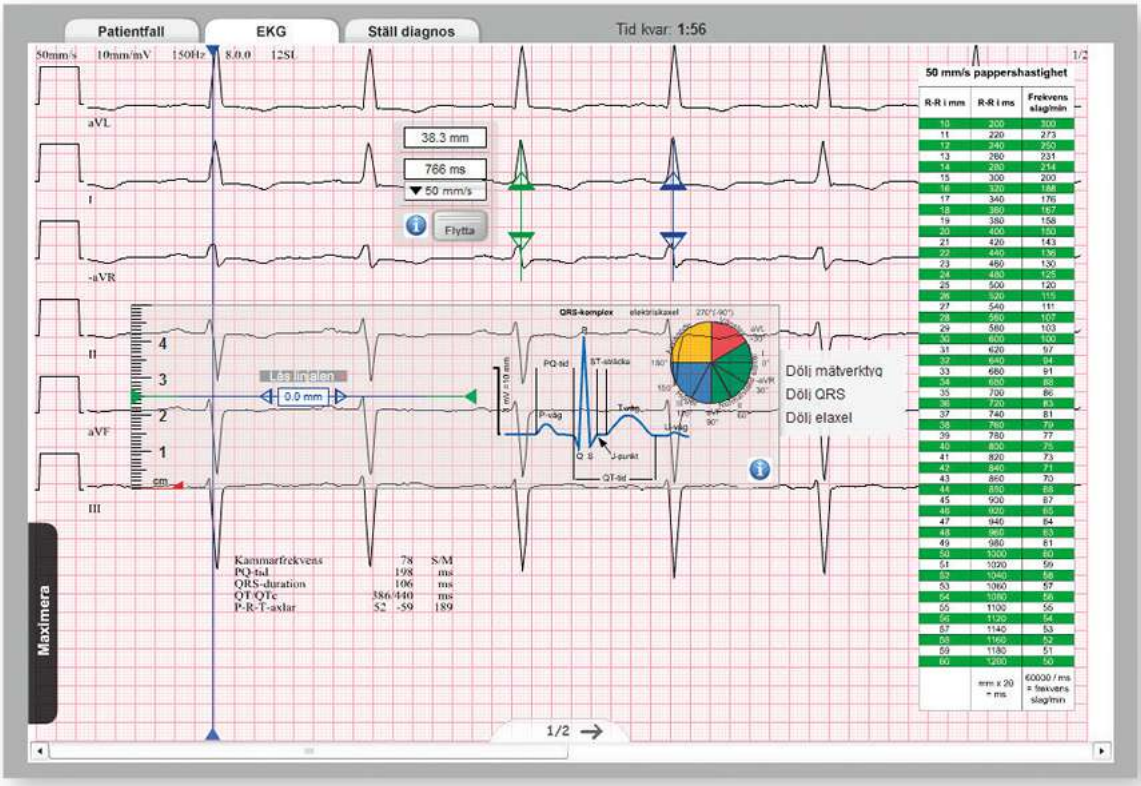
Illustration: Sebastian Kaulitzki/Fotolia/IBL

Patienter med bukaortaaneurysm bör remitteras till en kärlkirurgisk enhet för specialistbedömning.

ekgtolkning.se

Läkartidningen och ekgtolkning.se har ett utbildningssamarbete.

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



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

Utbildningen är godkänd av LIPUS.

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

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

Ett samarbete mellan

Läkartidningen BÄWER OCH NILSSON

Svetsare – en riskgrupp för septisk pneumoni

VACCINATION MOT PNEUMOKOCKER KAN VARA MOTIVERAT FÖR YRKESGRUPPEN

Ulf Flodin, docent, överläkare, arbets- och miljömedicinska kliniken
● ulf.flodin@regionostergotland.se

Jakob Paues, med dr, överläkare, infektionskliniken i Östergötland; båda Universitetssjukhuset i Linköping

Britt Åkerlind, med dr, smittskyddsläkare, Smittskydd och vårdhygien, Region Östergötland

Per Leanderson, docent, toxikolog, arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Bengt Sjögren, med dr, specialistläkare, Arbetsmiljötoxikologi, institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Under hösten 2013 påbörjades byggandet av en större sopförbränningsanläggning som inkluderade ett värmeverk i Linköping. De nedan beskrivna patienterna ingick i en grupp om cirka 50 personer som hade arbetat på denna arbetsplats med rörarbeten och installation av elledningar med mera sedan hösten 2014, det vill säga i cirka ett halvår före insjuknandet. I mitten av mars 2015 kontaktades smittskyddsläkaren i Östergötlands län då man misstänkte en epidemi av pneumokockorsakad lunginflammation bland byggnadsarbetarna på anläggningen. Sammanlagt diagnostiserades fyra personer med lunginflammation orsakad av pneumokocker. Tre av dessa utvecklade en invasiv form med sepsis. Fler kan ha drabbats av lindrigare sjukdom utan att ha uppsökt vård eller blivit provtagna. Vi vill med denna artikel aktualisera ett tidigare känt samband mellan exponering för svetsrök och utveckling av pneumokockpneumoni, och diskutera preventiva åtgärder i form av vaccination mot Streptococcus pneumoniae bland svetsare.

FALLBESKRIVNINGAR

Under mars månad 2015 insjuknade minst fyra män på byggarbetsplatsen i pneumokockpneumoni. Samtliga fyra var rökare och tre av dessa utvecklade en invasiv form med sepsis (diagnoskod J13.9, pneumoni orsakad av Streptococcus pneumoniae). Efter slutenvård och efterföljande konvalescens kunde alla återgå i arbete.

Den förste patienten var en 54-årig tidigare väsentligen frisk man som arbetade med slipning av svetsfogar. Han inkom med dubbelsidig lunginflammation samt dessutom med influensa B. Mannen var svårt sjuk och vårdades i respirator. Han flyttades under vårdtiden till Karolinska sjukhuset för ECMO-behandling (extrakorporeal membranoxygenering) i sex dygn på grund av hotande cirkulationssvikt. Vårdtiden var sammanlagt 21 dagar.

Den andre patienten var en 49-årig man som vid byggarbetsplatsen arbetade som elmontör. Han vårdades fyra dagar i respirator för dubbelsidig lunginflammation. Sammanlagd vårdtid var 11 dagar.

Den tredje patienten var en 58-årig svetsare som tidigare behandlats för lunginflammationer. Nu vårdades han i respirator i 14 dygn på grund av dubbelsidig lunginflammation. Sammanlagd vårdtid var 25 dagar.

Den fjärde patienten var en 37-årig slipare som vårdades 3 dagar för lunginflammation utan behov av respiratorvård.

Ur journalerna framkom att endast en av dessa patienter haft lunginflammation tidigare. Dock ska betonas att alla patienter utom en var tyska eller österrikiska medborgare utan djupare kunskaper i engelska, varför anamneserna var något knapphändiga.

»Under mars månad 2015 insjuknade minst fyra män på byggarbetsplatsen i pneumokockpneumoni.«

Arbetsplatsen

Ett stort antal svenska och utländska underentreprenörer hade anlitats för att uppföra kraftvärmeverket. De fyra männen med diagnostiserad lunginflammation var anställda av en utländsk underentreprenör. Som mest arbetade cirka 50 svetsare och slipare på arbetsplatsen. Arbetet bestod huvudsakligen av dragning, kapning, svetsning och slipning av rostfria rör. Man arbetade i par där en person utförde kapning och annat förberedande arbete. Därefter utförde svetsaren själva svetsarbetet. De rostfria rören sammanfogades med TIG-svetsning (»tungsten inert gas«, gasvolframsvetsning), som är en elektrisk svetsmetod med volframelektrod och argon som skyddsgas. På andra platser i byggnaden svetsade man med metallbågsvetsning, som är en vanlig elektrisk svetsmetod med

HUVUDBUDSKAP

- Det är välbeskrivet i den internationella arbetsmiljölitteraturen att inandning av svetsrök medför ökad risk för insjuknande i lunginflammation på grund av pneumokocker.
- Vi rapporterar här fyra personer som insjuknat av pneumokockpneumoni, varav 3 septiska, i en grupp av 50 byggnadsarbetare.
- På vissa typer av byggarbetsplatser är det svårt att skydda sig mot svetsrök och andra luftföroreningar. Det kan därför vara motiverat att överväga vaccination mot pneumokocker för svetsröksexponerade byggnadsarbetare över 50 års ålder.
- Det är önskvärt att Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket utarbetar välbalanserade råd till företagshälsovården i denna fråga.

belagd elektrod. Som vanligt är bland anläggningsarbetare med andra hemorter valde man att ha intensiva och långa arbetsperioder för att kunna få längre sammanhängande ledighet. Många arbetade därför 10–12 timmar per dag.

Vid ett arbetsplatsbesök i maj 2015 var byggnaden i stort färdigställd till det yttre. Vid TIG-svetsning uppmättes respirabla partikelhalter upp till 2,4 mg/m^3. Det svenska nivågränsvärdet för respirabla oorganiska partiklar är 5 mg/m^3 [1]. Respirabla partiklar har en diameter under 10 µm. Vid metallbågsvetsning uppmättes nivåer av respirabla partiklar på 0,7 mg/m^3, och vid slipning var halterna 0,2 mg/m^3. Dessa mätningar utfördes mitt i lokalen 1,5 meter över golvet och underskattar sannolikt avsevärt halterna som genererades tätt under taket där den varma svetsröken normalt ansamlas. Rörarbetena utfördes ofta tätt under taket eftersom vissa rör skulle dras och monteras i dessa lägen. Vid svetsarbetet användes aldrig punktutsug eller personlig skyddsutrustning i form av halvmask med partikelfilter eller svetshjälm med filtrerad luft.

DISKUSSION

Exponering för svetsrök kan orsaka en toxisk inflammation i lungorna, vilket har beskrivits i några fall hos svetsare [2, 3] och i djurförsök [4]. Vidare har epidemiologiska studier från både England och USA påvisat en ökad dödlighet i lunginflammation hos svetsare. Överdödligheten har varierat mellan 1,67 och 2,55 gånger i dessa studier [5-8]. I en fall–kontrollstudie av sjukhusvårdade män med lunginflammation observerades ett samband med yrkesmässig exponering för järninnehållande metallrök under det föregående året, oddskvot 2,0 (95 procents konfidensintervall [95KI] 1,3–3,1) [9]. Hos svenska byggnadsarbetare som exponerats för metallrök har man sett en ökad dödlighet i lunginflammation som orsakats av pneumokocker, relativ risk 5,8 (95KI 1,5–21,7) baserat på 8 patienter [10]. En kanadensisk studie av invasiv pneumokocksjukdom observerade en förhöjd oddskvot bland svetsare (OR 2,7; 95KI 1,7–4,2) [11]. Under det senaste året publicerades ytterligare en undersökning av data från England och Wales, som visade en överdödlighet i pneumokockpneumoni bland svetsare i åldern 16–64 år baserat på 7 patienter (proportionell mortalitetskvot, PMR, 3,58; 95KI 1,44–7,37) men inga insjuknanden observerades hos svetsare över 65 års ålder, vilka alltså inte längre var exponerade för svetsrök [12]. Under våren 2015 rapporterades fyra fall av invasiv pneumokocksjukdom bland svetsare på ett skeppsvarv i Belfast i Nordirland [13].

Invasiv pneumokocksjukdom karakteriseras av att bakterien isolerats från en del av människokroppen som normalt är steril, till exempel blod och cerebrospinalvätska. Sedan 2005 är invasiv pneumokocksjukdom en anmälningspliktig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) [14], och ska rapporteras till smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten (tidigare Smittskyddsinstitutet). Incidensen har varierat mellan 13,7 och 19,4 per 100 000 invånare under åren 2006–2013. Incidensen är starkt beroende av ålder. I Sverige var incidensen 2006 5,7/100 000 i åldern 18–49 år, 19,0 i åldern 50–64 år och 29,7 i åldern 65–74 år.

Med dessa incidenstal som jämförelse blir risken att insjukna kraftigt förhöjd bland de 50 personer som var exponerade för svetsrök (3 av 50 exponerade) i åldern 49–58 år.

I litteraturen har vi funnit uppgifter om insjuknande i invasiv pneumoni, det vill säga inte mortalitet utan morbiditet. En 2,7-faldig riskhöjning bland svetsare i åldern 18–65 år har angivits [11]. Denna riskförhöjning applicerad på Folkhälsomyndighetens insjuknandestatistik resulterar i incidenstal som närmast motsvarar den för befolkningen i åldersgruppen 65–74 år.

Vaccination av svetsare mot pneumokocker har diskuterats som en preventiv åtgärd för att minska risken att insjukna i lunginflammation. En uppskattning anger att ett fall av invasiv pneumokockinfektion skulle kunna förhindras under en 10-årsperiod om 588 svetsare vaccinerades [15-17]. I vårt land uppskattas det totala antalet svetsare till 20 000–25 000 personer. I Storbritannien rekommenderas att vaccination mot pneumokocker övervägs för personer som yrkesmässigt exponeras för metallrök [18]. Eftersom risken att utveckla invasiv pneumokocksjukdom ökar med åldern föreslås vaccination av äldre svetsare, exempelvis över 50 år [15-17]. Risken för invasiv pneumokocksjukdom är också högre hos rökare [11] och därför kan det finnas skäl att prioritera denna grupp för vaccination. För två år sedan uppmärksammades Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen på sambanden mellan svetsning och pneumokockorsakad lunginflammation [19]. Trots detta inlägg har Folkhälsomyndigheten inte diskuterat svetsare som en möjlig riskgrupp i sin aktuella kunskapsöversikt »Pneumokockvaccination till riskgrupper« [20].

Prevention

Förebyggandet av lunginflammation och pneumokockorsakad lunginflammation bland svetsare kan ske på flera sätt. Arbetsmiljön vid svetsning kan förbättras med användning av adekvat skyddsutrustning i form av punktutsug och ventilerade masker vid svetsarbete i allmänhet och i synnerhet vid arbete i oventilerade utrymmen. Information och råd riktade till svetsare, företag och företagshälsovård finns på hemsidan Svetsarätt (www.svetsaratt.se) och i en kunskapssammanställning utgiven av Arbetsmiljöverket [21].

Folkhälsomyndigheten rekommenderar pneumokockvaccination till personer över 65 år i den allmänna befolkningen [22]. Emellertid är riskökningen för insjuknande i invasiv pneumokockinfektion för svetsare enligt våra preliminära beräkningar i nivå med personer över 65 år. Vi har även räknat på kostnader för vård och produktionsbortfall hos våra tre patienter med invasiv pneumokockinfektion. Genomsnittskostnaden per patient är i nivå med kostnaden för att förebygga ett insjuknande av invasiv pneumokockinfektion. Vaccination av 588 personer uppskattas förebygga ett insjuknande, och detta kostar knappt en halv miljon kronor [23]. Vi föreslår att ett vaccinationsprogram speciellt fokuserar på svetsare över 50 år, eftersom denna grupp har en förhöjd risk att insjukna. Denna grupp är ganska liten, ungefär en tredjedel av alla svetsare (det vill säga 7 000–8 000 personer) – att jämföra med totalbefolkningen mellan 65–74 år som uppgår till drygt en miljon personer.

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

Utifrån ovanstående mycket preliminära beräkningar baserade på enbart tre personer som insjuknat anser vi att Folkhälsomyndigheten bör genomföra en grundlig beräkning av värdet av vaccinationer av svetsare och andra yrkesgruper som exponeras för svetsrök i sitt arbete.

Arbetsmiljöverket är en viktig aktör för att informera om, övervaka och förebygga arbetsmiljörisker oberoende av Folkhälsomyndighetens ställningstagande om vaccinationer. Arbetsmiljöverket kan också besluta om sanktioner om förebyggande åtgärder inte överensstämmer med regelverket.

Företagshälsovården ger företag och svetsare råd om förebyggande åtgärder i arbetsmiljöarbetet, och bör ges välbalanserade riktlinjer utarbetade av Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket när det gäller pneumokockvaccination av svetsare. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
Citera som: Läkartidningen. 2017;114:D6TW

REFERENSER

2. Rendall REG, Phillips JI, Renton KA. Death following exposure to fine particulate nickel from a metal arc process. Ann Occup Hyg. 1994;38:921-30.
3. Schaller KH, Csanady G, Filser J, et al. Elimination kinetics of metals after an accidental exposure to welding fumes. Int Arch Occup Environ Health. 2007;80:635-41.
4. Yang MJ, Yang YS, Sung JH, et al. Recurrent exposure to welding fumes induces insufficient recovery from inflammation. Inhal Toxicol. 2009;21:337-46.
5. Beaumont JJ, Weiss NS. Mortality of welders, shipfitters, and other metal trades workers in boilermakers Local no. 104, AFL-CIO. Am J Epidemol. 1980; 112:775-86.
6. Coggon D, Inskip H, Winter P, et al. Lobar pneumonia: an occupational disease in welders. Lancet. 1994;344:41-3.
7. Newhouse ML, Oakes D, Woolley AJ. Mortality of welders and other craftsmen at a shipyard in NE England. Br J Ind Med. 1985;42:406-10.
8. Palmer KT, Cullinan P, Rice S, et al. Mortality from infectious pneumonia in metal workers: a comparison with deaths from asthma in occupations exposed to respiratory sensitisers. Thorax. 2009;64:983-6.
9. Palmer KT, Poole J, Ayres JG, et al. Exposure to metal fume and infectious pneumonia. Am J Epidemiol. 2003;157: 227-33.
10. Torén K, Qvarfordt I, Bergdahl IA, et al. Increased mortality from infectious pneumonia after occupational exposure to inorganic dust, metal fumes and chemicals. Thorax. 2011;66:992-6.
11. Wong A, Marrie TJ, Garg S, et al. Welders are at increased risk for invasive pneumococcal disease. Int J Infect Dis. 2010;145:e796-9.
12. Coggon D, Harris EC, Cox V, et al. Pneumococcal vaccination for welders. Thorax. 2015;70:198-9.
13. Patterson L, Irvine N, Wilson A, et al. Outbreak of invasive pneumococcal disease at a Belfast shipyard in men exposed to welding fumes, Northern Ireland, April-May 2015: preliminary report. Euro Surveill. 2015;20(21).
15. Palmer KT, Cosgrove M. Vaccinating welders against pneumonia. Occup Med. 2012;62:325-30.
16. Palmer KT, Cosgrove M. Pneumococcal vaccination in welders. Occup Med (Lond). 2012;62:666-7.
17. Palmer KT, Cosgrove M. Vaccinating welders against pneumonia. Letter to the editor. Occup Environ Med. 2012;69:932.
18. Salisbury D, Ramsay M, editors. Immunisation against infectious disease. London: Public Health England, Department of Health; 2013. www.dh.gov.uk/greenbook
19. Sjögren B, Johanson G. Svetsare kan behöva pneumokockvaccin. Nationella vaccinationsprogrammet bör omfatta denna högriskgrupp. Läkartidningen. 2014;111:CMU9.
20. Pneumokockvaccination till riskgrupper. Kunskapsunderlag. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.
21. Sjögren B. Hälsoeffekter av gaser och partiklar bildade vid svetsning. Kunskapssammanställning. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2013. Rapport 2013:5.
23. Pneumokockvaccination som särskilt vaccinationsprogram. Hälsoekonomisk utvärdering. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.

SiC

VÄLKOMMEN TILL
SENIOR I CENTRUM
MALMÖ ARENA • 8–10 MAJ 2017



- Nordens största kongress med Geriatrik och Palliativ Medicin i fokus
- Professionell utställning
- Läs mer och anmäl ditt deltagande på www.senioricentrum.se

"Den viktigaste mötesplatsen 2017. Nordens största kongress inom området."
Sölve Elmståhl, vetenskaplig ordförande och professor i geriatrik

SENIORGALA OCH SENIORMÄSSA
I samband med kongressen arrangeras även en Seniorgala och en publik Seniormässa.

"En bra välfärd och service åt alla"
Vård och omsorg, Malmö stad

Kurser i "Läkemedel och Palliativ Medicin" för ST-läkare och specialister.

"Vi erbjuder grund- och fortbildning i världsklass under tre dagar till alla yrkesgrupper i hälso- och sjukvården samt inom vård och omsorg."
Ola Björgell, kongresspresident och regionöverläkare

REGION SKÅNE
Malmö stad
SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

Muskulär pseudohypertrofi yttrade sig som mjukdelstumör

DENERVERING AV TENSOR FASCIAE LATAE VISADE SIG VARA ORSAKEN

Mjukdelssvullnader är en vanlig problemställning i primärvården. Detta patientfall beskriver en ovanlig differentialdiagnos till mjukdelssvullnader, muskulär pseudohypertrofi. Muskulär pseudohypertrofi kan, liksom flera andra differentialdiagnoser till mjukdelssvullnad, vid klinisk undersökning likna mjukdelssarkom, och det är viktigt att känna till hur man ska remittera och utreda dessa patienter.

Henrik Damm, leg läkare
● henrikdamm@hotmail.com

Jes Bruun Lauritzen, professor, överläkare; båda ortopedkirurgisk avdelning

Henrik Løvendahl Jørgensen, överläkare, klinisk biokemisk avdelning; samtliga Bispebjerg Hospital, Köpenhamns universitet, Danmark

FALLBESKRIVNING

En 62-årig man remitterades från sin husläkare till ortopedkirurgisk klinik med misstanke om mjukdelssarkom. Under 9 månader hade patienten utvecklat en svullnad proximalt och anteriort på höger lår. Mjukdelssvullnaden beskrevs som 7–8 centimeter lång, mjuk och fixerad till underliggande vävnad. Patienten hade gott allmäntillstånd, var rökare, hade okomplicerad hypertoni och benign prostatahypertrofi.

Patienten hade undersökts med ultraljud, vilket inte hade kunnat utesluta elakartad tumör. Undersökning med magnetisk resonanstomografi (MRT) genomfördes, och patienten remitterades till sarkomcentrum. MRT visade isolerad hypertrofi av höger musculus tensor fasciae latae med insprängt fett och bindväv, förenligt med pseudohypertrofi (Figur 1 och 2). Muskeln var ensartad, utan patologiskt kontrastupptag, och MRT kunde avfärda malignitetsmisstanken.



Figur 1. Magnetisk resonanstomografi av höger höftregion, frontalplan.



Figur 2. Magnetisk resonanstomografi av höftregion, transversalplan.

Patienten undersöktes av neurolog, som inte hittade några tecken på muskeldystrofi. För att komma närmare orsaken till pseudohypertrofin genomfördes undersökning med elektromyografi (EMG), vilken visade ett abnormt neurogent mönster som tydde på denervering av muskelns innerverande nervfibrer på spinal nivå.

Vid det första besöket på ortopedkirurgiska kliniken beskrev patienten att han av och till upplevde ömhet och obehag från svullnaden. Dessa symtom tolkades som relaterade till förhöjt tryck i muskellogen. Vid uppföljningen 1,5 år senare hade symtomen gradvis minskat, och sporadiskt bruk av ibuprofen hade räckt som behandling.

DISKUSSION

Mjukdelssvullnad är en vanlig problemställning i primärvården. Svullnader kan orsakas av allt från ofarliga lipom till elakartade tumörer. Skelettmuskelhypertrofi och pseudohypertrofi kan, som i detta fall, simu-

»MRT visade isolerad hypertrofi av höger musculus tensor fasciae latae med insprängt fett och bindväv, förenligt med pseudohypertrofi ...«

HUVUDBUDSKAP

- Mjukdelssvullnader är en vanlig klinisk problemställning i primärvården och kan orsakas av allt från ofarliga fettknölar till elakartade tumörer.
- Hos denna patient visade sig mjukdelssvullnaden bero på ett ovanligt fenomen, nämligen muskulär pseudohypertrofi som följd av denervering.
- Om diagnosen av mjukdelssvullnader inte kan fastställas vid grundlig anamnes och klinisk undersökning är remittering till sarkomcentrum och vidare utredning med magnetisk resonanstomografi (MRT) indicerad.
- MRT ger mycket information och kan göra att man undgår onödig biopsitagning och/eller kirurgisk intervention.

»Utredning av mjukdelssvullnad inleds med grundlig anamnes och klinisk undersökning, vilket är tillräckligt för att påvisa flera av differentialdiagnoserna.«

lera en tumör. Hypertrofin kan orsakas av exempelvis träning, strålning, denervering eller myopatier [1]. Denervering av skelettmuskulatur får i typfallet muskulaturen att atrofiera, men i ovanliga fall sker en paradoxal reaktion där muskulaturen i stället hypertrofierar [2].

Skelettmuskelhypertrofi kan anta två olika former: äkta hypertrofi och pseudohypertrofi. Äkta hypertrofi är ett resultat av ökad storlek hos muskelfibrerna. Pseudohypertrofi är sekundär till insprängning av överflödigt fett och/eller bindväv i muskulaturen [1].

Ensidig pseudohypertrofi av musculus tensor fasciae latae har tidigare beskrivits i litteraturen. I vårt fall, såväl som i andra, var det primära symtomet ensidig mjukdelssvullnad och den primära kliniska misstanken var mjukdelssarkom [1, 3]. Det finns ett flertal andra differentialdiagnoser som kan övervägas när patienten söker läkare på grund av ensidig mjukdelssvullnad, t ex lipom, mjukdelssarkom, hematom, myositis ossificans, myopati eller myosit, ganglion eller förstorad bursa, synovit/tenosynovit, abscess, muskelskada eller muskelruptur, cellulit, fasciit och främmandekroppsgranulom [4, 5].

Lipom är den vanligast förekommande mjukdelstumören i rörelseapparaten och kan vara allt från få millimeter stora upp till 20–30 cm. Lipom kan förekomma ytligt (subkutant) eller djupt (intra- eller intermuskulärt) och diagnostiseras med stor säkerhet med MRT [5].

Sarkom förekommer mycket sällan: mindre än 1 procent av alla cancerfall i Sverige år 2013 var sarkom. Sarkom kan indelas i mjukdelssarkom och skelettsarkom. Mjukdelssarkom delas i sin tur in i flera undergrupper beroende på vilken vävnad sarkomet utgår från [6]. Mjukdelssarkom ger oftast inga symtom och upptäcks ofta av en slump när patienten ser eller känner en knuta eller svullnad. Behandlingen av mjukdelssarkom är komplex och ska genomföras på sarkomcentrum [7].

Utredning av mjukdelssvullnad inleds med grundlig anamnes och klinisk undersökning, vilket är tillräckligt för att påvisa flera av differentialdiagnoserna. Ultraljud kan vara ett värdefullt tillägg till den kliniska undersökningen om det finns nära till hands och utförs av läkare tränad i ultraljudsundersökning.

Patienter med mjukdelssvullnader större än 5 cm eller djupa mjukdelssvullnader oavsett storlek ska remitteras till sarkomcentrum utan dröjsmål. Detta är riktlinjer från Skandinaviska sarkomgruppen [7].

MRT är nästa steg i utredningen, och remittering till MRT-undersökning kan med fördel ske samtidigt som remittering till sarkomcentrum [1, 5]. MRT ger utförlig information och kan påvisa flera av differentialdiagnoserna till mjukdelssvullnader. MRT kan även i vissa tillfällen diagnostisera orsaken till att tillståndet uppstått. Exempelvis kan man med hjälp av MRT diagnostisera denervering av muskulatur [8]. MRT gör det många gånger möjligt att undgå biopsi och kirurgisk intervention. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:D9HY

Läs mer!
Engelsk sammanfattning på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Ilaslan H, Wenger DE, Shives TC, et al. Unilateral hypertrophy of tensor fascia lata: a soft tissue tumor simulator. Skeletal Radiol. 2003;32:628-32.
2. Wessig C, Kenn W, Koltzenburg M, et al. Denervation hypertrophy may mimic local tumor spread on magnetic resonance imaging. Muscle Nerve. 2006;34:108-10.
3. Chang DG, Magee E, Hughes T. Denervation hypertrophy in lumbosacral radiculopathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008;79:1170.
4. Crundwell N, O'Donnell P, Saifuddin A. Non-neoplastic conditions presenting as soft-tissue tumours. Clin Radiol. 2007;62:18-27.
5. Geijer M, Styring E, Brosjö O, et al. Fetthaltiga tumörer i rörelseapparaten ofta godartade. Läkartidningen. 2014;111:CWYD.
6. Cancerfonden. Sarkom. 30 aug 2013 [citerat 4 jul 2016]. https://www.cancerfonden.se/om-cancer/sarkom
7. Scandinavian Sarcoma Group (SSG). Treatment protocols and recommendations – Sarcoma. 1 feb 2016 [citerat 30 jun 2016]. http://www.ssg-org.net/treatment-protocols-and-recommendations/ongoing
8. Kamath S, Venkatanarasimha N, Walsh MA, et al. MRI appearance of muscle denervation. Skeletal Radiol. 2008;37:397-404.

NY BOK FRÅN LÄKARTIDNINGEN FÖRLAG



***Ett läkarliv – I skuggan av två världskrig* av Karl-Axel Ekbom är en levande skildring av svensk medicinhistoria.**

Karl-Axel Ekbom är den svenske neurolog som har gett namn åt Willis–Ekboms sjukdom, tidigare kallat »restless legs«. På 1970-talet skrev han sin självbiografi men dog innan han kunde ge ut boken. I kvarlåtenskapen efter honom hittades manuskriptet av Ekboms tre söner, och först nu har boken blivit en realitet.

Boken finns att beställa på Lakartidningen.se/bocker

Läkartidningen Förlag AB

ABC OM

Farmakologisk symtomlindring i livets slutskede



Foto: Colourbox

Meis Omran, leg läkare, vid tiden för artikelns tillkomst Palliativt centrum
● meis.omran@karolinska.se

Staffan Lundström, med dr, överläkare, FoUU-enheten, Palliativt centrum; båda Stockholms sjukhem

»... är det ofta möjligt att med relativt enkla farmakologiska åtgärder lindra dessa symtom på ett tillfredsställande sätt.«

I livets slutskede är det inte ovanligt att patienter besväras av smärta, illamående, andnöd/rosslingar, oro/ångest eller konfusion. Baserat på ett synsätt där möjliga mekanismer eftersöks och bakomliggande orsaker behandlas är det ofta möjligt att med relativt enkla farmakologiska åtgärder lindra dessa symtom på ett tillfredsställande sätt.

Syftet med denna ABC-artikel är att ge praktisk vägledning om och förslag på farmakologisk symtomlindring för vuxna patienter i palliativt sjukdomsskede, med främsta fokus på den döende patientens vanligaste symtom. Icke-farmakologisk behandling är naturligtvis viktig för denna patientgrupp men kommer inte att beröras i denna artikel.

Denna artikel är riktad gentemot teamet som vårdar patienten utanför den specialiserade palliativa vården, t ex inom den allmänna hemsjukvården och på akutsjukhus. Råden är allmängiltiga och inte diagnosspecifika. Cancer har länge stått i fokus för den specialiserade palliativa vården, men kunskapen är applicerbar också på andra diagnosgrupper.

Palliativ medicin är ett ungt forskningsområde, och vi bygger våra råd om handläggning på tillgänglig evidens men också på professionens gedigna erfarenhet. En gyllene regel är att endast behandla de symtom som är besvärande.

När patienten i livets slutskede inte längre kan ta perorala läkemedel bör nödvändiga läkemedel administreras parenteralt och då gärna subkutant. Intramuskulär administration bör undvikas, eftersom patienten ofta har liten muskelmassa, det kan vara smärtsamt och det finns risk för att andra strukturer skadas. Rektal tillförsel ger osäkert upptag på grund av varierande sfinktertonus och eventuell rektal obstipation; dessutom kan det medföra obehag för patienten och vara integritetskränkande. Subkutan tillförsel har använts inom den palliativa vården sedan 1980-talet och har färre komplikationsrisker än intravenös administration. En kvarliggande subkutan nål centralt på bröstkorgen fungerar ofta utmärkt.

ANDNÖD OCH ROSSLINGAR

Andnöd

Andnöd är ett av de vanligaste symtomen hos patienter med icke-malign sjukdom i palliativt skede. Andnöd är plågsamt och är för denna patientgrupp ofta vad smärta är för cancerpatienten. Att övervaka saturation

REKOMMENDERADE VIDBEHOVSLÄKEMEDEL

Preparat	Administrationsform	Vidbehovsdos	Maxdos
● **Morfin/annan opioid**	Subkutan/intravenös[1]	1/6 eller 1/10 av dygnsdosen (om hög dygnsdos)	Ingen
● **Furosemid, 10 mg/ml**	Subkutan/intravenös[1]	2–4 ml	Ingen
● **Metoklopramid, 5 mg/ml eller haloperidol, 5 mg/ml**	Subkutan/intravenös[1]	1–2 ml 0,2–0,5 ml	12 ml Individuell
● **Glykopyrron, 0,2 mg/ml**	Subkutan	1 ml	3 ml
● **Midazolam, 5 mg/ml**	Subkutan/intravenös[1]	0,25–0,5 ml	Individuell

[1]Subkutan administration föredras.

ORSAKER TILL ANDNÖD

MALIGNITET
- Cancer i huvud–halsområdet och bronkialcancer. Tumörer som trycker på bronkträdet kan ge upphov till andnöd (dock sällan lungcancer i perifer lungvävnad)
- Metastaser i mediastinum orsakar andnöd på grund av lokalt tryck på bronkträdet

KARDIELLA ORSAKER
- Hjärtsvikt

PULMONELLA ORSAKER
- Lungsjukdom sedan tidigare (KOL, astma etc)
- Lungemboli
- Pneumoni
- Atelektaser
- Pleuravätska

ÖVRIGA ORSAKER
- Anemi
- Ångest
- Ascites (oberoende av genes) förorsakar andnöd när buken blir stor och lungorna komprimeras
- Vissa neurologiska sjukdomar, t ex ALS, kan orsaka andnöd i sent palliativt skede
- Demenssjukdom
- Smärta, t ex skelettmetastaser i torax som leder till smärtsamma andningsrörelser

eller kontrollera blodgaser hos den döende patienten har ingen plats, utan behandlingen ska styras utifrån den subjektiva upplevelsen av andnöd och den kliniska bedömningen. Enligt en systematisk översikt förekommer andnöd hos 10–70 procent av patienter med cancer, 60–88 procent hos patienter med hjärtsjukdom och hos 90–95 procent av patienter med KOL [1].

Orsakerna till andnöd vid livets slut är många, och behandlingen bör vara orsaksstyrd i den mån det går. När detta inte längre är lämpligt finns god evidens för att administrera lågdos morfin peroralt eller parenteralt vid andnöd [2-4]. Evidens för att ge nebuliserat morfin finns inte.

Rosslingar

Rosslingar förekommer hos 12–92 procent i livets slutskede [5]. Hos den döende patienten fungerar inte de vanligtvis effektiva host- och sväljreflexerna, varvid sekret ansamlas i svalget och/eller i luftvägarna. Detta ger upphov till ökad luftturbulens och i sin tur det rosslande ljudet, som ofta kan upplevas som mycket obehagligt, särskilt för anhöriga.

Det finns en tradition att använda antikolinergika i dessa sammanhang. Evidensen är dock tveksam för att antikolinergika har bättre effekt än placebo [6]. Dessutom tillkommer risker för besvärande biverkningar i form av muntorrhet och urinretention hos en patient som ofta inte kan meddela detta. Antikolinergika anses inte kunna torka ut det redan bildade slemmet, utan endast motverka nybildning av slem. Det sekret som redan finns torkar ut eller dräneras genom lägesändring. Att suga bort slem i svalg eller luftvägar rekommenderas inte, eftersom det ofta leder till en ond cirkel med ökad slemproduktion.

Om antikolinergika ska ges, bör det erfarenhetsmässigt ske så tidigt som möjligt när rosslingarna har uppkommit och dessutom i ordentlig dos. I Sverige finns parenteralt skopolamin endast som del i morfin-skopolamin. Detta bör undvikas, eftersom det är ett blandpreparat och skopolamin dessutom passerar över blod-hjärnbarriären med risk för centrala biverkningar. Butylskopolamin och glykopyrron passerar inte i lika stor utsträckning och är därför att föredra.

ILLAMÅENDE

Illamående förekommer hos 40–70 procent av cancerpatienter i palliativt skede [7]. Även hos hjärtsviktspatienter i detta skede är det inte ovanligt med illamående [1]. Orsakerna till illamående är många.

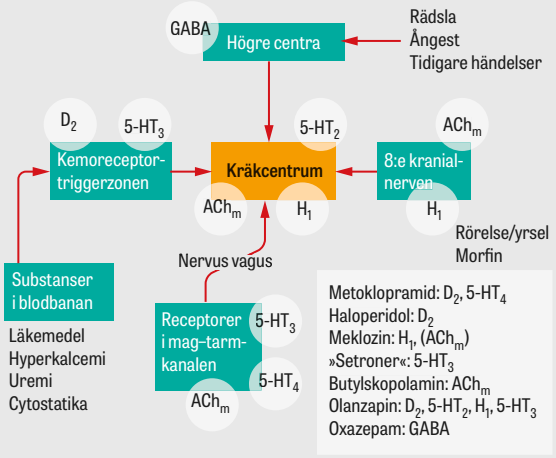
Läkemedel

Metoklopramid är en dopaminreceptorblockerare med både centralt verkande antiemetisk effekt via dopamin-2-receptorn i triggerzonen och motilitetsfrämjande effekt inom ventrikel-duodenum-tunntarmsområdet via 5-HT_4-receptorer. Vid mycket höga doser har metoklopramid även 5-HT_3-blockerande effekt [8].

Haloperidol har dopaminreceptorblockerande egenskaper och utövar effekt främst på kemoreceptortriggerzonen. En mycket låg dos kan räcka för att effektivt bryta illamåendet.

Olanzapin har dopaminreceptorblockerande egenska-

Patogenes till illamående



▶ Kräkcentrum koordinerar signaler från övriga kroppen och utlöser illamående och kräkningar. Kräkcentrum är beläget i hjärnstammen och tar emot impulser från 1) kemoreceptortriggerzonen (area postrema) (reagerar på ämnen i blod och cerebrospinalvätska), 2) vestibulo-cerebellära afferenter, 3) vagala/viscerala afferenter (i praktiken signaler från mag–tarmkanalen) och 4) högre hjärncentra som förmedlar rädsla, smärta och antecipatoriskt eller betingat illamående. (ACh_m = muskarinerg acetylkolinreceptor; D_2 = dopamin-2-receptor; H_1 = histamin-1-receptor; 5-HT = 5-hydroxitryptaminreceptor (serotonin); GABA = gamma-aminosmörsyra.)

MÖJLIGA ORSAKER TILL ILLAMÅENDE

- Hyperkalcemi
- Förstoppning
- Infektion/feber
- Autonom dysfunktion
- Ventrikelretention
- Subileus/ileus
- Svampinfektion
- Ulkus/gastrit
- Mesenteriell ischemi
- Smärta
- Uremi
- Hyponatremi
- Hyperglykemi
- Sekundär Addisons sjukdom
- Ångest, antecipatoriskt illamående
- Intrakraniell tryckstegring

ORSAKER TILL ILLAMÅENDE SAMT PREPARATREKOMMENDATIONER

Orsak till illamående	Preparatrekommendation, perorala doser
● **»Diffust« konstant illamående vid livets slut**	Haloperidol 0,5–1 mg × 2 Eventuellt tillägg av betametason 4–6 mg × 1
● **Intrakraniell tryckstegring**	Betametason, i akutskedet dygnsdos 16 mg
● **Opioidutlöst illamående**	Meklozin 25 mg × 2
	Metoklopramid 10 mg × 3
	Haloperidol 0,5–1 mg × 2
● **Rörelseutlöst illamående**	Meklozin 25 mg × 2
	Skopolaminplåster
● **Ventrikelretention**	Metoklopramid 10 mg × 3

per men har bredare profil än haloperidol och verkar på ett flertal olika receptorsystem.

5-HT$_3$-antagonister används i stor utsträckning i samband med strålbehandlings- och cytostatikautlöst illamående. 5-HT$_3$-antagonister har generellt sett liten plats i behandlingen i livets slutskede, bl a på grund av biverkningar som förstoppning.

Betametason kan ges vid diffust illamående i livets slutskede när förstahandspreparaten är otillräckliga. Betametason kan också öka aptiten, minska smärta och ha allmänt uppiggande effekt [9].

Butylskopolamin, glykopyrron och skopolamin har spasmolytisk effekt på den glatta muskulaturen i magtarmkanalen och utövar en kompetitiv antimuskarinerg effekt i bl a kräkcentrum [10].

Antihistaminer hämmar signaler till kräkcentrum från innerörat, vilka kan utlösa illamående. Meklozin kan prövas vid både rörelseutlöst och opioidutlöst illamående.

Bensodiazepiner kan ha en plats i behandlingen om ångest utlöser eller förstärker illamåendet. Förslag på läkemedel är oxazepam eller i andra hand lorazepam, som har direkt antiemetisk effekt förutom att verka ångestdämpande [8]. Lorazepam är dock mer sederande än oxazepam.

ORO OCH ÅNGEST

Oro, ångest och depression är vanligt men underdiagnostiserat inom den palliativa vården, och det är en stor spridning på prevalenssiffrorna. En retrospektiv studie från USA gjord på patienter med avancerad cancer i kontakt med en palliativ vårdenhet visade att 44 procent av patienterna besvärades av ångest. De fann även att patienter med ångest hade somatiska symtom i större utsträckning [11].

Det är naturligt att känna oro inför den annalkande döden, och det är då viktigt att försöka skilja mellan denna oro och reell ångest. Förutom den farmakologiska behandlingen är det värt att påpeka att det i många fall går att lindra »vanlig« oro genom icke-farmakologiska åtgärder såsom samtal, lagom med information till patient och anhöriga samt närvaro av en kär anhörig.

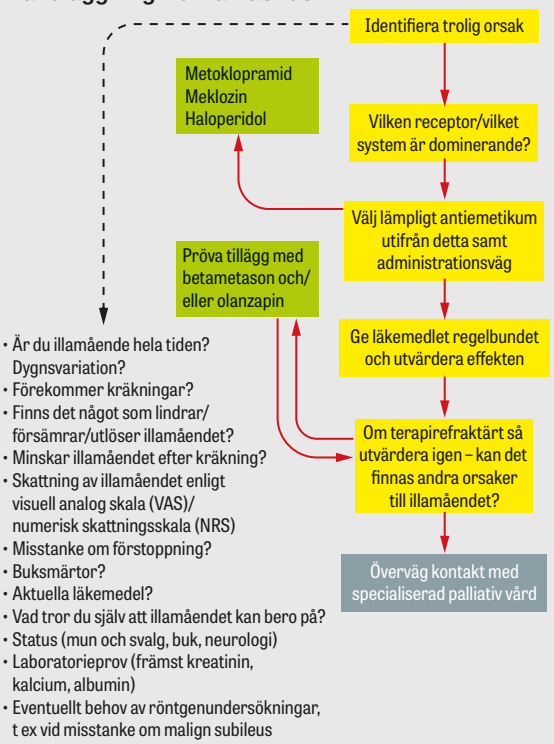
Om det snarare rör sig om ångest som skapar lidande för patienten, bör denna behandlas även farmakologiskt med anxiolytika; rekommendationerna skiljer sig inte från dem som ges till andra patientgrupper [12]. Vid parenteral behandling rekommenderas midazolam framför diazepam på grund av fördelar med kortare halveringstid, att det kan ges subkutant och att det har färre aktiva metaboliter med mindre ackumulationsrisk än diazepam.

Ångest kan även vara uttryck för smärta, ha andra somatiska orsaker eller ingå som del i depression.

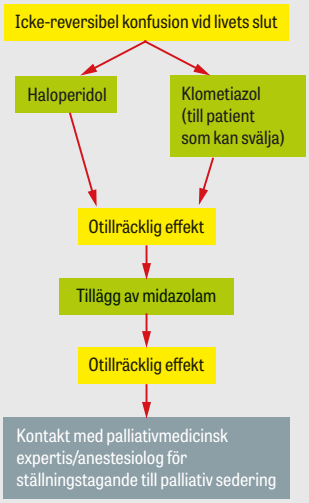
KONFUSION

Upp till så mycket som 80 procent av patienter med cancersjukdom är konfusoriska under de sista dagarna eller timmarna i livet. Hos andra patientgrupper i livets slutskede är siffran ca 40 procent [13]. Lindrig

Handläggning vid illamående



Läkemedelsbehandling vid icke-reversibel konfusion



ORGANISKA ORSAKER TILL KONFUSION

- Smärta
- Urinretention
- Feber/infektion
- Illamående
- Andnöd
- Hjärtsvikt
- Förstoppning
- Obekväm säng/ovan miljö
- Elektrolytrubbningar
- Läkemedel
- Infektion

»Konfusion är ett komplext tillstånd som ofta kan missas eller feltolkas.«

konfusion i livets slutskede behöver inte orsaka lidande hos patienten och ska då inte heller behandlas. Hyperaktiv konfusion med motorisk oro och agitation är däremot mycket påfrestande och ska ses som ett akutmedicinskt tillstånd.

Konfusion är ett komplext tillstånd som ofta kan missas eller feltolkas. Det finns många orsaker och därmed många tänkbara etiologiska behandlingar. Bland de viktigaste orsakerna och de som kan vara föremål för relativt enkla åtgärder hos en patient i slutskedet bör nämnas hyperkalcemi, urinstämma, infektion, utsättning av läkemedel och opioidrotation (byte från en opioid och/eller administrationsmetod till en annan för att uppnå bättre smärtlindrande effekt).

Om adekvata omvårdnadsåtgärder är vidtagna och patienten befinner sig i palliativt skede men inte i livets absoluta slut, bör orsaksinriktad behandling ges. Vid livets slutskede bör behandlingen i stället vara symtomlindrande; ett lämpligt läkemedel är haloperidol.

Balansgången mellan god symtomlindring och acceptabel sederingsnivå är svår. För patient och anhöriga är det av största vikt att känna att möjligheten till att föra samtal och säga farväl inte berövas dem.

SMÄRTA

Nästan två tredjedelar av alla patienter med avancerad cancersjukdom lider av smärta, och det är därför viktigt att kunna göra en smärtanalys med anamnes och status och behärska grundläggande principer för farmakologisk smärtlindring [14]. Fokus här ligger dock endast på praktiska aspekter kring smärtlindring till den döende patienten. Det finns ett flertal olika smärtskattningsverktyg, t ex Abbey Pain Scale, som kan användas för att utvärdera smärta och effekt av insatta åtgärder hos patienter som inte kan uttrycka sig verbalt.

Det är viktigt att rent symtomlindrande farmakologisk behandling fortsätter i livets slutskede, och eftersom många patienter får svårt att ta tabletter behöver det finnas alternativa administrationsvägar. Om patienten får stark opioid kan ofta peroralt paracetamol sättas ut. Vid svår inflammatorisk smärta i livets slutskede kan parecoxib eller ketorolak ges subkutant eller intravenöst.

Vid pågående peroral opioidbehandling behöver byte till parenteral administration ske när patienten inte längre kan ta tabletter. I den specialiserade palliativa vården finns stor erfarenhet av att använda subkutan smärtpump, men om det inte finns tillgång till sådan kan opioid ges subkutant var fjärde timme via en kvarliggande subkutan nål.

Vid större opioiddoser kan det vara lämpligt att konvertera till hydromorfon, som är ca 5 gånger mer potent än parenteralt morfin, vilket leder till minskad volym av administrerat läkemedel. Fentanylplåster kan övervägas vid stabilt opioidbehov och svårigheter att ta tabletter. I livets slutskede är det dock inte ovanligt med övergång till eller komplettering med subkutan opioidbehandling, eftersom kakexi, hypoalbuminemi och torr hud leder till försämrad effekt av transdermal behandling [15].

UTSÄTTNING AV LÄKEMEDEL

I den sena palliativa fasen är det särskilt viktigt att

UTSÄTTNING AV LÄKEMEDEL

SPECIELLA ÖVERVÄGANDEN

- Antiepileptikabehandling fortgår så länge som möjligt hos patienter som besvärats av kramper på grund av hjärntumörer/hjärnmetastaser eller andra orsaker. I livets absoluta slutskede är kontinuerlig behandling med lågdos midazolam subkutant ett alternativ.
- Perorala diabetesläkemedel sätts ut när patienten inte längre tar tabletter (eller tidigare). Målvärdet för P-glukos är då 10–15 mmol/l, och det viktigaste är att undvika hypoglykemi. Insulinbehandling kan ofta avslutas när patienten slutar äta, och P-glukos mäts bara om patienten får symtom.
- Steroider kan oftast sättas ut när patienten inte längre kan svälja tabletter. Daglig engångsdos med betametason intravenöst bör dock övervägas vid symtomgivande hjärntumör/hjärnmetastaser, medullakompression samt vid Stokes krage och illamående.

»Balansgången mellan god symtomlindring och acceptabel sederingsnivå är svår.«

PATIENTFALL

Fall 1. Andnöd. En 67-årig kvinna med avancerad KOL kom från hemmet till akutmottagningen på grund av andnöd, feber och sänkt medvetande. Hon bedömdes vara nära livets slut, var orkeslös och avmagrad. Pneumoni misstänktes, och hon lades in på akutmedicinsk avdelning.

Ringer-acetat på 1 000 ml, 4 l syrgas/minut på grimma och antibiotika ordinerades. Anhöriga ringdes in.

Efter 2 dygn började patienten få perifera pittingödem och blev allt rossligare i sin andning. Efter samtal med anhöriga avvecklades droppbehandling och antibiotika. Patienten hade inte kunnat tillgodogöra sig något alls per os, varvid de perorala läkemedlen hade satts ut per automatik.

Efter det att droppet avvecklats minskade rosslingarna men försvann inte helt, och detta var påfrestande för de anhöriga att lyssna till. Hon ordinerades glykopyrron, furosemid, midazolam och metoklopramid subkutant vid behov. Injektion morfin 5 mg gavs subkutant var fjärde timme för att lindra andfåddheten, och syrgasbehandlingen avslutades.

Efter ytterligare 3 dygn avled patienten lugnt och stilla i närvaro av anhöriga.

Fall 2. Intraktabel smärta (exempel på lämpligt fall för remiss till specialiserad palliativ vård). En 73-årig kvinna med spridd ovarialcancer hade vårdats länge i hemmet med stöd av den allmänna hemsjukvården. Hennes största problem var kraftiga smärtor från buken av både molande och huggande karaktär trots fentanylplåster på 300 µg/timme, COX-hämmare i fulldos och amitriptylin samt ökande doser av vidbehovsopioid.

Slutligen remitterades hon till specialiserad palliativ slutenvårdsavdelning, där opioidrotation gjordes till morfin som administrerades via subkutan läkemedelspump. På grund av inslag av neuropatisk smärta lades metadon till i smärtpumpen.

När patienten inte längre kunde svälja ordinerades ketorolak i injektionsform. God symtomlindring uppnåddes.

Fall 3. Oro. En 85-årig man med spridd prostatacancer vårdades i hemmet med stöd av ett team från den specialiserade hemsjukvården. Trots regelbundna subkutana injektioner med morfin och midazolam var patienten fortsatt orolig.

En sjuksköterska uppmärksammade att patienten inte hade kissat och att buken kändes utspänd nedtill. En blåsskanning visade på några hundra ml urin i blåsan. KAD sattes, och patienten blev märkbart lugnare och behövde inte längre några anxiolytika.

REMISS

Remiss till/kontakt med konsult inom specialiserad palliativ vård rekommenderas vid

- svårbehandlad smärta, illamående, ångest, konfusion eller andra symtom hos patient i palliativt sjukdomsskede; ett exempel är malignt inoperabelt subileus-/ileustillstånd
- behov av specialiserade palliativa insatser utöver rent farmakologisk behandling, t ex vid komplicerad psykosocial eller existentiell problematik.

KONSENSUS

De flesta är överens om att

- de vanligaste symtomen som kan förekomma hos den döende patienten oavsett diagnos är smärta, andnöd, rosslingar, oro/ångest, konfusion och illamående
- dessa symtom ofta går att lindra på ett bra sätt med hjälp av läkemedel.

Åsikterna går isär om

- nyttan av antibiotikabehandling i livets slutskede.

utvärdera vilken nytta läkemedlet gör för patienten och om det finns risker för oönskade biverkningar och interaktioner med andra läkemedel. Det är angeläget att eftersträva så få läkemedel som möjligt, särskilt när patienten börjar närma sig eller befinner sig i döendefasen. God vägledning finns i boken »FAS UT 3« [16].

Under livets absoluta slutskede klarar patienten inte längre att ta perorala läkemedel, vilket blir en »naturlig« väg att sätta ut behandlingen. Det är då angeläget att sätta in parenterala beredningsformer av analgetika, antiemetika, anxiolytika och andra rent symtomlindrande läkemedel.

DROPP OCH TOTAL PARENTERAL NUTRITION

Det är ofta svårt för anhöriga att acceptera att kroppen inte längre kan ta emot vätska och näring, eftersom det är djupt rotat i oss att äta för att leva och vara friska. Det är av pedagogiskt värde att förklara att dropp i detta skede snarare kan leda till att patienten mår sämre med ökad andfåddhet [17], vätskeretention och vätskeutträde i form av pleuravätska, ascites, ökad luftvägssekretion och perifera ödem. »Man dör inte för att man slutar äta och dricka, utan man slutar äta och dricka för att man är döende.«

Döende patienter lider ofta av muntorrhet. Detta lindras inte av parenteral vätskebehandling utan genom god munvård. Parenteral nutrition har ingen plats i livets slutskede.

ANTIBIOTIKA

För den döende patienten skiftar fokus och syfte med antiinfektiös behandling från att vara kurativt syftande till att eventuellt ha en plats som symtomlindring. De vanligaste infektionerna drabbar urin- och luftvägar [18, 19]. Det är en utmaning att hos den palliativa patienten avgöra om förekomst av feber, CRP- och LPK-stegring beror på infektion, tumörsjukdom eller andra orsaker.

Enligt en studie sågs ingen skillnad i överlevnad hos cancerpatienter under de 4 sista veckorna i livet beroende på om de hade infektion eller inte eller om de fick antibiotika eller inte [18]. Evidens finns för att antibiotika verkar symtomlindrande hos patienter med urinvägsinfektion, medan evidensen är mer sparsam för andra infektioner [18, 20].

Sammanfattningsvis kan man ofta med relativt enkla medel erbjuda en god symtomlindring i livets slutskede. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Staffan Lundström har sedan början av 2000-talet 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. 2017;114:D6P6

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. 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(11):58-69.
3. Abernethy AP. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. BMJ. 2003;327(7414):523-8.
4. Vargas-Bermúdez A, Cardenal F, Porta-Sales J. Opioids for the management of dyspnea in cancer patients: evidence of the last 15 years - a systematic review. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2015;(29)4:341-52.
5. Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, et al. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: A systematic review. J Pain Symptom Manage. 2014;47(1):105-22.
8. Strang P, Jakobsson M. Illamående och kräkningar. I: Strang P, Beck-Friis B, redaktörer. Palliativ medicin och vård. Stockholm: Liber; 2012. p. 252-9.
10. Mannix K. Palliation of nausea and vomiting in malignancy. Clin Med. 2006;6(2):144-7.
11. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer. 2008;17(5):573-9.
16. Lundgren C. FAS UT 3: att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling. Umeå: In Question AB; 2010.
17. 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. 2013;5(2):160-8.
18. Reinbolt RE, Shenk AM, White PH, et al. Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. J Pain Symptom Manage. 2005;30(2):175-82.

MEDICINENS ABC

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

● Ta kontakt med Jan Östergren (jan.ostergren@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

NU ÄR NYA FYSS HÄR!

Ett oumbärligt verktyg för alla som förskriver fysisk aktivitet på recept.

Beställ ditt exemplar i dag!

Om FYSS 2017

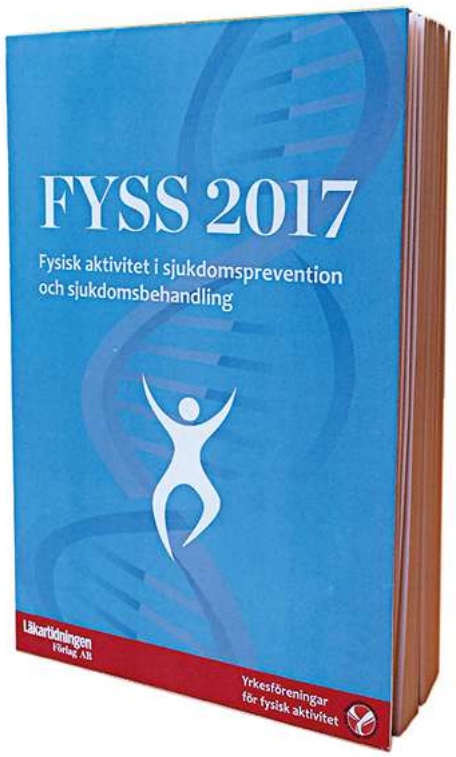
FYSS är en evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla en mängd olika sjukdomstillstånd. Boken riktar sig i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal som ett beslutsstöd vid rådgivning om fysisk aktivitet.
Boken vänder sig också till alla andra som arbetar med att främja fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling och kan med fördel användas som kurslitteratur. Boken är indelad i en allmän del och en diagnosspecifik del.

Del 1 behandlar bland annat:

- Begrepp och definitioner, bedömning och utvärdering av fysisk aktivitet samt metoder för individanpassning
- Biologiska effekter av fysisk aktivitet samt fysisk aktivitet som prevention
- Rekommendationer om fysisk aktivitet för olika grupper (vuxna, barn och ungdomar, äldre, gravida, personer med medfödda hjärtfel samt personer med fysiska eller intellektuella funktionsnedsättningar)
- Fysisk aktivitet vid infektioner, stress, sömnbesvär, muskuloskeletala besvär samt besvär under klimakteriet.

Del 2 ger en evidensbaserad och detaljerad rekommendation om fysisk aktivitet vid 34 olika diagnoser inom ämnesområdena:

- Kardiovaskulära och pulmonella sjukdomar
- Metabola/endokrina sjukdomar
- Neurologiska sjukdomar
- Rörelseapparatens sjukdomar
- Inflammatoriska sjukdomar
- Psykiatriska sjukdomar och beroendetillstånd
- Långvariga utbredda smärttillstånd
- Cancer
- Kronisk njursjukdom, polycystiskt ovariesyndrom och psoriasis.



FYSS 2017 ges ut av Läkartidningen Förlag på uppdrag av YFA, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, och finns att beställa på Läkartidningen.se/bocker. Boken är cirka 650 sidor och kostar 290 kr + moms. Frakt tillkommer.

Läkartidningen Förlag AB

Beställ Läkartidningens kunskapsböcker

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

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

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

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

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



Läkartidningen Förlag AB

Klipp ut och posta!

JA TACK, JAG VILL GÄRNA BESTÄLLA LÄKARTIDNINGENS MEDICINSKA KUNSKAPSBÖCKER.

ANTAL		
☐	**FÖRMAKSFLIMMER**	220 kr
☐	**DIABETES TYP 2**	195 kr
☐	**VERKTYG FÖR KLINISK FORSKNING**	230 kr
☐	**ÅNGESTSJUKDOMAR**	230 kr
☐	**YRSEL**	245 kr

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORTPAYÉ

Namn

Fakturaadress

Postadress

Leveransadress

E-mailadress

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

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Kortikosteroider i enstaka led kan ge psykiska biverkningar

Finns det risk för mani i samband med lokalbehandling med kortison i leder?

Karolina Nowinski, Staffan Rosenborg; båda Karolic (Stockholm);
november 2014
Drugline nr: 24640

En kvinna i 50-årsåldern med reumatoid artrit och litiumbehandlad bipolär sjukdom drabbades tre veckor efter injektion med triamcinolonhexacetonid (Lederspan) 20 mg i fotleden av en manisk episod för första gången på 15 år. Vet man något om risker för mani vid lokalbehandling med kortison? Patienten har ett svullet knä och behöver en ny kortisoninjektion men är orolig för mani.

▶ Triamcinolonhexacetonid (Lederspan) är ett derivat av prednisolon och är den minst lösliga kortikosteroiden för intraartikulärt bruk [1, 2]. Detta resulterar i en långsam elimination från injektionsstället och lång effektduration på ungefär 3 veckor [1, 2]. Triamcinolon absorberas fullständigt från injektionsstället under en tidsperiod på 2–3 veckor och kan detekteras i plasma i mer än 2 veckor [3, 4].

Neuropsykiatriska symtom (definierat som bland annat depression, mani, agitation, humörsvängning, oro, insomni, katatoni, depersonalisation, delirium, demens och psykos) kan inträffa under kortikosteroidbehandling oavsett administrationssätt, till exempel vid enstaka injektioner i leder [5]. Incidensen av neuropsykiatriska symtom av steroider har varierat stort – mellan 2 och 60 procent – i olika studier, vilket avspeglar bland annat de olika definitioner av psykiska symtom och doser som använts [5].

I en fallbeskrivning från Boston, USA, rapporteras om två patienter som utvecklat mani efter en enstaka injektion av triamcinolon i plexus coeliacus [6]. Den ena patienten hade tidigare fått maniska episoder efter dels en peroral kortisonkur, dels en kortisoninjektion i axelleden. En tredje manisk episod inträffade 25 timmar efter en injektion av triamcinolon i plexus coeliacus. Den andra patienten hade också en historik med två tidigare maniska episoder efter kortisonbehandling och fick sin tredje kortisonutlösta maniska episod 3–4 dagar efter injektion av triamcinolon i plexus coeliacus.

I en fallrapport från Storbritannien beskrivs en patient som utvecklade paranoida vanföreställningar och hallucinationer 36 timmar efter en intraartikulär injektion av metylprednisolon i höftleden [7]. I en amerikansk fallrapport beskrivs utveckling av hallucinationer dagen efter injektion av metylprednisolon i båda knälederna [8].

Man har länge känt till risken för psykos vid steroidbehandling [9]. Det finns också rapporter om att kortisonbehandling skulle ha triggat igång en bipolär sjukdom [10]. Man har sett att maniska symtom kan komma dels tidigt (ca 4 dagar), dels sent (ca 3 veckor) efter insatt behandling [10], även om de flesta reaktioner kommer inom dagar [5]. En genomgång av de 14 individer som drabbats av steroidinducerade psykiska symtom vid University of Iowa Hospital under åren 1976–1981 visade att majoriteten av patienterna (57 procent) utvecklade symtom inom de två första veckorna efter insatt behandling, men att tiden från påbörjad behandling till symtom varierade stort (1–54 dagar) [9].

Det är väl känt att risken för neuropsykiatriska symtom ökar med ökad kortisondos [5, 9, 11-13]. Till skillnad från äldre metaanalyser [11] visar relativt nya studier att risken att utveckla neuropsykiatriska symtom under kortisonbehandling också ökar om man tidigare drabbats av sådana symtom [13].

I en brittisk kohortstudie analyserades de neuropsykiatriska symtom som hade rapporterats hos de cirka 373 000 vuxna patienter som hade fått 787 000 behandlingsomgångar av orala glukokortikoider utskrivna i primärvården mellan 1990 och 2008 [13]. Neuropsykiatriska symtom i denna studie definerades som självmord, självmordsförsök, depression, mani, delirium, konfusion, desorientation och panikångest. Patienterna jämfördes med en kohort som inte fått glukokortikoider utskrivna och data korrigerades för ålder, kön och tidigare neuropsykiatrisk sjukdom. Behandling med orala glukokortikoider var till exempel associerad med ökad risk för mani (hazardkvot 5,66; 95 procents konfidensintervall [KI] 5,09–6,60), ökad risk för delirium/konfusion/desorientation (hazardkvot 6,35; 95 procents KI 5,92–6,81) och ökad risk för depression (hazardkvot 2,60; 95 procents KI 2,49–2,70).

> **»Det finns också rapporter om att kortisonbehandling skulle ha triggat igång en bipolär sjukdom …«**

Riskfaktorer för neuropsykiatriska symtom vid kortisonbehandling var hög dos av kortikosteroid samt tidigare neuropsykiatrisk sjukdom.

Sammanfattningsvis ökar risken för psykiska biverkningar vid behandling med kortikosteroider vid psykisk sjukdom eller tidigare psykisk reaktion vid kortikosteroidbehandling. ○

Läs mer!
Referenslista finns på Läkartidningen.se

LÄKEMEDELSFRÅGAN

Under vinjetten »Läkemedelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läkemedelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läkemedelskommittéer när medicinska läkemedelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska universitetssjukhuset av docent Mia von Euler och informationsfarmaceut Marine Andersson, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentobundna, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på http://www.lic.nu. Drugline finns numera som öppen databas på adressen http://www.drugline.se. Frågor och svar publiceras där i sin helhet.

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



□□□ Fullmäktige är Läkarförbundets högsta beslutande organ som träffas en gång per år. I år arrangeras fullmäktigemötet (FUM) i Stockholm den 30–31 maj.

Snart samlas Läkarförbundets högsta beslutande organ

FÖRBUNDETS 28 lokala läkarföreningar, 8 yrkesföreningar och Sveriges läkarförbund Student utser cirka 140 delegater som ska representera dem vid fullmäktige. Delegaterna får en fullmakt av föreningarna att representera dem, därav namnet fullmäktige.

Fullmäktige kan jämföras med ett årsmöte i en förening, en kongress för ett politiskt parti eller en stämma för ett aktiebolag.

Under mötesförhandlingarna diskuterar delegaterna förbundets verksamhet och inriktningar. Via utskott diskuteras de motioner och propositioner som inkommit till fullmäktige. De flesta motioner skrivs av delföreningar men alla medlemmar har rätt att lämna in motioner.

Fullmäktige fastställer verksamhetsplan, budget och medlemsavgifter samt väljer valberedning, revisorer och styrelse.

Skulle du vara intresserad av att sitta i Läkarförbundets styrelse? Vi ställde några frågor till Kristina Jennische i förbundets valberedning om vad som gäller.

Vad innebär uppdraget som ledamot i förbundsstyrelsen?
Som förbundsstyrelseledamot måste man räkna med att avsätta cirka 40 arbetsdagar per år för sammanträden med styrelsen, representantskap, delegationer och arbetsgrupper. För vissa ledamöter kan det bli fråga om en större arbetsinsats. Sammanträdena är i de flesta fall förlagda till Stockholm.

Vilken är styrelsens uppgift?
Styrelsens uppgift är att verka i medlemmarnas och professionens intressen. Styrelsens uppdrag utgår från de beslut för som fattas av delegaterna på Läkarförbundets fullmäktigemöte.

Hur arbetar styrelsen för att tillvarata medlemmarnas intressen?
Detta sker dels genom det kärnfackliga uppdraget som är att vara förhandlingspart gentemot arbetsgivarorganisationerna, men också genom att i egenskap av professionsorganisation driva ett brett politiskt påverkansarbete för bättre sjukvård, arbetsmiljö, utbildnings- och forskningsvillkor etcetera.

Sista nomineringsdag till styrelsen är den 30 mars, men nominera gärna tidigare.

// Kristina Jennische i Läkarförbundets valberedning

Vilken profil, eller vilken kompetens, söker ni till styrelsen för den kommande verksamhetsperioden?
Det fackliga uppdraget är brett och varierat, många olika kompetenser behövs. Det viktiga är att de som är intresserade och motiverade till centralfackligt engagemang blir nominerade så att vi utifrån det kan sätta samman en så bra styrelse som möjligt. Valberedningen strävar efter en styrelse med en lämplig sammansättning, med hänsyn taget till exempelvis kön, ålder, geografisk tillhörighet och utlandserfarenhet. Utöver detta har valberedningen ett antal urvalskriterier som ligger till grund för hur vi väljer ut de personer som vi föreslår att fullmäktige ska välja till styrelsen. Dessa kriterier har skickats ut till alla delföreningar.

Hur nominerar man till FS?
Sista nomineringsdag är den 30 mars, men nominera gärna tidigare. Hör av dig till din lokalförening eller yrkesförening för mer information om hur processen går till och hur du skickar in ditt fackliga CV. Du kan även kontakta valberedning@slf.se. Välkommen med din nominering!

Läkarförbundet lanserar webbplatsen Trygg vård

www.tryggvard.se kommer att vara navet i Läkarförbundets kommunikation under avtalsrörelsen. Namnet Trygg vård kommer från att vårdens personal måste ges rätt förutsättningar för att vården ska vara patientsäker.



LÄKARFÖRBUNDETS medlemmar vittnar dagligen om ett allt högre arbetstempo, dålig bemanning och rädsla för sämre patientsäkerhet. När trycket på vårdens personal blir för hårt ökar risken för misstag och patientsäkerheten äventyras.

Det finns på så sätt ett tydligt samband mellan arbetsvillkor och vårdkvalitet, och läkares arbetsförhållanden kan därmed sägas vara direkt livsavgörande. Den pågående avtalsrörelsen handlar därför i slutänden om patientsäkerhet.

En trygg vård skapas genom goda och flexibla arbetsvillkor – som anpassas efter var och ens individuella förutsättningar.

Genom webbplatsen www.tryggvard.se vill vi genom porträtt, intervjuer och krönikor synliggöra Sveriges läkare. Vi vill öka förståelsen för våra medlemmars arbetsinsats, arbetsvillkor och vad det innebär att vara läkare idag.

Skulle du vilja göra din röst hörd eller dela med dig av din berättelse? Kontakta då erik.kjellin@slf.se.

Om du vill hjälpa till att sprida materialet på sidan i digitala medier får du gärna använda hashtaggen **#vitaransvar**.

➳ www.tryggvard.se



Välkommen till vårens Starta eget-kurs!

Läkarförbundet arrangerar en kurs för dig som funderar på att starta eget eller kanske precis har startat egen verksamhet. Under en hel dag får du information och råd om juridik, försäkringar och ekonomi.

Kursen tar upp vad som gäller om man arbetar som hyr- och konsultläkare, exempelvis via bemanningsföretag, men också hur det fungerar att driva egen läkarmottagning, både inom offentlig och privat finansierad vård såsom vårdavtal, vårdval och den nationella taxan.

Tid: Tisdag 28 mars 2017 kl 9–17

Plats: Scandic Rubinen, Kungsportsavenyn 24, Göteborg

Program: Anmäl dig och ställ frågor till Helena Törnkvist, helena.tornkvist@slf.se eller 08-790 33 60. Ange kontaktuppgifter, personnummer och eventuella kostönskemål/allergier. Sista anmälningsdag är fredagen den 10 mars. Kursen är kostnadsfri för medlemmar i Läkarförbundet, men om du uteblir utan att avanmäla dig senast den 14 mars debiteras 1 000 kronor. Resa och uppehälle sker på egen bekostnad. Begränsat antal platser.

➳ www.lakarforbundet.se/Kalendarium/Starta-eget-kurs

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-läkare Akutkliniken, Region Östergötland, Norrköping	31/3	03-04
Överläkare akutklin, Lindesbergs lasarett, Lindesberg		06
ALLMÄNMEDICIN		
Allmänläkare, Optimuskliniken i Upplands-Väsby, Stockholm		03-04
Distriktsläkare (2 st) VC Åseda, Landstinget Kronoberg, Åseda	20/2	03-04
Leg läkare/ST-läkare, Väsby Läkargrupp, Upplands Väsby, Stockholm		03-04
Spec-läkare i allmänmedicin, Capio Citykliniken , Helsingborg		05
Spec-läkare i allmänmedicin, Capio Vårdcentral Lina Hage, Södertälje		03-04
Spec-läkare Nötkärnan Familjeläkare & BVC, Kållered		03-04
Spec-läkare till primärvården Vårdcentralen Ekensberg, Nyköping		05
Spec-läkare vårdcentralen Rottne, Region Kronoberg, Rottne	12/2	03-04
Spec-läkare, Husläkarmottagningen Sibyllekliniken, Stockholm		03-04
Spec-läkare, Närhälsan, Melleruds vårdcentral	28/2	06
Spec-läkare, VC Rydebäck, Skånevård Sund, Rydebäck		03-04
Verksamhetschef (spec allmänmedicin) Rudans VC, Handen/Sthlm		05
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Anestesi/Överläkare/Spec-läk, Kullbergska sjukhuset, Katrineholm		05
Överläkare, medicinskt ledningsansvar, m intr för dagkirurgi, Gävle	7/3	06
AT-TJÄNSTER		
AT, Sundsvall-Härnösand, Sollefteå, Örnsköldsvik	8/3	05
AT NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	15/3	06
AT Region Gotland	12/3	05
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare (alt anestesiologi el palliativ vård) Lilla Erstagården, Sthlm	28/2	03-04
Barnläkare, -neurolog, -psykiater, Habilitering & Hälsa, Borås	20/2	06
Underläkare, Barn- & ungd avd, Skånevård Kryh, Kristianstad		06
Överläk/Spec-läk, Barn- & ungd avd, Skånevård Kryh, Kristianstad		06
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING		
Barnläkare, -neurolog, -psykiater, Habilitering & Hälsa, Borås	20/2	06
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI		
Barnläkare, -neurolog, -psykiater, Habilitering & Hälsa, Borås	20/2	06
Overlege, Helgelandssykehuset Mosjøen, Norge	26/2	06
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering i allmänmedicin, Östermalm, Stockholm	29/3	05
Ersättningsetablering, Allmänpsykiatri, Enskede-Årsta-Vantör, Sthlm	23/3	06
Läkare m egen etablering sökes, Slottsbergskliniken, Västra Frölunda		03-04
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD		
Spec-läkare Trollhättans Stad, Trollhättan		06
GERIATRIK		
Spec-läkare/Överläkare Geriatriska kliniken, Karolinska, Stockholm	26/2	05
Överläk/BÖL/Spec-läk VE Minnessjd, Skånes univ sjukvård, Malmö		05
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
ST-läkare/Leg underläkare, Hudklin, Skånevård Kryh, Kristianstad		03-04
Spec-läkare, Hudläkare i Täby		06
HÖRSEL- OCH BALANSRUBBNING		
Överläkare (spec ÖNH + hörsel o balansrubbning) Audiologiska klin, Habilitering och hjälpmedel, Örebro		03-04
INTERNMEDICIN		
Läkare alt specialist, Aleris Specialistvård, Bollnäs		03-04
Spec-läkare allmän internmed, Västerbottens läns landsting, Umeå		05
Spec-läkare/BÖL, Njurmedicinska klin, Danderyds sjh, Stockholm		06
Spec-läkare/överläkare MAVA, Skaraborgs Sjukhus, Skövde	18/2	03-04
KARDIOLOGI		
Spec-läkare Medisinsk avd. Ringerike sykehus, Hønefoss Norge	10/2	03-04
Överläk/Spec-läk, utveckling av kardiologin i Jönköpings län, Eksjö, Jönköping, Värnamo	28/2	03-04
KIRURGI		
Divisionschef Skånevård Kryh, Kristianstad		05
Spec-läkare Övre magtarmsektion, Södersjukhuset, Stockholm	12/2	05
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Spec-läkare gastrointestinal-, lever- och pankreaspatologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala	27/2	05
Spec-läk gynekologisk/urologisk patologi. Akademiska sjh, Uppsala	27/2	05
Spec-läkare/Överläkare Karolinska Universitets sjh, Stockholm	24/2	05
Överläkare, Avd patologi och cytologi, Sundsvall		06
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Advanced Life Support Provider Course, Linköping, Norrköping och Jönköping	15/2	03-04
Europeiska traumakursen ETC, Norrköping		03-04
Glesbygdsmedicinsk konferens 10 – 11 maj, Härnösand		06
NEONATOLOGI		
Neontatolog eller ST-läkare Neonatologi, LUS Norrlands Univ sjh, Umeå		03-04
NEUROLOGI		
Läkarchef neurologi- och rehab.medicin, Skaraborgs Sjh, Skövde	18/2	03-04
Överläkare Strokeenheten, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås	8/2	03-04
Överläkare/spec-läkare Rehab Station, Stockholm		03-04
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Gynekolog Lasarettet , Enköping	19/2	05

Spec-läkare, Ålands hälso- och sjukvård, Åland		03-04
Spec-läkare Qvinnolivet (Praktikertjänst), Kungsbacka	22/2	05
Överläkare, Kvinnosjukvården, Sollefteå		06
Överläkare, Kvinnosjukvården, Sundsvall		06
Överläkare, Kvinnosjukvården, Örnsköldsvik		06
Överläkare/ Spec-läkare inom Obtetrik, Uppsala		03-04
ONKOLOGI		
Regionala specialist-/överläkartjänster, Sahlgrenska Univ sjh, Gbg	22/2	05
ORTOPEDI		
Spec-läkare Centrum för avancerad rekonstruktion av extremiteter, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	9/2	03-04
PSYKIATRI		
Overlæger, 2 st, Psykiatrisygehuset i Slagelse, Sjælland	12/2	05
Overlege – DPS Elverum-Hamar	26/2	06
Psykiatriker Rent-A-Doctor		05
Spec-läk/Överläk, Neuropsykiatrikst team, Psykiatri Affektiva, Västra Frölunda	1/3	06
Spec-läkare (2 st) Psykiatriska kliniken, Norrlands univ sjh, Umeå		03-04
Spec-läkare (ny äldrepsykiatrimott) NU-sjukvården, Uddevalla sjh	24/2	05
Spec-läkare och leg läkare, hel- el deltid. Solstenen i Skåne		06
Spec-läkare och Överläk/spec-läkare, Vuxenpsykiatri Söder, Kalmar		06
Spec-läkare, Allmänpsykiatrisk ÖV, Skånevård Sund, Eslöv		03-04
Underläkare Capio Psykiatri, Norrköping, Linköping		06
Överläkare BUP Södertälje (SLL), Södertälje		06
Överläkare till Beroenderådgivningsteam, TioHundra, Norrtälje		05
Överläkare/spec-läkare, Psykiatriska akutmottagningen, Norra Stockholms psykiatri		06
RADIOLOGI		
Röntgenläkare, Direct Diagnostic Alliance, Sverige		03-04
Spec-läkare Röntgenkliniken, Thoraxsektionen, Univ sjh, Örebro	12/2	03-04
Spec-läkare Röntgen, mammografisektion, Univ sjh, Örebro	14/2	05
REHABILITERINGSMEDICIN		
Läkarchef neurologi- och rehabmedicin, Skaraborgs Sjukhus, Skövde	18/2	03-04
REUMATOLOGI		
Överläkare/ Spec-läkare Reumatologen, Medicinkliniken Länssjukhuset Ryhov, Jönköping		03-04
SKOLHÄLSOVÅRD		
Skolläkare, kunskapsförvaltningen, Karlskrona		06
SMÄRTLINDRING		
Smärtläkare, NU-sjukvården An/Op/IVA , Trollhättan och Uddevalla	8/3	06
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Anslag "nervsjukdom mindre bemedlade", L J Boethiüs stiftelse	21/3	03-04
Bidrag rörande neurol sjd, Linnéa o Josef Carlssons stiftelse	31/3	06
Forskningsbidrag, Hjärnfonden	2/3	06
Resestipendier till svenska ögonforskare, Karin Sandqvists stiftelse	1/4	05
Stora forskningsanslaget 2017 Hjärt-Lungfonden	15/2	03-04

ST-TJÄNSTER		
Leg läkare/ST-läkare, Väsby Läkargrupp, Upplands Väsby, Stockholm		03-04
Neontatolog eller ST-läk i Neonatologi, LUS Norrlands Univ sjh, Umeå		03-04
Spec-läkare/ST-läkare Ögonkliniken, Länssjukhuset , Kalmar		03-04
ST-läkare (krävs spec. komptens ÖNH) Audiologiska klin. Habilitering och hjälpmedel, Örebro		03-04
ST-läkare i Njurmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Gbg	20/2	05
ST-läkare i onkologi, Onkologkliniken, Sundsvall		06
ST-läkare VE Minnessjukdomar, Skånes universitetssjukvård, Malmö		05
ST-läkare, endokrinologi & diabetologi, Akademiska sjh, Uppsala		03-04
ST-läkare, oftalmologi, NU-sjukvården, Ögonkliniken, Uddevalla	20/2	06
ST-läkare, ögonsjukvård, Sahlgrenska univ sjukhuset	1/3	06
ST-läkare/Leg underläk, Hudkliniken, Skånevård Kryh, Kristianstad		03-04
SÄLJES / KÖPES / UTHYRES		
Canon ögonbottenkamera inkl dator och höj- & sänkbart bord säljes		03-04
Laser-IPL från MikronMed säljes, Arvika		03-04
UROLOGI		
Professor (förenad befattning spec-läk) Uppsala Universitet	20/2	03-04
VIKARIAT		
Underläkare med möjlighet till ST-block, Klinisk farmakologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	8/2	03-04
ÖGONSJUKDOMAR		
Spec-läk Ögonsjukvården, sektion Medicin, Sahlgrenska Univ sjh, Gbg	17/2	03-04
Spec-läkare, NU-sjukvården, Ögonkliniken, Uddevalla	20/2	06
Spec-läkare/ST-läkare Ögonkliniken, Länssjukhuset , Kalmar		03-04
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR		
Överläkare (spec-kompetens ÖNH + hörsel o balansrubbning), Audiologiska klin. Habilitering och hjälpmedel, Örebro		03-04
Överläkare/Spec-läkare, ÖNH-kliniken , Ljungby		05
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Det naturliga förstahandsvalet för läkare		05
Direktør (med lægefaglig baggrund) RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Danmark		03-04
Marinöverläkare till Försvarsmedicincentrum, Göteborg		03-04
Sektionschef, Akademiska laboratoriet, Uppsala		03-04
Sektionschef, Urologsektionen, S:t Görans Sjukhus, Stockholm		03-04
ÖVRIGA TJÄNSTER		
Chef för Närsjukvården i väster	27/2	06
Chef Närsjukvården i Finspång samt Chef Närsjukvården i väster	27/2	06
Medicinsk rådgivare, Avd Hälso- & sjukvårdsstyrning, Malmö		03-04
Sektionschef, Malmö		03-04
Sektionschef, An/Op/IVA, Läkarenh, Sahlgrenska univ sjh, Mölndal	14/2	06
Sektionschef, Bild- & funktionsmedicin, Skånes univ sjv, Malmö/Lund		06
Verksamhetschef Kungsängens vårdcentral, Kungsängen		05
Verksamhetschef, Kärna Vårdcentral, Östergötland	12/2	03-04
Ledare till framtidens hälso- och sjukvård, Karoliinska Univ sjh		06

AT

Vi är Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården söker AT-läkare

VIKTIGASTE JOBB I SVERIGES

AT-läkare

NU-sjukvården 2017

Ref.nr: 2017/209

Sista ansökningsdag: 2017-03-15

NU-sjukvården består av Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus. Vårt område har en spännande geografisk variation, vilket innebär att du kan välja mellan att arbeta i tätort, småstad, landsbygd, skogsbygd eller kustnära på din vårdcentralsplacering.

Vi erbjuder dig:

- 21 månaders tjänstgöring, fördelat mellan NÄL och Uddevalla sjukhus.
- Möjlighet att delta i AT-forum och AT-stämma, i mån av plats.
- Att delta i 10-20 utbildningsdagar/år samt ledarskapsutbildning.
- Att delta i kontinuerligt mentorskap under hela AT-tiden.
- Förbättringsprojekt inom valfritt område.
- Goda möjligheter till ST.

Upplysningar:

Vill du veta mer är du välkommen att kontakta AT-chef Cecilia Swärd, tfn 010-435 67 00.



Olle Fridholm, ST-läkare, NU-sjukvården.
En av våra cirka 50 000 medarbetare.

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Glesbygdsmedicin i framkant – ett villkor för ett levande lokalsamhälle.

Glesbygdsmedicinsk konferens 10-11 maj 2017



Vi överbryggar avstånd!

Välkommen till Härnösand och Västernorrland

Mer information om program och anmälan på
www.glesbygdsmedicin.info

Glesbygdsmedicin



AT-tjänstgöring i Västernorrland

Välkommen till Landstinget Västernorrland

Vi erbjuder:

- introduktion
- AT-undervisning
- handledning
- AT-centrum
- eget utbildningskonto
- AT-grupp för diskussion
- möjlighet till primärvårdsstart

Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand

14 block, 21 månader, start sept. och nov.
Upplysningar:
HR-konsult Carina Burman,
tfn 070-218 10 27, e-post: carina.burman@lvn.se

Sollefteå sjukhus

7 block, 21 månader.
Upplysningar:
HR-konsult Karin Markebrand,
tfn 0620-194 76, e-post: karin.markebrand@lvn.se

Örnsköldsviks sjukhus

9 block, 21 månader.
Upplysningar:
HR-konsult Jeanette Hellström,
tfn 0660-895 70, e-post: jeanette.hellstrom@lvn.se

*Välkommen med din ansökan till oss **senast 8 mars** via **lvn.se/jobb**.* Urval sker löpande.

AT-chef
Henrik Salo, tfn 0611-802 92

Övergripande studierektor
Elisabet Skagius, tfn 072-721 11 76

SYLFs representant
Johan Lindgren, tfn tfn 060-18 10 00 vx.

Landstinget Västernorrland

www.lvn.se



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

8 AT-läkare

Gott arbetsklimat och bra handledning – gör AT på Gotland!

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

Läs mer på
www.gotland.se/ledigajobb
Sista ansökningsdag 2017-03-12

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se/ledigajobb

Region Gotland

Hjärnfonden utlyser

Forsknings-bidrag

Sista ansökningsdag är den
2 mars 2017. www.hjarnfonden.se

Hjärnfonden

Sibylle KLINIKEN

Husläkare till Sibyllekliniken

Östermalm i Stockholm

Vi utökar vår husläkarmottagning och söker därför ytterligare en eller två specialister i allmänmedicin.

Du kommer att jobba på en trevlig privat husläkarmottagning i samarbete med våra övriga specialistläkare. Goda villkor.

Vi håller till i fräscha lokaler på Karlavägen 56 (hörnet Sibyllegatan).

För mer info; Dr Jan Arlestig, jan.arlestig@sibyllekliniken.se

www.sibyllekliniken.se

Region Gävleborg

Överläkare

inom anestesiologi med medicinskt ledningsansvar och ett intresse för dagkirurgi. Ort: Gävle.

Sista ansökningsdag 2017-03-07.

regiongavleborg.se/jobb

Vi är Västra Götalandsregionen

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

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

Just nu söker vi:

Sektionschef
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Anestesi/operation/intensivvård Mölndal, Läkarenheten
Ref nr: 2017/553
Sista ansökningsdag: 2017-02-14

ST-läkare
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Ögonsjukvård
Ref.nr: 2017/592
Sista ansökningsdag: 2017-03-01

Specialister i Allmänmedicin
Närhälsan, Melleruds Vårdcentral
Ref.nr: 2017/397
Sista ansökningsdag: 2017-02-28

Specialistläkare inom oftalmologi
NU-sjukvården, Ögonkliniken, Uddevalla
Ref.nr: 2017/597
Sista ansökningsdag: 2017-02-20

ST-läkare inom oftalmologi
NU-sjukvården, Ögonkliniken, Uddevalla
Ref.nr: 2017/599
Sista ansökningsdag: 2017-02-20

Smärtläkare
NU-sjukvården, Område II, Anestesi-, Operation och Intensivvårdsklinik, Trollhättan och Uddevalla
Ref.nr. 2017/636
Sista ansökningsdag: 2017-03-08

Barnläkare, Barnneurolog, Barnpsykiater
Habilitering & Hälsa, Habiliteringen Borås
Ref.nr: 2017/544
Sista ansökningsdag: 2017-02-20



Olle Fridholm, ST-läkare inom barnmedicin, NU-sjukvården.
En av våra cirka 50 000 medarbetare.

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Läkarkarriär.se

Verksamhetschef till Rudans Vårdcentral

Vi söker dig som är läkare och specialist i allmänmedicin. Tidigare erfarenhet som verksamhetschef är meriterande. Eget kliniskt arbete ingår i tjänsten.

Om intresse finns och verksamheten utvecklas i positiv riktning kan det bli möjligt att driva vårdcentralen som eget kostnadsställe i moderbolagets regi och därmed även bli delägare i Praktikertjänst AB.

Rudans Vårdcentral i Handen är en liten familjär mottagning med tre specialistläkare, två ST läkare och psykosocial mottagning för både vuxna och barn. Ca 7000 listade.

FÖR KONTAKT OCH FRÅGOR:
Maria Holmberg, VD maria.holmberg@ptj.se

Läs mer om oss: praktikertjanstnara.se

Praktikertjänst N.Ä.R.A. AB är ett dotterbolag i Praktikertjänst AB, Sveriges äldsta vårdföretag inom privat entreprenörsdriven hälso- och sjukvård. Vi bedriver geriatrik, ASIH, vårdcentral, primärvårdrehabilitering och basal hemsjukvård. Ett tydligt vårdkoncept med god samverkan möjliggör säkra vårdövergångar för våra patienter. Våra medarbetare drivs av stort engagemang, hög delaktighet och delar våra värderingar tillgänglighet, respekt, ansvar, kompetens och omtanke.





Chef för Närsjukvården i Finspång

Närsjukvården i Finspång har bra samarbete och god samhörighet. Det gemensamma målet, Finspångsbon, är tydligt. Verksamheten har effektiva vårdprocesser, samutnyttjar resurser och visar på goda resultat.

Chef för Närsjukvården i väster

Närsjukvården i väster präglas av ett nära samarbete och korta beslutsvägar. Lasarettet i Motala är ett av de bästa i Sverige i sin kategori och har också del i den forskning som bedrivs regionövergripande.

För båda tjänsterna söker vi dig som vill bidra till nya samarbetsformer och arbetssätt, gränsytor till primärvård, fokus på personcentrerad vård och utvecklat samarbete med kommuner och andra vårdgrannar.

Vill du vara med och utveckla verksamheten ytterligare?

Välkommen att söka senast den 27 februari 2017.

I denna rekrytering samarbetar Region Östergötland med Unik Resurs. Vi vill därför ha din ansökan via hemsidan www.unikresurs.se

Region Östergötland

REGION SKÅNE SÖKER

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Barn- och ungdomsmedicin
Barn- och ungdomsavdelning
Skånevård Kryh
Kristianstad

SEKTIONSCHEF

Bild- och funktionsmedicin
VO Bild och funktion
Skånes universitetssjukvård
Malmö/Lund

UNDERLÄKARE

Barn- och ungdomsavdelning
Skånevård Kryh
Kristianstad

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.



Landstinget Västernorrland söker

överläkare

till Kvinnosjukvården vid vardera sjukhusort: Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldvik

ST-läkare i onkologi

till onkologkliniken i Sundsvall

överläkare i patologi

till avd. patologi och cytologi i Sundsvall

Läs mer och ansök på www.lvn.se/jobb

Landstinget Västernorrland

www.lvn.se

Säljes: Laser-IPL från MikronMed

Diodlaser: LightSheer SC/EC - hårborttagning.
IPL: Quantum SR/DL - kärl, pigment, skinrejuv, ådernät ben.
CO2: Ultra Dream+rökutsug- borttagning hudförändringar.
Fungerar u a. Årlig service. Utbildning och service via MikronMed.

Tfn: 070 272 02 98

För ett friskare tryggare och rikare liv

Vuxenpsykiatri söder, Kalmar söker

Specialistläkare psykiatri och Överläkare/Specialistläkare

Läs mer och ansök på **Ltkalmar.se/lediga-jobb**

Landstinget i Kalmar län

Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

***Divisjon Psykisk helsevern** er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.*

Vi trenger din kompetanse

Overlege - DPS Elverum-Hamar

100% fast stilling ledig snarest for overlege.

For nærmere opplysninger om stillingen kontakt avdelingssykepleier Marja Partanen, tlf. (+47) 62 58 18 11 / (+47) 924 85 077 eller enhetsleder Lisbeth Iren Starsveen, tlf. (+47) 62 58 17 07 / (+47) 472 93 673

Ref. nr.: 3318602294

Søknadsfrist: 26. februar 2017

Informasjon om våre ledige stillinger, se **www.sykehuset-innlandet.no/jobb**

HELSE SØR-ØST

frantz.no

Vi är Västra Götalandsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Vi söker specialistläkare/överläkare till Neuropsykiatriskt team!

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Affektiva, Psykiatrimottagning Västra Frölunda
Ref.nr: 2017/474
Sista ansökningsdag: 2017-03-01

Upplysningar:
Vårdenhetsöverläkare, Józef Dávid
070 082 39 60
Läkarchef, Antonio Gonzalez
070 764 33 99
Verksamhetschef, Tobias Nordin
070 659 46 24

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

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

BUP Stockholm söker

Överläkare

till BUP Södertälje

Vi söker en läkare med intresse och engagemang för barn- och ungdomspsykiatri. Vi erbjuder ett mångsidigt arbete på en välfungerande arbetsplats med trevlig arbetsmiljö, gott klimat och kompetenta kollegor.

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

Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Linnéa och Josef Carlssons stiftelse

beslutar i juni 2017 om utdelning av bidrag

Bidrag kan utgå till;

Barn och ungdomar (enskilda personer), företrädesvis barn med CP som pga sitt funktionshinder är i behov av ekonomiskt stöd till vård, uppehälle, fostran eller utbildning (även till föräldrarnas rekreation). Bidrag ges endast till personer under 25 år. Funktionshindret skall vara av **neurologisk** karaktär, dvs orsakad av funktionsnedsättning i hjärna, ryggmärg, perifera nerver eller i muskler. Bidrag ges inte till allergier, syn- eller hörselskador, reumatism eller diabetes – om inte samtidigt neurologiskt funktionshinder finns. Vid prövning av ansökan tillämpas vissa inkomstgränser. Bidrag ges inte två år i följd och utgår endast under förutsättning att det användes efter tidpunkten för styrelsens beslut och full betalning gjorts först därefter. Läkarintyg och/eller kuratorsintyg skall bifogas ansökan.

Vetenskaplig forskning med ändamål att hos nämnda grupper förebygga, bekämpa och lindra sjukdom, utvecklingsstörning och skador av invalidiserande natur.

Föräldralösa (helt föräldralösa), mindre bemedlade barns uppfostran och utbildning. Bidrag ges endast till personer som vistas i Sverige.

Kontakta stiftelsen för upplysning och erhållande av ansökningsblankett.
Kronborgsgatan 2 C, 252 22 Helsingborg.
tfn; 042-21 70 19, e-post; ljc@carlssonsstiftelse.se

Ansökan avseende vetenskaplig forskning kan ske direkt via vår hemsida.
Ansökningsblankett för enskilda finns för nerladdning, www.carlssonsstiftelse.se

Ansökan skall ha inkommit till stiftelsen senast den 31 mars 2017

Skriftligt besked om beslut sänds till sökanden efter styrelsens sammanträde i början av juni 2017

Vi är en del av Stockholms läns landsting



Vi söker en Specialistläkare/ Biträdande överläkare till Njurmedicinska kliniken.
Vill du bli en av oss?
Läs mer på ds.se/jobb

Danderyds Sjukhus
I TRYGGA, SÄKRA HÄNDER



Vill du vara med och leda framtidens hälso- och sjukvård?

Karolinska Universitetssjukhuset har påbörjat en omvälvande förändringsresa med målet att bli världsledande när det gäller medicinska resultat och patienternas upplevelse av vården. Därför har vi infört en ny tematisk organisation där vi arbetar i interdisciplinära team runt patienten. Vill du vara med och bygga för framtiden och utveckla din egen kompetens?

Läs mer om vår förändringsresa och vilka ledare vi söker på karolinska.se/vill-du-vara-med-och-leda

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Overlege i barne- og ungdomspsykiatri

Helgelandssykehuset Mosjøen, Norge

Mosjøen ligger i Vefsn kommune, og har ca. 10 000 innbyggere. Byen ligger ved foten av det 800 meter høye Øyfjellet og er kjent for den gamle trehusbebyggelsen i Sjøgata. Mosjøen har et rikt kulturliv og gode tur- og friluftsmuligheter i naturskjønne omgivelser.

Psykiatrisk senter har et stimulerende fagmiljø og godt samarbeid på tvers av avdelinger. Sentret har tilsatt to overleger og en LIS. BUP har i tillegg til overlegestillingen ledig en LIS-stilling som vil bli lyst ledig etter ansettelse av overlege.

Kontaktpersoner: Avdelingsleder Janne Lynghaug Kvalfors, tlf. +47 984 33 240 eller områdesjef Børge Nordås, tlf. +47 481 28 494.

Søknadsfrist 26. februar 2017

For fullstendig utlysningstekst, kontaktpersoner og elektronisk søknadsskjema, besøk vår hjemmeside helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE



Vi söker

Skolläkare

till kunskapsförvaltningen

Mer information på
karlskrona.se/**jobb** eller
0455-30 30 00

KARLSKRONA KOMMUN

Region Örebro län söker

Överläkare akutkliniken Närsjukvårdsområde norr
Lindesbergs lasarett

www.regionorebrolan.se/jobb

regionorebrolan.se

Region Örebro län
Lindesbergs lasarett

Solstenen i Skåne **VILL DU ARBETA MED OSS?**

Solstenen i Skåne arbetar med LARO-behandling på uppdrag av Region Skåne och söker som komplettering till befintligt team;

Specialist i Psykiatri (20-100%)
Leg Läkare (20-100%)

Som läkare hos oss erbjuds du ett varierande och självständigt arbete med hög grad av delaktighet och medicinskt ansvar. Goda möjligheter till utveckling. Arbetet innebär psykiatriskt mottagningsarbete dagtid, inga jourer. Omfattning på anställningen och villkoren kan diskuteras.

Ring oss för mer information:

Anna Långström, enhetschef Lund	046-325080
Kristina Inghardt, enhetschef Helsingborg	042-370260
Mersiha Grozdanic, enhetschef Ängelholm	0431-23250

Hudläkare i Täby söker

SPECIALISTLÄKARE INOM DERMATOLOGI



Vi söker specialistläkare inom hudsjukdomar med kirurgisk inriktning med möjlighet till anställning. Vi är en privatdriven mottagning, belägen mitt i Täby Centrum, som arbetar på uppdrag av Stockholms Läns Landsting.
Du kommer att arbeta i fräscha lokaler tillsammans med ett positivt och välsvetsat arbetsteam.

Vill du veta mer?
Vill du söka tjänsten?

HST

Stockholms läns landsting

Kontakta oss på **info@hudlakaretaby.se**

Vi söker läkare

TILL STADENS FÖRETAGSHÄLSOVÅRD

Trollhättans Stads interna företagshälsovård söker läkare med helhetssyn.

Annons och mer information finns på
www.trollhattan.se/ledigajobb

Trollhättans Stad

Capio Psykiatri

Välkommen med din ansökan!

Capio Psykiatri Östergötland söker

UNDERLÄKARE

Vi söker underläkare med intresse för psykiatri till våra mottagningar i Norrköping respektive Linköping. Självklart erbjuder vi handledning av specialistläkare.

Mer information hittar du på https://patient.capio.se/psykiatri/ostergotland/linkoping-norrkoping/

Stockholms läns sjukvårdsområde söker

Överläkare/ specialistläkare

till Psykiatriska akutmottagningen

Mer information hittar du på
www.jobb.sll.se/SLSO-17-66548

Norra Stockholms psykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Etableringar och överlåtelser

Allmänpsykiatri – ersättningsetablering till salu
Stockholm; Enskede-Årsta-Vantör

Läs mer: http://vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/avtalsinformation/Lagreglerade/Ansokningsinbjudan/ ELLER www.opic.com

Mer info: Christer.Allgulander@ki.se, tfn 0706965060

Ansökningsinbjudan löper ut 2017-03-23

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

Kajsa Sundström, 89, är gynekologen som har ägnat hela sitt yrkesliv åt kampen för att förbättra kvinnors reproduktiva hälsa. Hennes arbete har gett resultat såväl i Sverige som i andra länder runtom i världen. Läkarkollegan **Gunilla Carlstedt** träffade Kajsa Sundström i hennes hem på Öland för att samtala om ett ämne aktuellare än någonsin.

Hennes yrkesliv – en kamp för kvinnors reproduktiva hälsa

Läkaren Kajsa Sundström, nu 89 år, är känd för sitt livslånga arbete för kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter. Centralt för henne har varit att verka för kvinnors rätt att själva bestämma över sitt barnafödande och sina kroppar.

Efter läkarlegitimation 1953 arbetade Kajsa Sundström under 1950- och 60-talen på olika kvinnokliniker i Stockholm. Specialist i gynekologi och obstetrik blev hon 1961. Från början mest verksam inom kirurgisk gynekologi kom hon med tiden att bli alltmer engagerad i psykosociala frågor kring sexualitet och barnafödande. På ungdomsmottagningar och som läkare på kvinnligt dominerade arbetsplatser möttes hon av stora behov när det gällde sexuell rådgivning. Engagemanget ledde till att hon på 1970-talet, inför utformningen av en ny abortlag, kallades till en experttjänst på Socialstyrelsen. Arbetet följdes upp med ett utbildningsprogram kring sex- och samlevnadsfrågor som spreds till öppenvårdsmottagningar över hela landet. Hon var också med och utvecklade ett screeningprogram för upptäckt av livmoderhalscancer.



UNDER 1980-TALET återgick Kajsa Sundström till eget patient- och konsultarbete. Detta gav möjlighet att samla berättelser om kvinnors familjeliv, arbete och barnafödande för att se hur deras liv påverkats av då rådande lagar och normer i samhället. Resultaten presenterades 1987 i en doktorsavhandling vid Karolinska institutet.



Foto: Gunilla Carlstedt

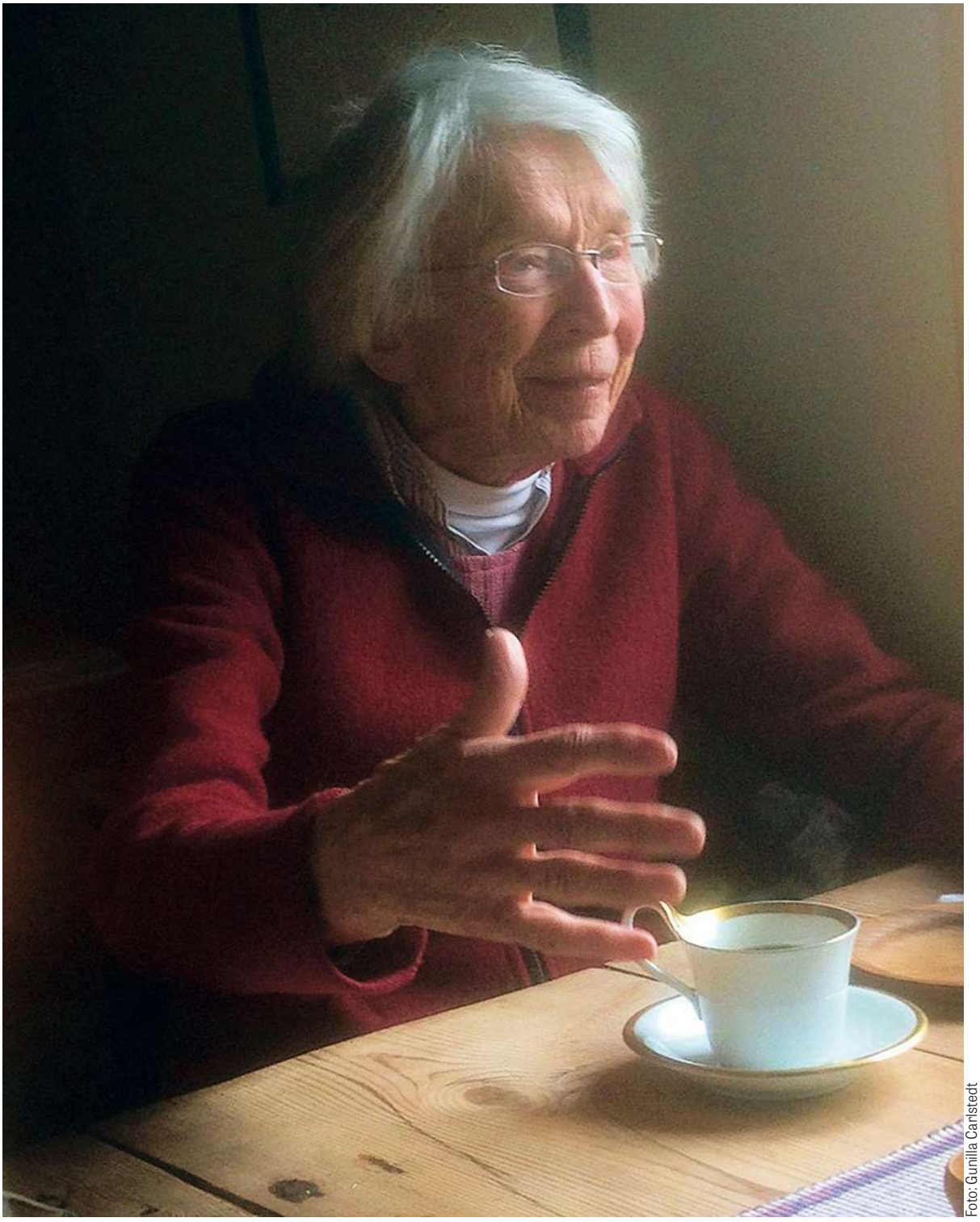
Kajsa Sundström blev specialist i gynekologi och obstetrik 1961. Inför utformningen av en ny svensk abortlag kallades hon till en experttjänst på Socialstyrelsen.

Ett ökande internationellt engagemang ledde vidare till en forskartjänst på IHCAR (Department of International Health Care Research) åren 1988–1993. I fokus för intresset var villkoren kring familjeplanering, aborter och barnafödande i olika delar av världen. Bland många andra uppdrag var hon koordinator för ett treårigt projekt i Zambia kring reproduktiv hälsa. I Sverige var hon under denna tid även ansvarig för utvecklingen av Folkhälsoinstitutets målinriktning för kvinnors hälsa. Vid en stor internationell kongress i Stockholm 1992 om kvinnors psykosociala och reproduktiva hälsa var Kajsa Sundström en av huvudarrangörerna. På uppdrag av FN, Världsbanken och Sida skrev hon 1993 en omfattande rapport om abortsituationen i världen.

GENOM ÅREN har Kajsa Sundström varit en ofta efterfrågad föreläsare, både i Sverige och i världen. Hennes tankar om kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter har nått ut till bland annat Japan, Australien, Bangladesh, Singapore, Indien och Malaysia.

Gunilla Carlstedt,
seniorläkare, med dr

Läs mer! På nästa uppslag följer en resumé av ett samtal med Kajsa Sundström år 2016



Kajsa Sundström, här i sitt hem på Öland, har fortfarande en hel del att säga om vad som krävs för att upprätthålla kvinnors reproduktiva hälsa.

Foto: Gunilla Carlstedt

»Skamligt och skandalöst hur kvinnors hälsa i samband med barnafödande ännu negligeras i stora delar av världen«

Du har ägnat ditt yrkesliv åt att verka för kvinnors hälsa och rättigheter när det gäller graviditet och barnafödande. Berätta!

KS: De kanske mest spännande och viktiga åren var när jag på 1970-talet var med och utformade lagen om fri abort. Den röstades igenom i riksdagen 1974 och gav kvinnor rätt till abort – utan att behöva ange några skäl. Tidigare var det läkare som bestämde om en abort skulle tillåtas, genom intyg från gynekolog och psykiater. Med den nya lagen slapp kvinnor den ofta förödmjukande processen att ange tillräckligt starka kroppsliga, psykiska eller sociala skäl för att ansökan skulle beviljas. Besluten var också avhängiga av vilken inställning till abort som fanns på olika kliniker och hos enskilda läkare.

Men helt nöjd med lagen var du inte …

KS: Nej, en gräns för kvinnors självbestämmande sattes vid 18:e graviditetsveckan. Efter det och fram till att fostret kunde bedömas som livsdugligt skulle önskan om abort bedömas av läkare och andra experter. Beslut om beviljande eller avslag togs, och tas än i dag, av Socialstyrelsen. Den här 18-veckorsgränsen reserverade jag mig mot redan från början. Jag såg inte då, och ser inte i dag, några hållbara skäl till den. Läkares inblandning i beslut om aborter bör inskränkas till att bedöma om ett foster är livsdugligt eller inte. Allt annat utgör ett fortsatt förmyndarskap över kvinnor. Bara ett fåtal kvinnor, med mycket starka skäl, vill göra abort sent i en graviditet. Att då också bli ifrågasatt gör situationen än svårare.

Samtidigt händer det att kvinnor påverkas att göra aborter, även sena sådana, och mot sin egen önskan.

KS: Ja, det gäller framför allt när det upptäckts att ett foster har någon skada eller missbildning. Rädslan för det som inte är friskt eller normalt är ofta större hos läkare än hos kvinnor själva. Att bli utsatt för sådan påverkan är lika illa som att bli nekad abort. Sjukvårdens roll är att finnas till hands som hjälp för kvinnor att själva komma fram till vad de önskar och att ge den vård som behövs.

En stor förändring har också skett när det gäller hur en abort går till i dag, jämfört med tidigare.

KS: Från början var alla aborter sjukhusfall och skedde genom kirurgiska ingrepp. I dag sker 80 procent av alla aborter på medicinsk väg, med hjälp av en tablett som framkallar ett missfall. De behöver i allmänhet inte utföras på sjukhus utan kan göras i öppen vård eller i hemmet. Eftersom barnmorskor självständigt handhar normala förlossningar är det logiskt att de också ska kunna ta hand om medicinska aborter, utan inblandning av läkare och med rätt att förskriva abortmedicin. En medicinsk abort innebär ju i praktiken att det är kvinnan som själv utför sin abort. Det är hon som fattar beslutet och sväljer den tablett som hon har rätt att begära. Sjukvårdens uppgift blir att finnas till som stöd, och att vid behov ge vård.



Det du säger är att aborter i Sverige, från att före mitten på 1970-talet ha varit helt styrda av läkare och myndigheter, numera är något som kvinnor själva bestämmer om och även själva kan utföra.

KS: Ja, det har varit en fantastisk utveckling. Samtidigt har det hela tiden funnits de som är emot fri abort – av religiösa eller andra skäl. Bland annat befarades att aborterna skulle öka när den fria aborten infördes. Så skedde inte, antalen är desamma som förut – men med den stora vinsten att de sker tidigare och är säkrare. Illegala aborter, förr en stor hälsofara, förekommer knappast längre i Sverige. Till abortmotståndarna vill jag säga: »Jag respekterar alla som tar ställning för egen del. Men ingen ska ha rätt att bestämma över andra kvinnors kroppar.« Dessvärre ser vi hur fler och fler länder, även i Europa, börjat ifrågasätta rätten till abort. Ett näraliggande exempel är Polen, med fri abort under kommunisttiden – men där nuvarande styre nästan helt förbjudit abort, och där vi nyligen sett kvinnor demonstrera mot att ett totalförbud införs. Samma stränga restriktioner gäller i många andra religiöst styrda länder. Abortmotståndet i USA är i många delstater också stort, med hot och trakasserier mot dem som utför aborterna. Illa-

»För dem [läkemedelsbolagen] är det mycket mer lönsamt att miljontals kvinnor världen över äter många tabletter varje månad, i stället för bara någon enstaka tablett vid behov …«

varslande är att den nyvalda presidenten vill verka för att aborträtten inskränks!

När det gäller graviditetsprevention har du också varit med och följt utvecklingen sedan p-piller tilläts i Sverige på 1960-talet.

KS: Ja, då var det revolutionerande med p-pillren, och även spiralen som också var ny då. Tidigare fanns bara kondom, som krävde männens medverkan, och pessar, som var krångligt och inte alltid säkert. De först introducerade pillren gav en del allvarliga biverkningar, som ökad risk för cancer och hjärt-kärlsjukdomar. Men p-pillren utvecklades, och både i Sverige och runt om i världen har de gett ett stort antal kvinnor ökat självstyre när det gäller barnafödande. Men mycket arbete återstår. Så har till exempel katolska kyrkan ännu inte godkänt användning av preventivmedel, inte ens traditionella sådana! På många håll i världen är kvinnors egenmakt över sina kroppar fortfarande låg eller obefintlig. I Sverige har information om preventivmedel och rådgivning blivit en viktig del av arbetet på mödravårdscentraler och ungdomsmottagningar. Sedan 1976 har barnmorskor också rätt att förskriva p-piller.

Men nu, ett antal decennier senare, anser du att det är dags för nästa stora förändring när det gäller att förhindra graviditet och förebygga aborter.

KS: Ja, nya framsteg inom läkemedelsindustrin gör att p-pillren snart kan ha spelat ut sin roll. I dag kan en menstruation framkallas med hjälp av en enstaka tablett. Om en menstruation som är fördröjd med två dagar sätts igång så har ett befruktat ägg inte hunnit sätta sig i livmodern. Följaktligen har någon graviditet ännu inte påbörjats. Dessa tabletter ska inte förväxlas med »dagen-efter-piller«, utan bara användas när en förväntad menstruation har uteblivit.

Men varför har den här metoden inte fått spridning när den finns, och dessutom är enkel och billig?

KS: Det beror på att den inte marknadsförs av läkemedelsbolagen. För dem är det mycket mer lönsamt att miljontals kvinnor världen över äter många tabletter varje månad, i stället för bara någon enstaka tablett vid behov. Och läkarna har hittills inte visat mod eller kraft att sätta sig upp mot läkemedelsindustrin och kräva lansering av den nya medicinen. Bland annat befaras det att abortmotståndarna skulle bli mer aktiva om graviditeter enkelt kan förhindras. Men det är ju inte fråga om någon abort, utan ett sätt att förebygga abort. Aborterna blir färre med den här metoden. Så det borde ju snarare tala i abortmotståndarnas sak! Och ingen kvinna som vill bli gravid sätter självmant i gång sin menstruation.



Foto: Gunilla Carlstedt

»Bevaka, och sök påverka, vad som händer i världen kring kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter«, råder Kajsa Sundström kollegor och politiker.

Du har också verkat internationellt när det gäller kvinnors reproduktiva hälsa.

KS: 1993 skrev jag en rapport åt FN om abortsituationen i världen. Den varierade stort, med förbud i vissa länder, tillstånd i andra och till och med påbud i ytterligare andra, såsom Kina och Vietnam. Vid den stora Kairokonferensen 1994 enades 176 länder om riktlinjer för att stärka kvinnors hälsa och rättigheter i samband med graviditet och barnafödande. Men genomförandet har gått trögt. USA svek, särskilt sedan Bush kommit till makten år 2000. Inga bidrag fick då längre ges till utvecklingsländer som gav information och råd kring abort. Och de så kallade millenniemålen från år 2000, för hälsa i världens alla länder, innefattade inte reproduktiv hälsa. Först nu har de skrivits in i de nya mål som ska vara uppfyllda 2030! Flera FN-organ har också tagit bort abortfrågan från sina biståndsprogram. I USA ändrades det när Obama tillträdde som president. Vad som händer nu, med Trump, bävar vi för. Mer än 500 000 kvinnor dör varje år i sviter kring barnafödande, merparten i de fattigaste delarna av Afrika och Sydasien. I många länder har då dödsfall på grund av aborter inte ens tagits med i statistiken. Det är skamligt och skandalöst hur kvinnors hälsa i samband med barnafödande ännu negligeras i stora delar av världen, med stora organisationer som sviker och enskilda makthavare som kan påverka hälsa och dödlighet för miljontals kvinnor.

Så vad blir ditt testamente till eftervärlden när det gäller kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter?

KS: Till kolleger och politiker vill jag säga: Verka för en lagändring så att 18-veckorsgränsen för fri abort tas bort.

Sprid kunskapen om den enklaste, billigaste och mest skonsamma preventiv- och abortförebyggande metoden – en enstaka tablett som sätter igång en menstruation innan en graviditet har startats.

Ge barnmorskor på MVC förskrivningsrätt på abortmedicin och menstruationsframkallande tabletter.

Bevaka, och sök påverka, vad som händer i världen kring kvinnors reproduktiva hälsa och rättigheter. I fokus står att bekämpa könsstympning, befrämja graviditetsprevention, verka för fri abort och ge god vård i samband med barnafödande.

Läs mer!
Kajsa Sundströms publikationer i urval, se Läkartidningen.se

Gunilla Carlstedt



Margda Waerns forskning är säkrad för tre, fyra år framåt, tack vare anslagen.

Foto: Johan Wingborg

Många äldre som tar sitt liv lider av psykisk ohälsa

När började du forska kring självmord bland äldre?

– I början på 90-talet var jag ny underläkare på psykiatriska kliniken här på Sahlgrenska. Jag har engelska som modersmål och blev anlitad av Jan Beskow för att språkgranska hans forskningsartiklar om självmord. Jag blev mycket intresserad av ämnet och började ett eget avhandlingsarbete kring äldre och suicid. Jag disputerade 2000 med avhandlingen »Suicid hos äldre«.

Var det ett ovanligt ämne att studera på den tiden?

– Området var i stort sett obeforskat. Det fanns ytterst lite skrivet om äldre och suicid, men desto mer om ungdomar och självmord. Jag var den förste i världen som kombinerade intervjuer med anhöriga till äldre som tagit sina liv, och data från en populationsbaserad jämförelsegrupp. Jag fick fram riskdata på det sättet, och det var nytt.

MARGDA WAERN

YRKE: Överläkare, professor i allmän psykiatri med särskild inriktning mot suicidologi.

ÅLDER: 62 år.

FAMILJ: Make, tre vuxna barn, barnbarn.

BOR: Hus i Västra Frölunda.

AKTUELL: Forskar om suicid bland äldre, och har nyligen fått miljonanslag från både Vetenskapsrådet och statliga forskningsrådet Forte.

Hur vanligt är det i Sverige att äldre tar sitt liv?

– Äldres självmord utgör ungefär en fjärdedel av alla självmord i landet. En hög förekomst alltså, om man räknar det som antalet suicid per 100 000 invånare. Trenden är likadan i många andra länder runtom i världen. Äldre utgör en växande åldersgrupp och har högre risk för självmord än yngre. Ändå är forskningen inom detta område eftersatt. Därför är det extra roligt att vårt arbete nu får lite uppmärksamhet och rejäla anslag.

Vilka nya kunskaper har din forskning gett?

– Insikten att äldre mycket sällan gör suicid eller suicidförsök utan att det samtidigt finns någon form av psykisk ohälsa med i bilden. Så kallade existentiella självmord är väldigt ovanliga, även om de förstås förekommer. I en befolkningsstudie visade vi att äldre som tänker på självmord och död mycket sällan går i sådana tankar utan att de samtidigt är deprimerade eller har ångest. De kan också ha haft en suicidal problematik tidigare i livet.

Blev du överraskad?

– Många tror att hög förekomst av suicid hos äldre är följden av existentiella beslut: »Mitt liv är inte längre lika innehållsrikt som förr, därmed väljer jag suicid.« Och det är ganska normalt att tänka så – innan man blir gammal. Men när man väl är gammal kommer människans fenomenala anpassningsförmåga in i bilden. De flesta som säger att de ska ta livet av sig när de blir gamla hittar lösningar som gör att livet ändå känns meningsfullt. Äldre som kommit in till vården efter suicidförsök svarar relativt sällan att det var på grund av en kroppslig sjukdom eller smärta de ville ta sitt liv.

Vad kan samhället eller sjukvården göra för att minska antalet självmord bland äldre?

– Om man möter en äldre person som går i självmordstankar är det viktigt att ta reda på vad som ligger bakom. Ett behandlingsbart tillstånd? Sjukdomar som depression eller missbruk? Vår grupp var faktiskt först i världen med att visa kopplingen mellan missbruk av alkohol och ökad suicidrisk hos just äldre kvinnor.

Hur ska du använda pengarna som du har fått?

– Vi fortsätter med våra pågående studier, till exempel hur det går för äldre som påbörjar antidepressiv behandling. Vi håller också på med skattningsskalor som i dagsläget är väldigt lite testade på äldre. Vi kommer också att starta nya projekt inom genetik och hjärnavbildning. En studie kommer till exempel att baseras på djupintervjuer med äldre med depression och självmordstankar. Målsättningen är att skapa en personcentrerad vård för sådana patienter.

Gabor Hont

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

NYTT OM NAMN



Foto: Emelie Bjonholm

Handledaren Jorge Sotoca Fernandez håller i »Guds hand«.

HANDLEDARE FÅR »GUDS HAND«

Jorge Sotoca Fernandez, överläkare på barn- och ungdomskliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna, får Sylf Sörmlands årliga pris till bästa handledare. Han får 2016 års pris – döpt till »Guds hand« – för att han genom god handledning sporrar unga läkare till självständigt och kritiskt tänkande i kombination med viljan att lära sig mer.

Pristagaren är »en för många okänd stjärna i Mälarsjukhusets korridorer«, som värderar undervisning av yngre kollegor lika högt som den dagliga patientkontakten.

»Som en ångvält stormar han in i ens annars ganska grå underläkarvardag och sätter kunskaper på prov, väcker intresse för forskning och uppmuntrar till utveckling i rollen som läkare«, heter det poetiskt i motiveringen till utmärkelsen. »Ständigt möts man av 'varför?' i sin handläggning, vilket kräver att man som doktor har en tanke och en plan bakom allt man gör – ingen provtagning utan konsekvenstänkande ... Handledning som denna gör det förvånansvärt enkelt att göra ett bra jobb. En läkare som Jorge borde alla få ha på sin klinik!«

»SKALPELLEN« TILL COOL PEDAGOG



Foto: Olle Dahlbäck

Viveka Björck, narkosläkare, vann studenternas pedagogiska pris.

Narkosläkaren **Viveka Björck**, Skånes universitetssjukhus, har fått »Skalpellen«, läkarstudenternas årliga vandringspris till bästa handledare. Studenterna på läkarprogrammets termin 8 i Lund ger det pedagogiska priset till Viveka Björck för hennes »... beundransvärda engagemang gentemot oss studenter liksom sin ständigt positiva utstrålning, inställning och välvilja. Hon lyckas sprida intresset för sitt ämne till oss studenter och jobbar för att vi ska få ut så mycket som möjligt under placeringen! Dessutom är hon jävligt cool!«

MEDDELANDEN

Anslag för hiv/aids-forskning
Stiftelsen Läkare mot AIDS forskningsfond ledigförklarar härmed forskningsanslag för studier som syftar till behandling av hiv-infektion eller dess följdtillstånd och till förebyggande åtgärder. Ansökan lämnas elektroniskt enligt instruktioner på www.aidsfond.se. Ansökningssystemet öppnar 2017-02-01 och stänger kl 24.00 2017-03-01. Upp till 150 000 kr kan anslås till varje beviljat projekt.

AVLIDNA

Jan Beck-Friis, Motala, 86 år, död 20 december 2016

Roland Johansson, Älmhult, 71 år, död 27 december 2016

Karl-Gösta Henriksson, Linköping, 88 år, död 5 januari 2017

KALENDARIUM

Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet
Datum: Den 20 februari kl 19.00 i Auditoriet, Kulturen, Lund. Obs lokalen!
Föreläsare: **Urban Rydholm**: Från reumakirurgi i Lund till behandling och förebyggande av reumatiska sjukdomar i Indien.

Medicinhistoriska sällskapet i Östergötland inbjuder till föreläsningen »När blev det mindre farligt att gå till doktorn än att låta bli – en blick på den moderna medicinens framväxt«.
Föreläsare: **Nils Uddenberg**, professor och författare.
Datum: tisdagen den 28 februari kl 19.00.
Lokal: Restaurang Lagerbladet, Snickaregatan 22, Linköping.
Entréavgift: 50 kronor för den som inte är medlem i Medicinhistoriska sällskapet i Östergötland. Gratis entré för studenter vid LiU, som uppvisar giltig studentlegitimation.

Introduktionskurs i basal ultraljudsdiagnostik för leg läkare och sjuksköterskor intresserade av ultraljudsdiagnostik som hjälpmedel i sitt arbete.
Datum: 6–7 april 2017.
Plats: Mornington Hotel, Norrbyvägen 30, 168 69 Bromma.
Kursavgift: 6 500 kr exkl moms.
- Lipus har granskat och godkänt denna kurs.
- Fullständig kursbeskrivning finns på www.lipus.se - Lipus-nr: 20160169. Kursen är godkänd av EFSUMB www.efsumb.org/intro/home.asp.
- Webbanmälan via länken.

Läs mer!
För ett fullständigt kalendarium se Läkartidningen.se

Sista anmälningsdag: Den 1 mars
- Ytterligare information: Stephan Haas (stephan.haas@karolinska.se), Rita Norström (rita.norstroem@santax.com).

Rehabveckan på temat: Inte vanlig trötthet ...
Arrangör: Svensk förening för rehabiliteringsmedicin.
Datum: 4–6 april, 2017.
Plats: Norrlands nation, Uppsala.
Trötthet är vanligt inom rehabilitering vid långvarig smärta, stresstillstånd, MS och hjärnskada. På rehabveckan 2017 kommer trötthetsproblematiken att belysas med ett brett angreppssätt och omfatta tillstånd som både hör hemma inom smärt- och neurologisk rehabilitering. Programmet vänder sig till alla yrkeskategorier inom rehabiliteringsmedicinsk verksamhet. I programmet ingår också att få ta del av aktuell forskning och aktuella projekt inom rehabmedicin i Sverige.
Program:
4 april: ST-läkarnas och rehabledarnas dag.
5-6 april: Föreläsningar, nätverksträffar, föredrag och postersession.
5 april: Årsmöte i Svensk förening för rehabiliteringsmedicin, middag på Uppsala slott.
- Detaljerat program och anmälan på www.rehabveckan.se.

The 20th Nordic Congress of General Practice, Reykjavik, Island.
Date: June 14–16, 2017.
Location: Harpa, Reykjavik's new concert hall and conference centre.
- Information, abstracts, registration: www.nordicgp2017.is.
- The programme starts June 14 at 13:00 and will feature plenary lectures, clinical symposia, workshops, and posters representing the essence of general practice in the Nordic countries.

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
Medicinsk andreredaktör: Michael Wilczek
Utvecklingschef: Elisabet Ohlin
Nyhetschef: Annica Lundbäck
Marknads- och annonsdirektör: Ulf Jansson
Medicinska redaktörer: 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, Jesper Cederberg (vik), Sara Holfve, Gabor Hont, Ewa Knutsson, Maj-Lis Koivisto (vik), 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

Läkartidningen arrangerar

Program och anmälan:
Läkartidningen.se/events

Inbjudan till symposium

Bröstcancer

STOCKHOLM, 14 FEBRUARI 2017

Utvecklingen av bröstcancerbehandling i Sverige har gjort stora framsteg under de senaste decennierna och bröstcancervården har länge fungerat mycket väl. Trots detta ökar incidensen, och det föreligger skillnader i bröstcancervården mellan olika regioner i Sverige. Med bättre prevention, utveckling av nya moderna tekniker inom diagnostik och kirurgi och ökad forskning kring nya potenta medicinska behandlingsstrategier i kombination med en nationell samordning kan ytterligare förbättringar göras för våra cancerpatienter.

PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 14 FEBRUARI, 2017

12:00–13:00	**Registrering och lättare måltid**
13:00–13:05	Inledning
13:05–13:30	**Översikt över betydelsen av regionala cancercentrum, kvalitetsregister** och INCA Professor Lars Holmberg, RCC Uppsala
13:30–13:55	Modern bilddiagnostik av bröstcancer Docent Sophia Zachrisson, Skånes universitetssjukhus, Malmö
13:55–14:20	**Kirurgisk behandling av bröstcancer, framför allt axillkirurgi** Professor Leif Bergkvist, Västmanlands sjukhus
14:20–14:50	Kaffe
14:50–15:15	**Onkoplastikkirurgi och tidig rekonstruktion** Docent Jana de Boniface, Capio S:t Görans sjukhus
15:15–15:40	**Målstyrda läkemedel och nya behandlingsstrategier, kemoterapi** Docent Theo Foukakis, Karolinska universitetssjukhuset
15:40–16:05	Hormonell terapi Överläkare Anna von Wachenfeldt, Södersjukhuset
16:05–16:15	Bensträckare
16:15–16:40	Bröstcancer hos kvinnor yngre än 35 år Överläkare Irma Fredriksson, Karolinska universitetssjukhuset
16:40–17:00	**Optitrainstudien** Helene Rundqvist, Karolinska institutet
17:00–17:30	**Sammanfattning**

Moderator: Professor Jan Frisell, Karolinska universitetssjukhuset
Programansvariga: Jan Frisell och Läkartidningen

Välkommen till en intressant eftermiddag!

PRIS: Ordinarie pris 1 995 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt på ordinarie pris. Pensionär och medlem i Sveriges läkarförbund erhåller 50% rabatt på ordinarie pris.
Studenter betalar 500 kr + moms totalt. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega.
Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.

Läkartidningen

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)