DEBATT
Apropå forskning och samtycke

KLINIK & VETENSKAP
»En säkerhetsmedveten organisation vågar ifrågasätta sin kultur«

Läkartidningen

#7 2016

Tidskrift från Sveriges läkarförbund • Sedan 1904 • 17 Februari 2016 • vol 113 • 249–308



SE SJUK LÄKARE SOM EN TILLGÅNG

ALS-sjuke Ulf Ljungblad vill få kollegor att lyssna och lära av sina patienter

För patienter som inte uppnått LDL-C-mål med generisk statin

SIKTA LÅGT

Statin + EZETROL® (ezetimib) kan hjälpa dina patienter nå mål![1]



1. Bays et al. Am J Cardiol. 2013;112(12):1885-95

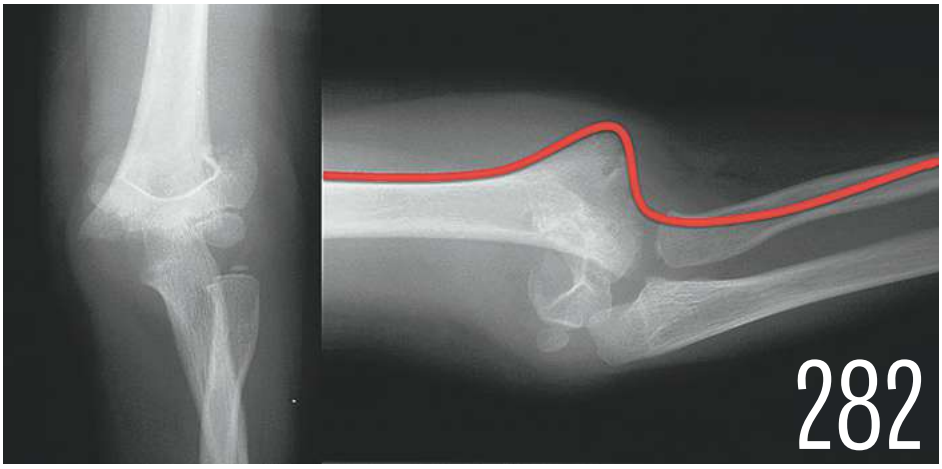
EZETROL (ezetimib) kolesterolabsorptionshämmare (Rx; (F); SPC mars 2015) tabletter 10 mg.
Indikationer: EZETROL givet tillsammans med en statin som tilläggsterapi till diet till patienter med:
- primär hyperkolesterolemi (icke-familjär och heterozygot familjär) som inte är adekvat kontrollerade med en 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. Fördelaktig effekt av EZETROL på kardiovaskulär morbiditet och mortalitet har ännu inte fastställts.
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.
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. Vid förskrivning och för aktuell information om villkor i förmånssystemet, förpackningar och priser se fass.se.
EZETROL är ett registrerat varumärke av MSP Singapore Company, LLC. Copyright © 2012 MSP Singapore Company, LLC.
Copyright © 2015 MSD International GmbH, a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved. 03-16-CARD-1114513-0000 Mars 2014

MSD 08-578 135 00, msd.se

EZETROL® (ezetimib)

INNEHÅLL



Avhoppad suprakondylär humerusfraktur (till vänster). Brachialis-artären rider över vass frakturände (till höger). Läs mer om armbågsfrakturer hos barn.

#7 2016

17 till 23 februari



Läkartidningen möter ALS-sjuke läkaren Ulf Ljungblad.

Foto:Joakim Roos

AKTUELLT

254 Anders Hamsten: »Jag har totalt felbedömt situationen«

255 Regeringen utreder gråzon mellan vård och forskning

258 Miljövänliga förkläden testas i Skåne

260 ALS-sjuke Ulf Ljungblad: Se den sjuke läkaren som en tillgång

DEBATT

264 Ompröva begreppet lumbago

En ny indikator behövs för uppföljningen av osteoporospatienter

265 Apropå! Forskning och samtycke

266 Evidens finns för ventilbehandling till patienter med emfysem

KRÖNIKA

269 Vendela Berglund

KULTUR

304 Kom båten lastad med hemokromatos?

Dikter från kliniken: Hembesök. Ur en distriktsläkares dagbok

MÄNNISKOR & MÖTEN

305 Han slutar som facklig ledare och reser till Galápagosöarna

KLINIK & VETENSKAP

272 Analysera, lyssna, åtgärda, be om ursäkt och lära. Så blir en organisation säker – och bättre Kommentaren

274 Skärpt blodtryckskontroll ger resultat hos högriskpatienter. Amerikanska Sprint ger ökad evidens för nyttan av prevention Kommentaren

276 Nya rön: Internetbaserad KBT hade effekt vid sömnsvårigheter

Diagnoskriterier för KOL gav olika bild av riskfaktorer

Psykisk problematik hos män var kopplad till ökad risk att utöva våld

277 Laparoskopiskt lavage vid divertikulit minskade reoperationsrisk

278 Måttlig alkoholkonsumtion ger ingen positiv hälsoeffekt. En kritisk forskningsanalys Översikt

282 ABC om armbågsskador hos barn Medicinens ABC



269 »Kanske tar det ett helt läkarliv att lära sig behärska balansen doktor och medmänniska«, skriver ST-läkare Vendela Berglund i sin krönika.

ALLTID I LÄKARTIDNINGEN

253 SIGNERAT Var med och utforma vår sjukvårdspolitik!

286 MEDLEM Information från Sveriges läkarförbund

288 LEDIGA TJÄNSTER Med platsannonser

306 MÄNNISKOR & MÖTEN

Nästa nummer av Läkartidningen utkommer den 24 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).

Inte förvånande att Hamsten väljer att avgå

I FÖRRA NUMRET av Läkartidningen intervjuades Karolinska institutets rektor Anders Hamsten om fallet Paolo Macchiarini, den tidigare stjärnkirurgen som nu är hårt kritiserad och som granskas i olika utredningar.

I intervjun lade Anders Hamsten ett stort ansvar på Karolinska universitetssjukhuset för det som hänt. Men natten mellan fredag och lördag, den 12 och 13 februari, stod det klart att Anders Hamsten avgår som rektor, se artikel på sidan 254.

I en debattartikel i Dagens Nyheter skrev Anders Hamsten att Karolinska institutet borde ha skilts från Paolo Macchiarini långt tidigare, och att det var »en närmast total felbedömning« från hans sida att så inte skett.

Som framgår av Läkartidningens intervju med Anders Hamsten avstod institutet från att offentligt berätta om kritiken mot Macchiarinis metod trots att institutet visste om att den stoppats av sjukhuset. I debattartikeln medgav Anders Hamsten nu att Karolinska institutet inte varit tillräckligt kritiskt mot Paolo Macchiarinis operationsmetod.

Vidare meddelade han att oredlighetsutredningen mot Paolo Macchiarini ska återupptas.

Med tanke på den mycket hårda kritik som har riktats mot Anders Hamsten med anledning av Karolinska institutets agerande i fallet Paolo Macchiarini är det inte förvånande att han avgår.

Pär Gunnarsson, chefredaktör



PRADAXA® (dabigatranetexilat) – den enda NOAK som har en specifik antidot



NYHET:
PRAXBIND® (idarucizumab) – omedelbar, fullständig och ihållande reversering av PRADAXA®[1]

Pradaxa® dabigatranetexilat

Praxbind® idarucizumab

Referens: 1. Pollack CV et al. N Engl J Med 2015;373(6):511–20.

Pradaxa® (dabigatranetexilat), antikoagulantium, Rx, F. **Indikationer:** Prevention av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke valvulärt förmaksflimmer (NVAF), med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA); ålder ≥ 75 år; hjärtsvikt (NYHA klass ≥ II); diabetes mellitus; hypertension. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Profylax av venös tromboembolisk sjukdom hos patienter som genomgått elektiv total protesoperation i höft- eller knäled. **Styrkor och förpackningar:** 60 x 1 samt multiförpackning 3 x 60 x 1, blister. Kapslar 110 mg resp 150 mg. **Varningar och försiktighet:** Njurfunktionen bör bedömas innan behandling påbörjas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Patienter med svår njurfunktionsnedsättning (kreatininclearance < 30 ml/min). Pågående kliniskt signifikant blödning. Organskador med risk för blödning. Spontan eller farmakologisk nedsättning av hemostasen. Nedsatt leverfunktion eller leversjukdom som förväntas påverka överlevnaden. Samtidig systemisk behandling med ketokonazol, ciklosporin, itrakonazol och dronedaron. Mekanisk hjärtklaffprotes. För senaste prisuppgift samt övrig information se **www.fass.se**. Datum för översyn av produktresumén 10/2015.

Praxbind® (idarucizumab), Rx, EF, ATC-kod V03AB. **Indikation:** För vuxna patienter behandlade med Pradaxa® (dabigatranetexilat) när snabb reversering av Pradaxas antikoagulerande effekt krävs: Inför akut kirurgi/brådskande procedurer; Vid livshotande eller okontrollerad blödning. **Styrkor och förpackningar:** 2 injektionsflaskor à 2,5 g/50 ml injektions-/infusionsvätska, lösning. **Varningar och försiktighet:** Känd överkänslighet (t ex anafylaktisk reaktion) mot idarucizumab eller något av hjälpämnena eller ärftlig fruktosintolerans är tillstånd som noga måste vägas mot den potentiella fördelen med behandlingen. Genom att reversera dabigatranbehandlingen utsätts patienterna för den risk för trombos som är knuten till deras underliggande sjukdom. För att minska denna risk skall återinsättning av behandling med blodförtunnande medel övervägas så snart det är medicinskt lämpligt. För fullständig förskrivarinformation se **www.fass.se**. Datum för översyn av produktresumén 11/2015.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm.
Telefon 08-721 21 00. Telefax 08-710 98 84. www.boehringer-ingelheim.se

CV-15-91

Var med och utforma vår sjukvårdspolitik!

De bästa förslagen och idéerna skapas inte i små isolerade grupper utan uppstår när alla krafter utnyttjas. Jämförelsevis blir datasystem som utvecklas genom så kallad »opensource« ofta bra och välfungerande. »Crowdsourcing« är ett annat exempel på öppet förfarande i breda grupper som framgångsrikt används för att samla idéer och nyttja kreativiteten hos flera. Wikipedia är ett välkänt exempel. Grundfilosofin är att ju fler som bidrar aktivt, desto bättre kvalitet och resultat får man. Ett viktigt inslag i detta är också att åstadkomma en bred förankring.

Ett av våra viktigaste uppdrag är att utveckla vår egen organisation. Dagens digitala teknik möjliggör att vi kan kommunicera och arbeta på nya sätt. Flera organisationer öppnar regelbundet upp för medlemmar att göra inspel i angelägna frågor. Detta har vi tagit lärdom av. Nu vill vi använda öppet förfarande i framtagandet av förbundets kommande sjukvårdspolitik. Alla medlemmar bjuds härmed in att tycka till om förslag till nytt sjukvårdspolitiskt program på www.lakarforbundet.se.

»Ett av våra viktigaste uppdrag är att utveckla vår egen organisation.«

Läkarförbundet har alltid varit engagerat i frågor som rör sjukvårdens organisation, finansiering och styrning. I våra stadgar står också att förbundet ska verka för sjukvårdens ändamålsenliga utveckling. Varför är detta så viktigt? Ett svar är att sjukvårdspolitiken ger förutsättningarna för patient-läkarmötet och har betydelse för läkarens möjlighet att erbjuda patienten bästa möjliga vård. Engagemanget har också grund i läkarkårens vilja att ta ansvar för den samhällsstruktur man verkar inom. Denna ansvarskänsla är inte enbart begränsad till patientperspektivet, utan omfattar även ett ansvar för att vårdens begränsade resurser används på bästa sätt. Ett ytterligare skäl till läkarkårens engagemang är naturligtvis att sjukvårdsstrukturen starkt påverkar läkarens arbetsvillkor och ställning på arbetsmarknaden.

År 2004 antog Läkarförbundet ett sjukvårdspolitiskt program. Det var första gången i modern tid som förbundet kunde samlas kring en tydlig idé om hur det svenska sjukvårdssystemet bör organiseras. Programmet har haft stor betydelse som plattform för policyutvecklingen inom förbundet de senaste åren. Vissa delar har också fått genomslag i verkligheten – det gäller inte minst förbundets idé om familjeläkarsystem i primärvården som starkt bidrog till vårdvalsreformen 2010.

Men 12 år är lång tid inom politiken. Vissa idéer står sig kanske fortfarande bra. Då är det bra att få dessa bekräftade. Omvärldsförändringar har emellertid gjort att sjukvårdspolitiken från 2004 i en del avseenden blivit omodern. Således är det dags att tänka nytt!

Under hösten och vintern har Läkarförbundets sjukvårdspolitiska arbetsgrupp tagit fram förslag till ett nytt sjukvårdspolitiskt program som är tänkt att gälla den kommande femårsperioden.

Programmet tar avstamp i förbundets uttalade politik under de senaste åren. För vissa områden finns nyligen publicerade rapporter med omfattande kunskapsunderlag och analys – inom andra områden bygger vi politiken på remissvar, debattinlägg eller andra uttalanden från förbundet. Utifrån detta har vi formulerat förslag till förbundets syn på hur framtidens hälso- och sjukvård bör utformas. Bland annat säger vi att grundläggande styrprinciper ska vara jämlik vård, patienten i fokus, professionalism och god resursanvändning.

Det är viktigt att vi slutligen får fram ett sjukvårdspolitiskt program som väcker engagemang – ett program som medlemmarna känner att man kan ställa upp på och som berör läkares vardag. Förslaget har därför skickats på remiss till delföreningarna inom förbundet. Men vi vill nu också uppmana alla medlemmar att komma in med synpunkter, tankar och idéer.

Efter remiss och bearbetning återkommer programmet till Läkarförbundets fullmäktige i maj 2016.



Heidi Stensmyren
ordförande,
Läkarförbundet

heidi.stensmyren@slf.se

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Anders Hamsten:

»Jag har totalt felbedömt situationen«



Foto: Ann-Sofi Rosenkvist

KI:s rektor Anders Hamsten meddelade i lördags på DN Debatt att han avgår.

Till slut blev kritikstormen mot hur Karolinska institutet (KI) och rektor Anders Hamsten hanterat kirurgen Paolo Macchiarini och dennes operationer omöjlig att bortse ifrån. På DN debatt den 13 februari meddelade Hamsten att han avgår.

– Med anledning av den kritik som följt på den så kallade Macchiarini-affären har jag kommit till slutsatsen att det blir svårt för mig att med trovärdighet och kraft verka som rektor. Därför ställer jag min plats till förfogande, säger Anders Hamsten i ett pressmeddelande från KI.

I debattartikeln i DN skriver Anders Hamsten att KI borde ha skiljts från Macchiarini långt tidigare, och att så inte skett är »en närmast total felbedömning« från hans sida.

Anders Hamsten medger nu också att KI inte varit tillräckligt kritiskt mot Paolo Macchiarinis metod.

Som Läkartidningen kunnat klarlägga (se nr 6/2016) informerades Hamsten redan hösten 2013 om att Karolinska universitetssjukhuset beslutat stoppa Paolo Macchiarini från att utföra fler operationer då metoden dömdes ut. Detta förmedlades dock inte vidare vare sig av sjukhuset eller KI, vilket ledde till att Paolo Macchiarini kunde fortsätta sin verksamhet utomlands. »Många har menat att jag som rektor tillsammans med ledningen för Karolinska universitetssjukhuset borde ha agerat för att föra varningarna vidare till det forskningsprojekt Paolo Macchiarini drev i Ryssland och med facit i hand kan jag se att vi naturligtvis borde ha gjort det«, säger Anders Hamsten i debattartikeln i DN.

KI har enligt Anders Hamsten inte heller lyssnat tillräckligt på varningssignalerna från de läkare som arbetade nära Paolo Macchiarini, vilket kan tolkas som en upprättelse av de fyra läkare som i augusti 2014 anmälde Macchiarini för forskningsfusk. Dessa hade då i flera månader försökt fästa Anders Hamstens uppmärksamhet på hur illa Paolo Macchiarinis patienter for och på att bilden av utfallet i hans artiklar var felaktig.

Anders Hamsten meddelar också att oredlighetsutredningen mot Paolo Macchiarini ska återupptas efter att man analyserat bilder som visades i SVT:s dokumentär »Experimenten«. Analysen har lett till att man fått en annan bild av det postoperativa förloppet gällande den första patienten, som vårdades på Island efter operationen.

– I vårt ställningstagande tillmätte vi stor betydelse åt de isländska läkarnas beskrivning av det postoperativa förloppet. Men i SVT:s dokumentär har det tillkommit uppgifter från de anhöriga och från bronkoskopier. Vi har även fått nya uppgifter från Island om patientens tillstånd efter operationen, säger rektorsrådet Jan Carlstedt-Duke, som medverkade i oredlighetsutredningen, till Läkartidningen.

Dessutom har det inkommit en ny oredlighetsanmälan som pekar på fler felaktigheter än de som utredningen granskade i två av artiklarna. »Så här i efterhand konstaterar jag att vi borde ha sökt efter dessa sannolika felaktigheter redan i den utredning som ledde fram till det beslut KI fattade i oredlighetsfrågan i augusti 2015. Vi borde helt enkelt ha varit ännu noggrannare«, skriver Anders Hamsten i DN.

En process för att utse en ny rektor för KI kommer nu att inledas. Under tiden fullgörs rektors uppgifter av prorektor Karin Dahlman-Wright.

Michael Lövtrup

OREDLIGHETSÄRENDET PÅ KI – DETTA HAR HÄNT UNDER DEN GÅNGNA VECKAN:

● KVA:s sekreterare: Inte bra för Nobelpriset att KI ifrågasätts

»Det är inte bra för Nobelpriset att KI och verksamheten där ifrågasätts, och det gör det angeläget att man får en rejäl genomgång så att förtroendet återupprättas«, säger Kungliga Vetenskapsakademiens ständige sekreterare Göran K Hansson. (12 feb)

● Macchiarinis operationer i Italien döms ut

Det nationella transplantationscentret i Italien dömer ut de luftrörstransplantationer Macchiarini utfört i Italien. Det rapporterar den italienska kvällstidningen Corriere Fiorentino. (12 feb)

● JO-anmälan om Macchiarinis tillstånd att utöva läkaryrket (12 feb)

● Kjell Asplund ska leda sjukhusets utredning

Kjell Asplund, ordförande i Smer och SBU, ska leda Karolinska universitetssjukhusets externa granskning av Paolo Macchiarinis luftstrupsoperationer. (12 feb)

● Statssekreterare avstår KI-fall

Karin Röding, statssekreterare i Utbildningsdepartementet, lämnar Macchiarini-ärendet. Karin Röding var i en tidigare anställning som universitetsdirektör på Karolinska institutet med om att anställa Paolo Macchiarini. (12 feb)

● Icke-existerande enheter i Macchiarinis CV

Karolinska institutet har hittat fler felaktigheter i Paolo Macchiarinis CV. Han har bland annat uppgivit att han varit föreståndare för enheter som enligt de berörda universiteten inte existerar. (9 feb)

● Sten Heckscher leder KI:s utredning

Karolinska institutets styrelse, konsistoriet, har bestämt att Sten Heckscher, tidigare bland annat ordförande i Högsta förvaltningsdomstolen, rikspolischef och näringsminister, ska leda den externa granskningen av Mac-

Regeringen utreder gråzon mellan vård och forskning

I spåren av Macchiarini-affären vill regeringen nu utreda om gränsdragningen mellan vård och forskning behöver bli tydligare.

En av de många frågor som Macchiarini-affären väckt är var gränsen går mellan klinisk forskning och experimentell vård. Till skillnad från Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset, som hävdat att Macchiarinis operationer utgjorde vård, anser många att metoden borde ha bedömts som forskning och behövt genomgå samma etiska och vetenskapliga prövning som andra kliniska forskningsprojekt.

Nu meddelar regeringen att den kommer att tillsätta en utredning som ska se över gränslandet mellan vård och forskning. Utredningen ska se om det finns otydligheter i regelverket som behöver rättas till. Utredningen ska även se över om tillsynsansvaret på området behöver förtydligas så att inte vissa delar riskerar falla mellan stolarna.

– Det som hänt är en allvarlig förtroendekris för Karolinska institutet som också riskerar förtroendet för forskningen i sin helhet, och därför är det viktigt nu både hur KI hanterar det här efteråt men även att vi från regeringen säkerställer att det regelverk vi har kring forskningen och forskningsetiken fungerar, sa forskningsminister Helene Hellmark Knutsson i SVT:s »Agenda« den 14 februari.

Som Läkartidningen visat (LT nr 51–53/2015) innehåller gränsdragningen mellan vård och forskning en rad utmaningar av såväl juridisk som mer filosofisk karaktär. Statens medicinsk-etiska råd utreder sedan en tid frågan, och nyligen meddelade även Läkaresällskapet och Kungliga Vetenskapsakademien att man tillsammans ämnar utreda den.

Michael Lövtrup



LT nr 51–53/2015

»Skandal utan like«

Nobelpristagare Arvid Carlsson, som tycker att hela KI:s styrelse borde avgå. (8 feb)

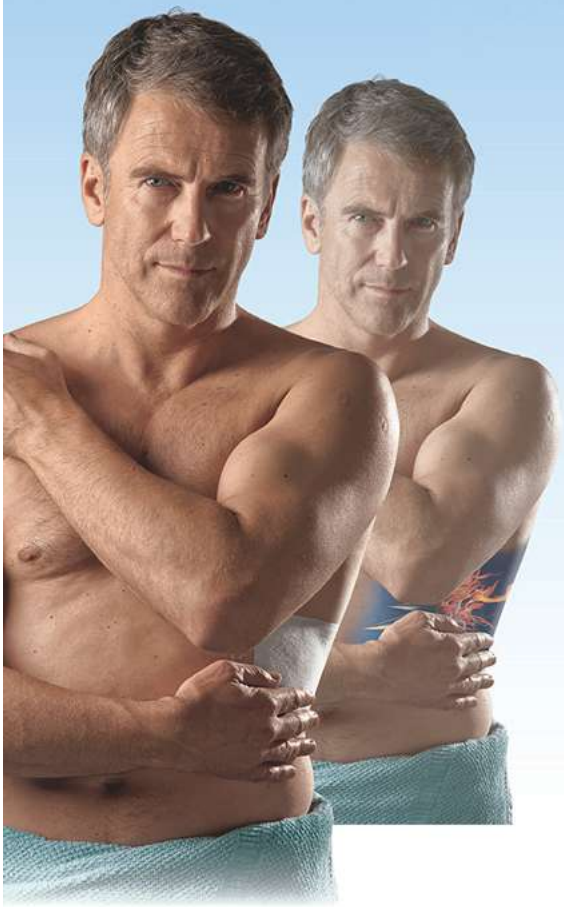
chiarini-affären. Heckscher har utsett två personer som ska hjälpa till med granskningen: Ingrid Carlberg, författare och journalist, samt Carl Gahmberg, professor i biokemi vid Helsingfors universitet. (9 feb)

Läs mer!
Artiklarna i sin helhet på Läkartidningen.se

versatis®
5% lidokain medicinskt plåster
WORKS WHERE IT HURTS

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

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



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

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

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

GRUNENTHAL

2016-1-VERSATIS-0355

Läkarförbundet startar arbetsgrupp med fokus på vårdplatser

Läkarförbundet kommer under våren att starta en särskild arbetsgrupp som ska ha fokus på vårdplatser. Det beslutade förbundsstyrelsen i förra veckan.

– Just vårdplatser täcks inte riktigt av något av de råd eller delegationer som vi har som enskild sak. Sjukhusläkarna har jobbat mycket med frågan, men nu tar vi ett mer fokuserat grepp inom Läkarförbundet, säger Läkarförbundets förste vice ordförande Karin Båtelson, som blir ordförande för den nya arbetsgruppen.



Foto: Rickard Eriksson

Karin Båtelson

Tanken är att den ska bestå av representanter från Sveriges olika delar och typer av vårdgivare. Tillsammans ska man sätta fokus på just vårdplatser och de problem som finns kring frågan.

– Arbetsmiljön påverkas, patientsäkerheten sätts ur spel, vården blir sämre för patienterna och det blir väldigt ineffektivt då mycket av läkartid går åt till att skriva in och skriva ut och att sitta i krismöten om vårdplatser, säger Karin Båtelson.

Beslutet togs under senaste förbundsstyrelsemötet, och arbetet är fortfarande inne i ett tidigt skede. Varken form, hur länge gruppen ska finnas eller vilka som ska ingå är i nuläget klart. Inom kort kommer man dock att kalla till ett uppstartsmöte för att påbörja arbetet, och Karin Båtelson menar att det finns mycket att ta tag i.

– När man som läkare pratar om vad som är problem så kommer IT-system och vårdplatser på högsta plats. Och vi är väldigt trötta på att höra detta mantra från olika ledningsnivåer att patientsäkerheten inte är hotad, när vi dagligen ser bevis på motsatsen. Vi vill ha fakta om både detta och de ökade kostnader det medför, för att kunna driva frågan, säger hon.

Anna Sofia Dahl

Läkare kan märkas med chip

▶ För att minska tidsförlusten när vårdpersonal letar efter varandra inför sjukhus i Danmark ett system där personalen märks med chip, rapporterar danska Ugebrevet A4.

Tre av de sex stora »supersjukhus« som byggs i Danmark har redan beslutat att införa systemet, medan de övriga tre inte tagit ställning än.

Ett skäl till att systemet behövs sägs vara att de nya sjukhusen bara har enkelrum, vilket innebär större avstånd. Redan i dag använder sjukvårdspersonal i snitt 12 minuter om dagen för att leta efter kollegor och utrustning, enligt Ugebrevet A4.

Chippen som personalen kommer att bära skickar information om bärarens position, som sedan kan visas på exempelvis skärmar i personalrummen. Även utrustning ska märkas.

Systemet ska bara visa information i realtid, och ingen information ska sparas. Toaletter ska vara »spårningsfria«.



Anja Mitchell

Ordföranden i den danska Överläkarföreningen, Anja Mitchell, är dock skeptisk.

– Man använder ju inte längre oceaner av tid för att hitta sina kollegor. Vill jag ha tag i någon tar jag och ringer upp vederbörande, säger Anja Mitchell till Ugebrevet A4.

Hon befarar att det kan uppfattas som att man vill övervaka hur personalen använder sin arbetstid och menar att man alltid måste bedöma nyttan med nya hjälpmedel.

– Det här systemet kan uppfattas som misstro från ledningen.

Michael Lövtrup

Råd om PSA-test ska ses över

▶ Socialstyrelsen ska se över rekommendationerna kring PSA-test för att tidigt upptäcka prostatacancer. Detta efter att ny kunskap tillkommit, uppger Dagens Medicin.

I dag ger Socialstyrelsen rådet att sjukvården inte ska erbjuda massundersökningar, men efter att ny kunskap framkommit ska den rekommendationen ses över.

Översynen kommer att starta under första halvåret 2016 och förväntas vara klar inom ett år. I november förra året publicerades resultatet av studien Sthlm3, i vilken man kunde se att andelen biopsier kan minska med en tredjedel då PSA-testet kombineras med andra test.

Enligt Dagens Medicin ska experter nu undersöka vilka biomarkörer som kan göra testet mer precist. /Anna Sofia Dahl

Läs mer!
Du hittar många fler nyheter på Läkartidningen.se

Resistens mot sista linjens behandling hittad i Sverige

Två fall av bakterier som är resistenta mot kolistin, som används i den sista linjens behandling, har hittats i Sverige.

Det är Folkhälsomyndigheten som i ett pressmeddelande rapporterar om att genen mcr-1, som ger bakterier resistens mot kolistin, har hittats i Sverige.

Antibiotikumet kolistin är det sista alternativet vid behandling av allvarliga infektioner orsakade av multiresistenta bakterier.

De svenska fynden av genen gjordes i tarmbakterien Escherichia coli (E coli) i avföringsprov från två personer som befunnit sig i Asien. Ingen av dem uppvisade symtom på sjukdom eller infektion då proverna togs.

Tidigare har genen mcr-1 hittats i 19 länder, och de första rapporterna om fynd kom från Kina i november förra året.

– Det är oroväckande att vi nu har påvisat den här typen av resistensgen i Sverige. Det var visserligen väntat, eftersom så många länder har rapporterat fynd, och det innebär ingen risk för folkhälsan här och nu, men det är ett oroande tecken inför framtiden och någonting som vi därför håller ögonen på, säger Thomas Åkerlund, enhetschef på Folkhälsomyndigheten, i ett pressmeddelande.

Anna Sofia Dahl

NYHET

Nu introducerar vi
SPIOLTO® RESPIMAT®
(tiotropium+olodaterol)



Ny behandling av KOL som bygger vidare på en stark grund

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

MedRESPIMAT®-inhalatornfrigörläkemedletlångsamtochmjukt,[1]vilketgörattdetnårdjuptner i lungorna.[4,5] Allt patienten behöver göra är att ta ett helt vanligt andetag.



SPIOLTO® RESPIMAT®

Spiolto® Respimat® (tiotropium+olodaterol), antikolinergikum i kombination med beta$_2$-agonist, luftrörsvidgande, Rx, (F) 2,5 mikrogram/2,5 mikrogram, inhalationsvätska, lösning. **Indikation:** Spiolto Respimat är indicerat som bronkdilaterande underhållsbehandling för lindring av symtom hos vuxna patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). **Dosering:** 5 mikrogram tiotropium och 5 mikrogram olodaterol givet som två puffar från Respimat®-inhalatorn en gång per dygn, vid samma tidpunkt varje dag. Två puffar från Respimat-inhalatorn motsvarar en dos av läkemedlet. **Varningar och försiktighet:** Spiolto Respimat ska inte användas mot astma eller för behandling av akuta bronkospasmer. Spiolto Respimat ska användas med försiktighet till patienter med måttlig till svårnjurfunktionsnedsättning, trångvinkelglaukom, prostatahyperplasi, blåshalsförträngning, hjärtinfarkt under det senaste året, instabil eller livshotande hjärtarytmi, sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt under det senaste året samt till patienter med diagnosen paroxysmal takykardi. Patienterna ska undvika att få Spiolto Respimat i ögonen. **Datum för senaste översyn av produktresumén:** 2015-06-18. För fullständig information om kontraindikationer, försiktighet, biverkningar och pris se www.fass.se. **Utgivningsår:** 2015.

Subventioneras endast för patienter som inte får tillräcklig effekt av långverkande antikolinergika eller långverkande beta-2-agonister som monoterapi.

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

Boehringer Ingelheim

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

SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

Resp-15-119

Miljövänliga förkläden testas i Skåne

I sjukvården i Region Skåne kommer man under våren att testa miljövänliga engångsförkläden gjorda av sockerrör, stärkelse och kalk.

Region Skåne använder runt fem miljoner förkläden per år, och detta är enligt regionen en av de största miljöbovarna.

De nya förklädena ska enligt regionens beräkningar minska koldioxidutsläppen med drygt 250 ton per år – från 280 till 25 ton – jämfört med den fossilbaserade motsvarigheten. Tanken är att en provserie av förklädena, som tagits fram tillsammans med en testpanel med representanter från vården, ska börja tillverkas under våren.

Förklädena tillverkas av sockerrör från Brasilien, kalk från Örebro och stärkelse från Kristianstad och består av 91 procent förnybart material. Produkten är helt ny och föregicks av en innovationsupphandling, där näringslivet fick lämna offerter på en produkt som ännu inte existerar.



Förklädena, som ska bestå av sockerrör (bilden) samt stärkelse och kalk, börjar tillverkas under våren.

– Verksamheten har varit väldigt aktiv för att testa de olika prototyperna. Vi har verkligen försökt jobba tillsammans i Region Skåne för att få förkläden som är miljövänliga, men också fungerar i vården, säger Region Skånes inköpsdirektör Louise Strand.

Kostnaden för de nya förklädena är högre än för den tidigare motsvarigheten. Enligt Louise Strand handlar det om 26 öre mer per förkläde, och det är en extrasatsning på miljön från Region Skånes sida.

Anna Sofia Dahl

Läs mer!
Fler nyhetsartiklar på Läkartidningen.se

I KORTHET

ANTIBIOTIKAFÖRSÄLJNINGEN GICK NER UNDER 2015

▶ Försäljningen av antibiotika på recept minskade förra året jämfört med 2014. Allra mest minskade den i Halland, Södermanland, Västra Götaland och Uppsala.

BRITTISKA UNDERLÄKARE STREJKADE IGEN

▶ Den andra 24-timmarsstrejken bland de brittiska underläkarna tog sin början förra onsdagen.

Då de brittiska underläkarna, »junior doctors«, gick ut i strejk i mitten av januari var det för första gången på 40 år. Låsningen mellan British Medical Association, BMA, som representerar 38 000 av landets 45 000 underläkare, och sjukvårdsministern Jeremy Hunt fortsätter.



NÄSTAN 50% LÄNGRE EKSEMFRI TID JÄMFÖRT MED REFERENSKRÄM.

EVIDENSBASERAD | 19 PUBLICERADE ARTIKLAR*.
BIDRAR TILL NORMALISERING AV TORR HUD.



Kostnadsbesparande vid atopisk eksem jämfört med referenskräm**.
Canoderms vattenbindande och barriärstärkande egenskaper bidrar till normalisering av torr hud och förebygger även återfall av atopiskt eksem.

Canoderm är ett registrerat läkemedel som kan förskrivas av läkare eller köpas receptfritt på närmaste apotek.

SV151209SA4

* http://www.aco.se/fler-varumaerken/canoderm/ ** Norrlid H et al. Acta Derm Venereol. 2015 Aug 25. doi: 10.2340/00015555-2221.
Canoderm® 5% karbamid, kräm, RX/OTC. ATC: D02AE01. Indikationer: Fuktighetsbevarande behandling av torr hud av olika genes och förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Förpackningar: 100 g tub, 210g tub, 500 g burk och 500 g refillburk. Dosering: Krämen smörjes in vid behov, gärna flera gånger dagligen samt alltid efter kontakt med vatten.För förebyggande av återfall av atopiskt eksem. Applicera krämen minst två gånger dagligen samt helst efter kontakt med vatten. Varningar och försiktighet: Undvik att smörja i ögon, näsa, öron, öppna sår eller på slemhinnor. Krämen kan ge lokal övergående sveda och värmekänsla. Ansiktet är särskilt känsligt. Kontraindikationer: Överkänslighet mot det aktiva innehållsämnet eller mot något hjälpämne. För fullständig förskrivarinformation och pris, se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 2014-07-24. Samtliga förpackningar utom 100g ingår i läkemedelsförmånen. ACO Hud Nordic AB www.aconordic.com

I november 2014 publicerade Läkartidningen en uppmärksammad debattartikel av den ALS-drabbade läkaren Ulf Ljungblad. Han riktade stark kritik mot den dåvarande ALS-forskningen och beskrev hur han med »off label«-behandling på sig själv för första gången lyckades bromsa ett ALS-förlopp. I dag, ett år senare, är Ulf Ljungblad fortfarande engagerad i forskningen om ALS och för att fler patienter ska få pröva »off label«-behandling mot ALS.

Se den sjuke läkaren

Läkartidningen träffar gynekologen och tidigare sjukhusdirektören Ulf Ljungblad hemma i 30-talslägenheten i stadsdelen Johanneberg i Göteborg, där han och hustrun Bibbi bor sedan femton år. I god funkisanda har man inte sparat på fönstren, och ljuset flödar in från alla håll i det rymliga vardagsrummet. Från den ena av de två balkongerna kan stadskärnan skönjas, från den andra har man utsikt över attraktionerna på Liseberg.

– Anledningen till att man överlever är att man har ett sådant trevligt rum att vara i, säger Ulf Ljungblad, vars liv i stort sett är begränsat till lägenheten sedan han för några månader sedan fick byta till en rullstol som inte klarar hissen.

I likhet med många ALS-drabbade var Ulf Ljungblad innan han insjuknade kärnfrisk och sportig. Det var under en offpist-vecka i mars 2010 som de första tydliga symtomen kom. Ulf Ljungblad upplevde en plötslig och oförklarlig svaghet i höger underben. Efter en tid utvecklades en lätt droppfot. Läkare trodde först att det kunde handla om diskbråck med pares, men själv misstänkte Ulf Ljungblad tidigt ALS. Sommaren 2011 fick han diagnosen.

Den första tiden utvecklades sjukdomen snabbt. Ett och halvt år efter att han märkt de första symtomen satt Ulf Ljungblad i rullstol.

– Enligt min doktor skulle jag, med den hastighet som sjukdomen utvecklades från början, ha varit död ett par år nu.

Ett skäl till att Ulf Ljungblad fortfarande lever är förmodligen den »off label«-behandling han och hans läkare inledde tillsammans med immunologer på Karolinska institutet som Ulf Ljungblad sedan tidigare samarbetade med. Man hade i prov sett att hans nivåer av en viss B-lymfocyt var avsevärt förhöjda. Efter att ha bekräftat iakttagelsen hos åtta andra ALS-patienter inledde man behandling med en monoklonal antikropp, rituximab. I artikeln i Läkartidningen beskrev Ulf Ljungblad hur han upplevde en närmast momentan förbättring. Bland annat försvann den tremor som gjorde att han inte kunde skriva på datorn. Styrkan och rörligheten i kroppen kom tillbaka och han kunde åter ta enstaka steg i lägenheten.

– Jag lyckades dessutom träna upp min överkropp så att jag kunde lyfta min egen vikt i rullstolen. Jag fick gå upp två centimeter i kragstorlek. Men jag är ju lite extrem, säger Ulf Ljungblad.

Det var enligt honom första gången i historien man med en terapi lyckats bromsa upp och till och med i viss mån vända ALS hos en patient. Effekten visade sig dock dessvärre inte vara bestående, och efter ungefär ett och ett halvt år började han försämras igen.

– Jag har blivit sämre i armarna. Det började sommaren 2014. Vi lyckades under den här sommaren bo på landet, vi har ett stort lantställe vid vattnet på Orust, men dit kommer jag aldrig mer.

Den enda etablerade behandling som finns mot ALS, riluzol, förlänger livet med i snitt några månader. Den påtagliga effekt som antikroppsbehandlingen hade på Ulf Ljungblad gjorde givetvis att man gärna ville testa den på fler patienter. I slutet av 2014 inleddes en klinisk studie vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. 22 patienter rekryterades innan vidare intag stoppades av Läkemedelsverket, som kommit fram till att studien, trots att det handlar om ett godkänt läkemedel, behövde tillstånd för läkemedelsprövning. ▶

ULF LJUNGBLAD

ÅLDER: 72

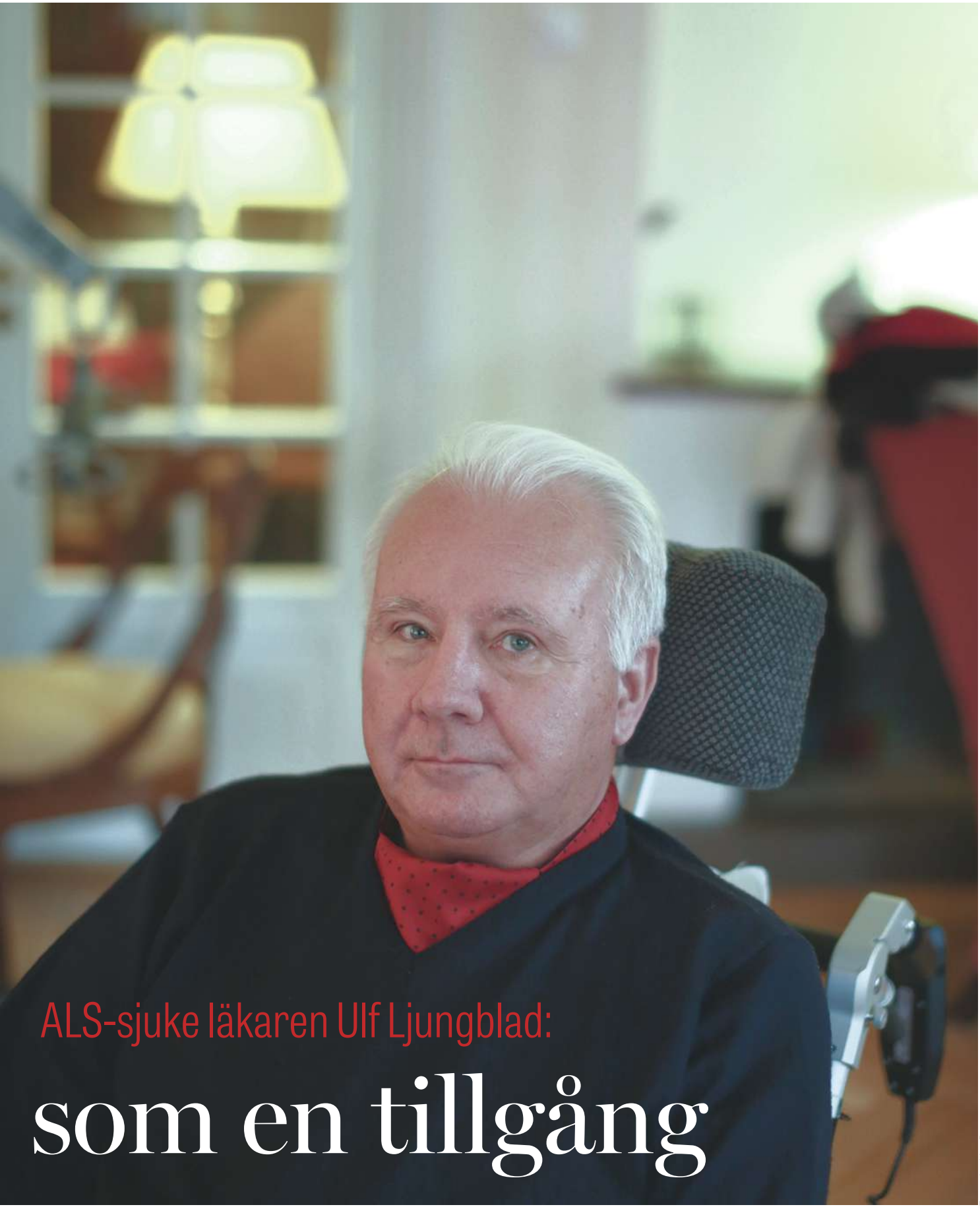
BOR: Göteborg

FAMILJ: Hustrun Bibbi, två barn och tre barnbarn

MEDICINSK SPECIALITET: Gynekologi och obstetrik

BAKGRUND:

- Specialistutbildning Vänersborg, 1971–1976
- Specialistläkare vid kvinnokliniken, Sahlgrenska, 1976–1983
- Disputerad 1983
- Chef för kvinnokliniken Varberg 1983–86
- Chef för kvinnokliniken i Borås, 1986–1992
- Chef för kvinnokliniken, senare chefsläkare och sjukhusdirektör Östra sjukhuset, Göteborg 1992–1997
- Divisionschef Akademiska sjukhuset, Uppsala 2000–2001
- Direktör sjukhuset Östfold, Norge 2001–2007
- Aktiv i Läkarförbundet via Chefsföreningen och Sylf. Under sju år ledamot i dåvarande Centralstyrelsen.
- Mångårig expert i Socialstyrelsens expertgrupp för gynekologi och obstetrik



ALS-sjuke läkaren Ulf Ljungblad:

som en tillgång

Foto: Joakim Roos

– Men det var flera patienter som blev mycket bättre och där sjukdomen bromsades upp.

Siktet är nu inställt på att starta en ny studie där man förutom rituximab även ska testa ett annat läkemedel som är under utveckling. Ulf Ljungblad får själv den »hemliga« behandlingen, men han har inte sett samma effekt som när han började med rituximab.

– Men det man ska tänka på när det gäller den här typen av sjukdomar är att ju tidigare i förloppet du sätter in behandlingen, desto större är möjligheten att lyckas.

Efter Ulf Ljungblads artikel, som även publicerats på engelska, har man i USA börjat behandla ALS med rituximab. Men i Sverige får enligt Ulf Ljungblad många ALS-patienter som vill prova rituximab som »off label«-behandling nej av sina läkare.

– Jag har fått ungefär 400 mejl efter artikeln och mängder av telefonsamtal. Många är från patienter som är förbannade över hur de blir bemötta när de vill bli behandlade med rituximab. Det är ju en substans man behandlar MS-patienter med fast den är inte godkänd för det. Ändå nekas ALS-patienter denna behandling med beskedet att det är oetiskt eller till och med olagligt.

Att många läkare inte verkar känna till att man har rätt att förskriva läkemedel »off label« upprör Ulf Ljungblad, som skulle vilja se en mer öppen attityd till att pröva nya behandlingar av patienter med dödliga tillstånd.

– Om du har en sjukdom där du har 100-procentig mortalitet, vad har du egentligen att förlora när det gäller att använda godkända läkemedel som använts på många andra patienter med icke-dödliga sjukdomar?

Men man har ju alltid som läkare ett ansvar att ge vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

– Visst, du ska ha visst vetenskapligt stöd för det. Men det har vi ju här. Vi tog ju inte substansen rakt ur luften, utan hade ett vetenskapligt stöd i att mina B-lymfocyter var förhöjda med 300 procent, säger Ulf Ljungblad, som tror att det i dag finns en större rädsla bland läkare för att gå utanför ramarna.

– Jag har ju jobbat som läkare sedan 1968 och det var mycket mer fritt att pröva nytt förr, det ansågs som självklart att man skulle försöka hjälpa. I dag verkar det som att empatin har försvunnit och det är rädslan som styr.

Samtidigt tycker han att det vore önskvärt med bättre koll på användningen av »off label«-läkemedel.

– Det pågår en diskussion i många länder i Europa om att varje land ska ha ett centralt register dit man rapporterar när man behandlar relativt sällsynta, allvarliga sjukdomar med godkända läkemedel för att man ska kunna göra en sammanställning och se i större populationer om medicinen hjälper.



»... det var mycket mer fritt att pröva nytt förr, det ansågs som självklart att man skulle försöka hjälpa. I dag verkar det som att empatin har försvunnit och det är rädslan som styr.«

ALS innebär att motoriska neuron bryts ned med förlamning som följd. Sjukdomen drabbar fler män än kvinnor, och ofta personer som i likhet med Ulf Ljungblad är fysiskt högaktiva. En studie i European Journal of Epidemiology från 2015 visar exempelvis att dubbelt så många i Vasaloppets elitskikt drabbas av ALS som i befolkningen i stort.

Exakt vad som orsakar ALS är inte känt, men forskningen bedrivs längs ett antal spår. Ett är att det handlar om mutationer, ett annat att det handlar om ansamling av glutamat i synapserna. Ett tredje spår är oxidativ stress och ett fjärde mitokondriell dysfunktion.

Själv är Ulf Ljungblad övertygad om att ett viktigt spår är det autoimmuna spåret, det vill säga att det är ett överaktivt immunsystem som angriper nervcellerna. Han var tillräckligt medicinskt erfaren för att se tydliga tecken på en kraftigt ökad aktivitet i sitt immunsystem efter att han insjuknade. Det var så man kom på tanken att utföra de immunologiska test som ledde till att man prövade rituximab.

Ulf Ljungblad tror att det autoimmuna spåret skulle bli mer uppmärksammat om forskningen oftare lyssnade på patienterna, till exempel genom djupintervjuer. Trötthet och smärtorna som så många ALS-patienter talar om är ju typiska symtom på inflammation, menar han.

– Det jag skulle vilja säga till mina kollegor är att de måste lära sig att lyssna



»Det jag skulle vilja säga till mina kollegor är att de måste lära sig att lyssna och lära sig av sina patienter«, säger Ulf Ljungblad här tillsammans med sin hustru Bibbi.

Foto: Joakim Roos

och lära sig av sina patienter. Att se patienten som en tillgång och den sjuke läkaren kanske som en ännu större tillgång.

Ulf Ljungblad följer fortfarande forskningen på området och har själv bara blivit mer övertygad om att autoimmunitet och autoinflammation utgör kärnan i ALS. Han konstaterar att åtta av de 22 patienterna i den kliniska studien med rituximab hade immunsvar som är typiska för autoimmunitet.

– Informationsflödet inom det autoimmuna området ökar hela tiden. Det är bara i Sverige som vi håller på med genetiken. Men genetiken kan inte förklara den 50-procentiga ökningen av sjukdomen på 20 år.

Enligt Ulf Ljungblad börjar det finnas ganska mycket information om att ALS utvecklas genom ett prionliknande förlopp, alltså en ansamling av felveckade proteiner. Förloppet skulle kunna triggas igång efter en autoimmun reaktion, menar Ulf Ljungblad, en reaktion som i sin tur antagligen kan starta på olika sätt.

– Det man ofta felaktigt gör som läkare är att man letar efter en orsak, och här är det inte en orsak. Orsaken till ALS i Sverige är inte samma som orsaken till ALS på Guam.

»Jag blir väldigt upprörd när det, som hände för några månader sedan, sitter en forskare och intervjuas i tv och får frågan om det kan vara en autoimmun sjukdom och forskaren säger att 'det kan det inte vara', trots att flera välrenommerade institutioner i dag anser det.«

Finns det något som du tror är den gemensamma nämnaren?

– Jag tror att det är just autoimmunitet som är den gemensamma nämnaren, för autoimmunitet kan framkallas av både trauma, infektioner och toxiner.

Trots att det alltså enligt Ulf Ljungblad är allt mer som tyder på att autoimmunitet är en central del i ALS finns det forskare i Sverige som förnekar kopplingen.

– Jag blir väldigt upprörd när det, som hände för några månader sedan, sitter en forskare och intervjuas i tv och får frågan om det kan vara en autoimmun sjukdom och forskaren säger att »det kan det inte vara«, trots att flera välrenommerade institutioner i dag anser det.

Ulf Ljungblads kritik mot ALS-forskningen handlar dock inte bara om att den har fel inriktning, utan om att det över huvud taget forskas för lite på denna sjukdom som varje år dömer runt 200 patienter till en mycket plågsam död.

– Det är ingen som är intresserad av folk som till 100 procent avlider. Patientföreningar inom ALS blir ju lite meningslösa när hälften dör inom två år, som Ulf Ljungblad drastiskt uttrycker det.

I dag är Ulf Ljungblads rörlighet begränsad till fingrar, ansikte och hals. Han kan fortfarande, tack vare speciella glasögon, styra pekaren på sin dator och exempelvis skriva mejl.

– Men det blir inte så långa mejl, det tar ju sådan tid.

Trots sin svåra sjukdom har Ulf Ljungblad för det mesta lyckats hålla humöret uppe. En stor vänkrets som ofta kommer på besök hjälper till. Något annat som engagerar är ett forskningsprojekt i Sydafrika som han initierat och som gäller en ny behandling mot HIV/aids. Bolaget som äger patentet kommer antagligen att börsintroduceras inom kort, och senare samma dag som Läkartidningen besöker honom ska han ha ett styrelsemöte över telefon.

– Men man tar ju väldigt mycket en dag eller en vecka i sänder. Jag tittar inte längre fram än maximalt till mars.

Hur framtiden ser ut för Ulf Ljungblad är ganska enkelt att förutsäga. Han blir redan i dag trött av längre samtal, och talförmågan kommer till slut att försvinna. Förmågan att svälja likaså. Har han otur kommer även ögonrörelserna att stanna, vilket skapar ett så kallat »locked-in syndrome«. Det sista som kommer att sluta fungera är andningen. Ett vanligt sätt att avlida för en ALS-patient är genom koldioxidnarkos.

Med en sådan prognos menar Ulf Ljungblad att det inte är förvånande att självmordsfrekvensen bland ALS-patienter är hög, sex gånger högre än i befolkningen i stort. Själv anser Ulf Ljungblad att dödshjälp borde bli tillåtet i Sverige. Han skrev provokativt i artikeln i Läkartidningen att ingen läkare borde få uttala sig om dödshjälp innan de fått ALS.

– Jag tycker på något sätt att det är en mänsklig rättighet om man har en dödlig sjukdom att få avsluta sitt liv med professionell hjälp. Det ska vara personal som gör det för att de vill hjälpa, inte för att de måste.

Undersökningar visar att det finns ett stort stöd hos den svenska allmänheten för dödshjälp. Men läkarkåren är delad. I en undersökning för några år sedan var 39 procent av de svenska läkarna mot läkarassisterat självmord, medan 34 procent var för.

Ulf Ljungblad tror att läkarkårens tvekan beror på att man är rädd att det ska påverka patienternas inställning till läkarna.

– Men all forskning i USA visar att så inte är fallet. Det är snarare så att allmänläkarens trovärdighet i de delstater i USA som infört läkarassisterat livsslut har ökat efter att man fått den här möjligheten. För det faktum att lagstiftningen finns gör att man tar upp och diskuterar frågan med sin allmänläkare redan innan man blir sjuk, säger Ulf Ljungblad, som poängterar att det inte är för sin egen skull som han argumenterar för dödshjälp.

– Jag har redan skrivit ut det jag behöver. Det är många kollegor som gör det, och det är därför suicidfrekvensen bland kollegor är högre. Men varför ska jag som läkare ha möjlighet till livsavslutande behandling när andra inte har det?

Text: **Michael Lövtrup**
Foto: **Joakim Roos**



Mer debatt på nätet

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

LÄSARKOMMENTARER

▶ »Karolinska är etikens Tjernobyl« (Läkartidningen. 2016;113:DWWE) är den mest kommenterade debattartikeln de senaste åren. Här följer utdrag ur några kommentarer.

Jag är inte själv kirurg och gläder mig åt en så initierad, klok och tydlig kommentar angående denna groteska skandal. *Sven Román*

Efter en hel karriär på Karolinska har jag den senaste tiden varit betryckt! Tack för ert civilkurage! *Sune Handell*

Jag har arbetat 30 år som läkare och har efter att ha sett denna dokumentär varit djupt bedrövad, framför allt å de opererade patienternas vägnar men också å hela professionens vägnar. *Ingrid Ehrenkrona*

Detta ger mig mardrömmar. Det är den värsta medicinska skandalen sedan tvångssteriliseringarna och neurosedynkatastrofen. *Karin Stenfeldt*

Detta är en skandal av den kaliber som kommer att hamna i läroböcker i medicinsk etik. *Bengt Marklund*

The Lancet accepterade artiklar i ämnet. Vem var referee? *Olof Kjellman*

Ompröva begreppet lumbago

Lågt sittande ryggsmärta sitter inte alltid i ländryggen, som vi gärna förleds att tro med begreppet lumbago. Engelskans »low back pain«, ryggslutssmärta, är mer heltäckande.



Martin Helldén, specialist i allmänmedicin, Avonova Hansahälsan, Visby
martinhellden@gmail.com

Nya avbildningstekniker av ländryggen har inte påtagligt förbättrat diagnostiken vid långvarig lågt sittande ryggsmärta. Inriktningen på patologin i ländryggraden är i många fall otillräcklig och felaktig. En förbättrad klinisk undersökning kan ge större diagnostisk säkerhet och öppna för annan behandling.

Jag har läst ett stort antal journaler från ortopeder och primärvårdsläkare, intervjuat lärare på Naprapathögskolan, diskuterat med erfarna sjukgymnaster och gått igenom aktuella läroböcker. Ett vanligt ländryggstatus görs först med patienten i stående med inspektion och palpation av strukturer och provokation i form av olika rörelser. Sedan undersöks patienten i liggande. Inget test av ländryggen utförs med patienten sittande.

Bäckenligamenten som fixerar sakroiliakaleden visar växlande grad av spänning beroende på om individen sitter eller står [1]. Detta gäller bland annat för posteriora sakroiliakaligamentet som fäster i spina iliaca posterior superior och tredje sakralkotan – en potentiell smärtgivare vid smärttillstånd i bäckenet [2]. Det är vedertaget att det i sakroiliakaleden uppstår en liten rörelse vid aktivitet i ryggen och nedre extremiteterna, vilken beskrivs som en translation och rotation eller båda i kombination [3]. Rörelsen är så liten och övergående att den är svår att registrera visuellt. Rörelserna i ländryggraden är mer påfallande.

Mina iakttagelser visar att en grupp patienter får olika smärtsvar vid stående jämfört med vid sittande status. Vid sidoflexion av ländryggen åt något håll i stående anger patienterna smärta över ena sidan av bäckenet. Vid samma rörelse i sittande uteblir smärtan. Detta ger misstanke om att den smärtgivande strukturen inte sitter i ländryggen. Patienterna beskriver spontan- och provokationssmärta över området kring spina iliaca posterior superior. Vid palpation har de smärta på ena eller båda sidorna.

Om man smärtlindrar med lidokain i anslutning till spina iliaca posterior superior upphör spontansmärtan inom några minuter, och vid rörelsetest uteblir smärtsvaret vid all provokation. Detta talar för en ligamentfästessmärta i anslutning till spina iliaca posterior superior.

En ny indikator behövs för uppföljningen

Vi vill bidra till att precisera frågan om hur sekundärprofylax efter osteoporosrelaterad fraktur genomförs och följs upp.

Jonas Hermansson, epidemiolog, post doc, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset (KI SÖS)
jonas.hermansson@sll.se

May Blom, med dr, enhetschef, vårdgivarstöd

Carl-Gustaf Elinder, professor; ordförande, Stockholms medicinska råd; alla tre vid stöd för evidensbaserad medicin, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting

Sari Ponzer, professor, verksamhetschef, VO ortopedi, Södersjukhuset, Stockholm

Maria Sääf, med dr, överläkare, Visby lasarett

Sekundärprofylax efter osteoporosrelaterad fraktur har fått ökad uppmärksamhet, delvis på grund av en indikator i Socialstyrelsens Öppna jämförelser [1]. Indikatorn speglar andelen patienter över 50 år (enbart kvinnor) som hämtat ut minst ett recept på benspecifika läkemedel det första året efter att de drabbats av förstagångsfraktur. I Stockholms läns landsting har resultatet varit jämförbart med riket eller lite sämre de senaste åren, och visar på underbehandling jämfört med nationella målnivåer [2].

Indikatorn fångar in en viktig grupp osteroporospatienter, men tidigare studier och opublicerade analyser indikerar att den bara fångar upp en mindre andel av gruppen potentiellt behandlingsbara patienter. Vi har därför försökt beräkna antalet patienter inom Stockholms läns landsting med en historik av lågenergifraktur.

Vi beräknade att 80 procent av de årligen inträffade fallen av osteoporosrelaterad fraktur var behandlingsbara i tre år, och beräknade att hälften av dessa behandlades i ytterligare två år. För att skatta utflödet av patienter sattes den årliga mortaliteten till 3 procent [3]. Alla antaganden har validerats av kliniska experter.

Läs mer!
Referenser till alla inlägg finns på Läkartidningen.se



Foto: Colourbox

Lågt sittande ryggsmärta sitter inte alltid i ländryggen.

I patienternas anamnes finns för det mesta ensidigt lågt sittande ryggsmärta, periodvis eller kontinuerlig, som provoceras av vissa rörelser i ryggen eller nedre extremiteterna. Smärtan sitter över bäckenet i anslutning till spina iliaca posterior superior. Vissa har benutstrålning. Durationen varierar från några dagar till 20 år eller längre. De flesta är kvinnor.

Under tio månader 2014 registrerade jag alla konsekutiva och för mig nya fall av ryggslutssmärta på en primärvårdsmottagning (31 patienter, 6 män och 25 kvinnor, mellan 23 och 92 år). Patienterna hade en smärtduration på 4 dagar–25 år. 15 personer (2 män) hade ligamentfästessmärta i anslutning till spina iliaca posterior superior (duration 5 dagar–25 år, median 6 veckor).

Dessa patienter är inte ovanliga och diagnostiseras (enligt min erfarenhet från 22 år i primärvården) i stort sett alltid som »lidande av besvär från ländryggen«. Beror det på att man vid provokationstest av ländryggen med patienten i stående luras av den tydliga rörelsen i ländryggen och därmed bortser från rörelsen i sakroiliakaleden med åtföljande dragning i omgivande ligament? Eller är vi bara offer för ordets makt över tanken: ryggslutssmärta = lumbago = ländryggssmärta?

Innan topisk diagnos ställts bör det bredare begreppet ryggslutssmärta användas. Förfina diagnostiken genom att lägga till provokationstest med patienten i sittande, utökad palpation av bäckenet – speciellt spina iliaca posterior superior – och diagnostisk smärtblockad. ○

● Författaren har steg-2 utbildning i ortopedmedicin.

av osteoporospatienter

För att skatta förekomsten av osteoporosrelaterade frakturer använde vi data från Svedbom et al (2013) [4]. Med antagandet att cirka 20,5 procent av alla frakturer i landet uppstår i Stockholmsregionen ger det totalt cirka 22 000 frakturer per år hos sluten- respektive öppenvårdade patienter. Beräkningarna visar att cirka 68 500 patienter kan vara behandlingskandidater i någon form. Detta kan jämföras med opublicerade data som visar att indikatorn i Öppna jämförelser endast fångar upp strax under 6 000 patienter per år. En påtaglig skillnad.

För att på ett optimalt sätt kunna följa upp sekundärprofylax föreslår vi en indikator som beaktar behandlingsgraden hos patienter med osteoporosrelaterad fraktur. Att diskutera läkemedelsbehandling för en grupp som endast utgör en del av den behandlingsbara gruppen osteoporospatienter lämnar för stor osäkerhetsgrad. Det behövs även en strategi för hur livsstilsrådgivning och liknande insatser ska följas upp på nationell nivå.

Resultatet från den aktuella indikatorn ger en bild av underbehandling som många av våra kollegor inte känner igen sig i. Vår förhoppning är att bidra till att precisera frågan om hur sekundärprofylax efter osteoporosrelaterad fraktur genomförs och följs upp. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

APROPÅ!

Forskning och samtycke



Jonas F Ludvigsson, barnläkare, professor, barn- och ungdomskliniken, Örebro universitetssjukhuset; Karolinska institutet
● jonasludvigsson@yahoo.com

▶ De nordiska länderna har mycket goda förutsättningar för framgångsrik registerbaserad forskning. Här finns nationella populationsbaserade register, i stort sett gratis sjukvård (kostnaderna täcks via skattsedeln), ett stort förtroende för forskning bland allmänheten, och inte minst personnummer [1]. Allt detta gör storskaliga länkningar möjliga.

De etiska aspekterna av registerbaserad forskning har debatterats flitigt med anledning av ett förslag i EU som är tänkt att reglera användningen av personuppgifter även inom forskning. EU-parlamentet, EU-kommissionen och ministerrådet kom i december 2015 överens om en ny lag där forskning erkänns som legitimt syfte för att använda persondata [2]. De etiska aspekterna av registerforskning är således ovanligt brännande och det finns ett intresse utanför de nordiska länderna för hur vi valt att låta etikkommittéer företräda patienters och individers intresse i samband med registerforskning.

I en nyligen publicerad översiktsartikel [3] beskriver vi (forskare från Danmark, Finland, Norge, Island och Sverige) de etiska aspekterna av registerforskning. Även juridiska förutsättningar, etikkommittéernas roll samt gemensamma nämnare för de nordiska etikansökningarna beskrivs. Vidare diskuteras begreppet informerat samtycke vid registerbaserad forskning och hur man ska kunna säkerställa att studiedeltagarnas integritet inte kränks.

Inom registerbaserad forskning krävs sällan informerat samtycke från enskilda studiedeltagare eftersom krav på samtycke riskerar att leda till selektionsbias. Vissa grupper (exempelvis barn, utlandsfödda och individer som löper hög risk för vissa sjukdomar) skulle sannolikt avstå från forskning i högre utsträckning än andra, vilket leder till skeva resultat.

Ytterligare skäl att avstå från informerat samtycke vid registerbaserad forskning är att kravet skulle omöjliggöra riktigt storskalig forskning (exempelvis när mer än 1 miljon individer deltar) samtidigt som ett stort bortfall minskar den statistiska styrkan.

»De etiska aspekterna av registerforskning är således ovanligt brännande …«

Eftersom mycket av den registerbaserade forskningen löper över lång tid och ofta baseras på redan insamlade data finns också en risk för att många studiedeltagare avlidit när det blir aktuellt att inhämta samtycke.

Slutligen skulle kostnaden för att hämta in individuella informerade samtycken bli gigantisk och hindra mycket forskning. Av ovanstående skäl har man i de nordiska länderna valt att låta etikkommittéer företräda allmänheten och göra en bedömning av forskningsetiska aspekter för varje enskild studie. Vi anser att det är viktigt att kunna behålla den nordiska modellen. ○

Läs mer! Fullständig referenslista finns på webben.



LÄSARKOMMENTARER

▶ Artikeln »Läkare kan märkas med chip« (Läkartidningen. 2016;113:DXH3) får en läsare att tänka på George Orwells »1984«. Här följer utdrag ur några kommentarer:

Kommer att tänka på »1984« av Orwell även om det förefaller vara en god tanke så som det ter sig. Men varför utelämna toabesök!? /.../ Vidare kan man fundera på vad det är för fel på vanliga mobiltelefoner?

Olof Malmberg

Borde inte motsvarande förslag bli att förse folk i administrationen med chip och sökare? Tidsvinster borde väl jagas i den delen av sjukvården också tycker man.

Magnus Landin

Kollade datumet, det är inte 1 april, för alla som undrade?

Mattis Gärtner Nilsson

I ett övervakningssamhälle har man bra kontroll över individer med chip. /.../ Hoppas att våra danska kollegor vägrar.

Birgit Sjolander Menge

VILKET ANSVAR HAR MEDFÖRFATTARE?

▶ Tyvärr åsidosätts internationella rekommendationer för författarskap allt oftare. Det finns kända forskningsprojekt där alla som vid tillfället råkar tillhöra forskargruppen automatiskt blir medförfattare till alla publikationer, vilket framgår när man slår upp deras namn i PubMed. Det är dags att fundera på värdet av dagens mode att göra enorma satsningar på »stjärnor« som ska ge glans och berömmelse, men även på vad medförfattarskap innebär, skriver Johnny Ludvigsson. Läkartidningen. 2016;113:DWXP.

Evidens finns för ventilbehandling till patienter med emfysem

Slutsatsen att det saknas evidens för effekten av ventilbehandling till patienter med gravt emfysem bör revideras.



Gunnar Hillerdal, överläkare, lungkliniken, Gävle
● gunnarhillerdal@comhem.se

Ännu en studie som visar god effekt av ventilbehandling hos strikt selekterade patienter med gravt emfysem har publicerats [1]. 84 patienter (alla före detta rökare med en residualvolym på minst 150 procent och en forcerad ensekundsvolym [FEV1] mindre än 60 procent av förväntat) hade vid datortomografi en »mållob«, det vill säga en lob som var mer uppblåst än de övriga, avgränsad med kompletta fissurer från omgivningen. Vid bronkoskopi hade 13 patienter kollateralventilation och 3 en bronkiell anatomi som omöjliggjorde ventilinsättning. Kvarvarande 68 randomiserades till att få ventiler eller följas upp i kontrollgrupp.

Efter sex månader gjordes nya mätningar. FEV1 (före ingreppet 29 procent av det förväntade i båda grupperna) hade stigit med 21 procent i ventilgruppen mot 3 i kontrollgruppen (P = 0,001), och 6-minuters gångtest hade förbättrats med 20 respektive försämrats med 4 procent (P <0,001). Förbättringarna i livskvalitet var statistiskt signifikanta. Efter sex månader erbjöds de som ville i kontrollgruppen ventiler och fick liknande förbättringar.



Foto: Fotolia/IBL

Ännu en studie visar att det hos lämpliga patienter finns en stor möjlighet att få en påtaglig förbättring av lungfunktion och livskvalitet med ventilbehandling.

»Att inte kunna erbjuda behandling till det fåtal patienter med gravt emfysem som är lämpade för det är inte förenligt med god läkaretik.«

En patient med ventiler avled efter 58 dagar i respiratorisk insufficiens. Pneumoni eller exacerbation som krävde sjukhusvård förekom i nio fall (sex i ventilgruppen och tre i kontrollgruppen, 18 respektive 9 procent). Sex patienter fick pneumotorax vid insättning; en försvann utan drän och två krävde dränage. Två fall ledde till att ventilerna togs ut, men nya sattes in efter 49 dagar. En patient fick en ny pneumotorax och man fick ta ut ventilerna. Hos två fall med behandling av vänster ovanlob uppstod torsion av underlobsbronken. Ventilerna togs ut och patienten tillfrisknade.

Studien visar att det finns en stor möjlighet att få en påtaglig förbättring av lungfunktion och livskvalitet hos lämpliga patienter. Cirka 60 procent svarade på ventilbehandlingen, vilket stämmer väl med en engelsk studie där 50 patienter randomiserades på samma sätt [2]. I den visas kraftig förbättring hos ungefär hälften, inga signifikanta skillnader i komplikationer, men två dödsfall bland dem som fick ventiler. Från Korea rapporteras 43 patienter med FEV1-stegring från 0,68 till 0,92 liter och 13 allvarligare komplikationer, varav ett dödsfall [3]. Effekten kvarstår flera år, och de som förbättras funktionellt verkar få förlängd överlevnad [4].

I Sverige är slutsatsen att det saknas evidens för metodens effektivitet. Den grundas på de första stora randomiserade studierna [5, 6] och bör revideras. Vi kan nu ganska lätt identifiera de patienter som kan ha nytta av ingreppet. Riskerna är små och i de flesta fall reversibla. Enstaka dödsfall finns, vilket inte är oväntat hos respiratoriskt svårt handikappade patienter. Pneumotorax med risk för tension förekommer, men uppstår som regel första dygnet. Patienten bör därför stanna två dygn på sjukhuset efter ingreppet.

Tyck till!
Läs och kommentera fler inlägg på Läkartidningen.se

Nu pågår en studie [opubl data] där vi kunnat inkludera lämpliga patienter. Inklusionen är snart klar och vi kan då inte längre erbjuda behandling. Att inte kunna erbjuda behandling till det fåtal patienter med gravt emfysem som är lämpade för det är inte förenligt med god läkaretik. Med tanke på riskerna bör dock ingreppet endast ske på centra där erfarenhet finns. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Du har fått helt nya förmåner som medlem i Läkarförbundet!

Danske Bank och Läkarförbundet har inlett ett långsiktigt samarbete som kommer att ge dig som medlem en hel del exklusiva förmåner.

Från och med nu kommer du t ex kunna få:

- Egen personlig rådgivare
- Våra vardagstjänster kostnadsfritt första året
- Bolån från låga 1,29 %*

Vi har fler förmåner som väntar på dig och som vi samlat i Danske Förmånsprogram. Gå in på danskebank.se/lakarforbundet och upptäck dem idag. Vårt mål är att du når dina.

Läs mer om erbjudandet på danskebank.se/lakarforbundet

I samarbete med:

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Danske Bank

* 3 månader 1,29 %. Effektiv ränta 1,298 %. Ex 2 Mkr/50 år, totalt 2 647 405 kr

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

2016 KARRIÄR KVÄLL för läkare

25 februari, kl 17.00-20.30

Karlstad

Scandic Karlstad City, Drottninggatan 4

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

17.00-18.00 Registrering, mat o mingel



18.10-18.40 **Fairouz Rustom** har utbildat sig till läkare i Syrien där hon har arbetat som gynekolog sedan 1994. Fairouz kom till Sverige i september 2012 och till Värmland under hösten 2014. Hon fick svensk läkarlegitimation i maj 2015 och har sedan dess arbetat som ST-läkare i gynekologi. Fairouz kommer bland annat att berätta om sin resa till läkaryrket i Sverige och vad hon tror behövs för att underlätta för andra läkare som är i liknande situation.

Inledning och kvällens moderator:
Marina Tuutma, ordförande Värmlands läkarförening och ledamot i Läkarförbundets förbundsstyrelse.



18.40-19.10 **Klaus Stein** har jobbat som distriktsläkare i Tyskland och Sverige, jeepdoktor i Kenya och under ebolautbrottet i Västafrika. Han har vidareutbildat sig till smärtläkare och jobbat som överläkare på CSK, forskat inom psykosomatik och smärtlindring och tjänstgör nu som distriktsläkare på Eda vårdcentral i Charlottenberg. Klaus anser att man har lyckats med sin karriär om man känner sig trygg i sin läkarroll och har skapat en positiv arbetsmiljö där det finns utrymme för att utveckla både sin kompetens och sin personlighet.

19.10-19.40 **Kaffe**



19.40-20.10 **Vendela Englund Burnett** är specialist i allmänmedicin. Redan som femåring såg Vendela sig som distriktsläkare. Som färdig specialist kom hon till Karlstad och Herrhagens VC 1989. 2001-2005 var hon chef för allmänmedicin i Värmland. 2009 startade hon tillsammans med några kollegor VC Åttkanten, ett företag där läkarprofession är en förutsättning för att få verksamhetsansvar. Vendela har i grunden haft samma uppdrag genom hela yrkeslivet, om än med olika ”hattar”. Hon är starkt idédriven och hennes karriärsteg syftar till att förverkliga målet: att forma en vettig och hållbar primärvård.

20.10-20.30 **Sammanfattning**

Anmäl dig på www.lakarforbundet.se/karriarevent

Karriärkvällen är exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet och deltagandet är kostnadsfritt.

Karriärkvällens utställare:

Folksam

DEDICARE

FÖRSVARSMAKTEN

Previa

Landstinget i Värmland

»Kanske tar det ett helt läkarliv att lära sig behärska balansen doktor och medmänniska.«

VI SITTER BLICKSTILLA precis bakom en glasruta och ser hur britsen med en människokropp sakta rullar in i den stora maskinen. Vi sitter så nära att jag inbillar mig att rutan immas vid varje andetag. Det är jag och två röntgensjuksköterskor. Ett par minuter tidigare har jag fått känna på magnetfältet och lyssna på maskinens dunder, det där som bildligt och bokstavligt tränger genom märg och ben. Upplevelsen var faktiskt en smula obehaglig, men personalen desto varmare.

Vi har talat om hur nedskärningarna gjort att tiden som varje patient får att förbereda sig inför sin resa i maskinen blivit allt mindre. Om vikten av att se till varje enskild människa trots en allt längre lista som ska betas av. Och hur något som ska matas på enligt löpandebandprincipen också ska ges utrymme att vara en unik, och kanske ibland också lite obehaglig, upplevelse.

Jag har röntgenplacering. En vecka av allmäntjänstgöringen på röntgenkliniken. En vecka att bekanta sig med bilddiagnostiken och faktiskt allt det där jag skickat patienter till. Maskineriet bakom de texter till svar jag får och på vilka jag grundar mina beslut om antibiotikainsättning, avlägsnande av dränage och administrering av sondmat. Och jag tillbringar en eftermiddag invid magnetkameran. Förvånas över dess tidsmaskinlika skepnad och inser att jag nog skickat en och annan överflödig remiss. Men framför allt vilket jobb som ligger bakom varje enskild undersökning.

MANNEN PÅ BRITSEN har stora hörlurar på sig för att skydda öronen från bullret. Strax intill honom sitter hustrun med likadana. I handen har de fått en knapp att trycka på om undersökningen skulle behöva avbrytas. Innan hon ledsagade honom in till det lilla rummet sa hon att hon redan visste vad undersökningen skulle visa, men att de ändå var glada att få den gjord. Och chansen var större att han skulle kunna ligga stilla om hon satt alldeles intill. Hon var säker på att tumören i tjocktarmen inte var ensam.

PÅ DEN STORA SKÄRMEN alldeles bredvid glasrutan framträder strax en bild. Bilden visar en hjärna med en utsådd av runda strukturer med omgivande svullnad. Dottertumörer. Vi sitter bakom glasrutan och ser alltihop. Och kvinnan som just nu vilar blicken på sin man visste redan det svar som kommer att lämnas via inremitterande doktor ett par dagar senare. Svaret ska lämnas av någon som förhoppningsvis har tid att tala om fortsättningen. Jag kommer på mig själv med att ha svårt att inte röja en min där och då när vi stilla betraktar varandra.

Kvinnan sitter med under hela undersökningen. Leder mannen ned från britsen och ut ur det lilla rummet. Nästa patient står redan förberedd att ta över platsen.

Jag får syn på paret ute på parkeringen på min väg hem. Han tycks inte hitta tillbaka till bilen. Hon pekar och håller honom i handen.

Det är en onsdagskväll på min röntgenvecka och jag gråter. Samtidigt som jag känner lite skam över hur jag låter deras sorg bli min. På en röntgenvecka.

Men kanske tar det ett helt läkarliv i anspråk att lära sig distinktionen mellan att känna med någon och att faktiskt känna det någon annan känner. Att behärska balansen doktor och medmänniska. Och att jag under just en röntgenvecka kan få tillåta mig att bara vara det sistnämnda.



Vendela Berglund,
underläkare AT, Region Gävleborg

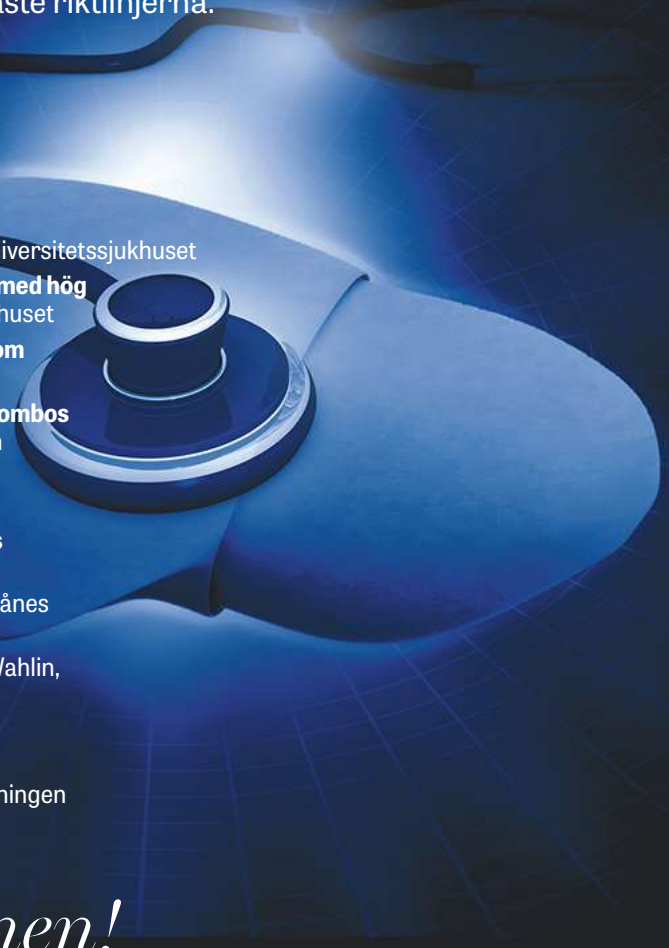
Läkartidningen arrangerar

Inbjudan till symposium

Den sviktande levern

SOPHIAHEMMET HÖGSKOLA, STOCKHOLM, 16 MARS 2016

Handläggningen av kroniskt leversjuka patienter är en utmaning. Akut dekompensation hos en patient med levercirros kan yttra sig som en bakteriell infektion, blödning, trombos, ascites, encefalopati, akut njursvikt eller multiorgansvikt. Detta symposium vänder sig till dig som träffar på dessa patienter och vill få en uppdatering om de senaste riktlinjerna.



PRELIMINÄRT PROGRAM DEN 16 MARS, 2016

12:00–13:00	**Registrering och lunch**
13:00–13:05	**Inledning**
13:05 – 13:15	**Akut dekompensation av kronisk leversjukdom kräver omedelbar handläggning** Docent Per Stål, Karolinska universitetssjukhuset
13:15–13:40	**Acute-on-chronic liver failure – en egen klinisk entitet med hög mortalitet** Dr Antti Oksanen, Karolinska universitetssjukhuset
13:40–14:05	**Infektioner är vanliga vid akut och kronisk leversjukdom** Dr Hannes Hagström, Karolinska universitetssjukhuset
14:05–14:45	**Akuta komplikationer vid levercirros – blödning och trombos** Prof Hanns-Ulrich Marschall, Sahlgrenska akademin och Med Dr Rupesh Rajani, Karolinska universitetssjukhuset
14:45–15:15	**Kaffe**
15:15 – 15:40	**Handläggning av ascites hos patienter med levercirros** Dr Inga-Lill Friis-Liby, Sahlgrenska universitetssjukhuset
15:40–16:05	**Akut njursvikt vid levercirros** Docent Hans Verbaan, Skånes universitetssjukhus
16:05–16:30	**Hepatisk encefalopati på akutkliniken** Docent Staffan Wahlin, Karolinska universitetssjukhuset
16:30–16:50	**Sammanfattning och frågor till panelen**

Moderator: Docent Per Stål, Karolinska universitetssjukhuset
Programansvariga: Svensk internmedicinsk leverklubb (SILK) och Läkartidningen

Välkommen!

Programoch anmälan:
Läkartidningen.se/events

PRIS: 1 895 kr + moms. Lunch och kaffe är inkluderat. Medlemmar i Sveriges läkarförbund erhåller 300 kr rabatt. Pensionärer som är medlemmar i Sveriges läkarförbund betalar 300 kr + moms. Studenter betalar 895 kr + moms. Anmälan är bindande men kan överlåtas till en kollega. Kontakta helene.engstrom@lakartidningen.se för mer information.
TID & PLATS: 16 mars 2016 kl 12:00–16:50. Sophiahemmet Högskola, Stockholm. Valhallavägen 91 i Stockholm, ingång R, längst ner i sjukhusområdet från Valhallavägen mitt emot Stadion.

Läkartidningen

KLINIK &VETENSKAP

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

278 Måttlig alkoholkonsumtion ger ingen positiv hälsoeffekt

272 Analysera, lyssna, åtgärda, be om ursäkt och lära

274 Skärpt blodtryckskontroll ger resultat hos högriskpatienter

276 Nya rön

282 ABC om armbågsskador hos barn

5 frågor till



Sven Andréasson, *professor och överläkare vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet i Stockholm,* som i en kritisk forskningsanalys konstaterar att det vetenskapliga stödet för att måttlig alkoholkonsumtion skulle ha skyddande hälsoeffekter är svagare än vad man i allmänhet har uppfattat. I artikeln pekar han bland annat på metodologiska svagheter i genomförda studier. Sidan 278.

Varför har du skrivit denna artikel för Läkartidningen?

Vi är många som varit skeptiska till den föregivna nyttan med alkoholkonsumtion, men vi har ändå accepterat den breda konsensus som funnits i litteraturen. Vid närmare granskning av studierna står det dock klart att bevisen inte är så övertygande. Detta är viktigt att förmedla.

Kan en artikel i Läkartidningen påverka den allmänna uppfattningen: »Lite vin är nyttigt för kärlen«?

Ja, läkarnas uppfattning spelar stor roll för den allmänna opinionen.

Hur ser du på »måttlig alkoholkonsumtion«? Vill du avråda helt?

Nej, det finns ingen anledning att jaga upp sig över måttligt drickande i allmänhet. Dock bör man klargöra att nyttan troligen lyser med sin frånvaro. Och dessutom är det viktigt att veta att även små mängder alkohol kan vara negativt för en del individer.

Dina medförfattare har internationell bredd (USA, Australien och Storbritannien). Hur kommer det sig?

Svenska Läkaresällskapet och nykterhetsorganisationen IOGT/NTO har gemensamt beslutat att producera årliga rapporter inom alkoholområdet. De har då bett internationellt ledande alkoholforskare att bli rapportförfattare. Vår artikel bygger på en sådan rapport, från 2014.

Skiljer sig svensk syn på alkohol från andra länders?

Historiskt sett har det varit så. Svenskarna har haft en betydligt mer restriktiv syn på alkohol än vad man har i andra länder. I viss mån är det så fortfarande, men utvecklingen har gått mot en mer liberal syn. ○

Så många frågor som måste få svar

DET ÄR SVÅRT ATT INTE REFLEKTERA över händelserna kring Paolo Macchiarini vid Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset. Det finns så mycket att fundera över! I medierna flödar nya uppgifter, heta känslor och uttalanden om vartannat. Karolinska institutets konsistorium har förklarat sig ha förtroende för Karolinska institutets ledning.

NÄR DETTA NUMMER av Läkartidningen går i tryck har det runnit ytterligare vatten under broarna. Kanske har huvuden börjat rulla. Flera olika utredningar har inletts. Hur kunde det gå så snett? Har vi ett systemfel i både forskningen och formerna för introduktion av innovationer i vården? Eller kan felen härledas till enskilda personers regelvidriga agerande?

»Vad ska vi säga om betydelsen av personlig karisma och stjärnstatus …«

Hur är det med ledningskulturen vid de båda institutionerna? Vad ska vi säga om betydelsen av personlig karisma och stjärnstatus i en miljö som till själva sin natur bör vara grundad i logik och vetenskap på högsta nivå? Hur ska vi i fortsättningen se på konceptet spetsforskning och vikten av att rekrytera elitforskare till våra universitet?



BEHÖVER HELA LÄKARKÅREN sättas i skolbänken för att lära grundläggande medicinsk etik? Kan alla läkare som ställer frågor »mot strömmen« anklagas för journalintrång? (Svaret på den sista frågan är troligen »ja«, eftersom det nog för varje kliniker går att hitta något tillfälle av journalanvändning som gränsar till det officiellt otillåtna.)

Jag väntar med spänning på alla svaren!

Ylva Böttiger, medicinsk redaktör
● ylva.bottiger@lakartidningen.se

Analysera, lyssna, åtgärda, be om ursäkt och lära

SÅ BLIR EN ORGANISATION SÄKER – OCH BÄTTRE



Pelle Gustafson, docent, chefläkare, medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm
pelle.gustafson@lof.se



Hans Rutberg, adjungerad professor i utvärdering och hälsoekonomi, särskilt kvalitetsutveckling och patientsäkerhet, Linköpings universitet

Det som kommit fram de senaste veckorna om vad som hänt på Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset behöver inte upprepas här, men vi kan konstatera att hanteringen av Macchiarini-ärendet har varit bristfällig.

Hittills har den karakteriserats av en slående tondövhet från både Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset. Såväl sjukhusets som institutets attityd har präglats av förnekande. Anställda som haft en avvikande uppfattning om vad som pågår har hotats med polisanmälan.

Av offentligt tillgängligt material att döma förefaller organisationernas riskanalyser och bedömningar av flera varningssignaler ha misslyckats. Några ursäkter värda namnet har till dags dato inte framförts. Förtroendet är i grunden skadat och mediedrevet bara fortsätter.

Att förhindra och hantera skandaler

Inga system eller organisationer är immuna mot säkerhetsproblem. Däremot finns det olika sätt att i första hand förhindra att skandaler uppstår och i andra hand hantera skandaler då de uppstår.

En viktig del i det förebyggande arbetet är riskanalyser och analys av varningssignaler. Om problemet väl är ett faktum handlar arbetet om att erkänna felet för att kunna finna orsaken, och därefter om att lära av vad som hänt för att förhindra upprepning.

Exemplet Mercedes-Benz A-klass

Hösten 1997 avsåg Mercedes-Benz lansera världens bästa småbil, Mercedes A-klass. Ambitionen var i det närmaste obegränsad. Bilen kom att skriva motorhistoria, men inte på det sätt Mercedes hade avsett.

Då tidningen Teknikens Värld några veckor efter världslanseringen testade bilen välte den. Mercedes första reaktion var att anklaga de svenska journalisterna för att ha fabricerat testresultaten. Tyska motorjournalister upprepade testen med samma resultat, och till slut stod det klart för alla att bilen hade allvarliga säkerhetsproblem.

De ansvariga inom Mercedes vägrade till en början att inse problemen, utan försökte lägga skulden på bl a däcktillverkaren. Inte förrän den allra högsta ledningen inom Daimler-Benz grep in hände något. Produktionen stoppades, de 2 600 bilar som byggts togs tillbaka, och kunderna fick ersättning. Analyser visade bl a att tyngdpunkten var för hög, något som inte hade fångats upp och beaktats i de otillräckliga och förhastade test som gjorts före lanseringen.

Skandalen vändes till försäljningsframgång

När bilen sedan åter sattes i produktion hade den bl a styvare fjädring och andra däck, men också ett nytt elektroniskt antisladdsystem, som tidigare bara erbjudits som tillval i exklusiva modeller. Testen skedde bl a med hjälp av de journalister som först hade avslöjat bristerna. När modellen på nytt lanserades skedde detta med en massiv världsomfattande kampanj, vilken inleddes med orden »Faktum är – vi gjorde misstag. Men vi har rättat till dem, och vi har lärt vår läxa«.

Modellen har sedan dess modifierats i flera omgångar, och A-klassen har blivit en av Mercedes största försäljningsframgångar. Mercedes-Benz namn är i dag starkare, och deras bilar säkrare, än någonsin.

Missförhållanden på brittiskt sjukhus

Våren 2013 publicerades den s k Francisrapporten om de skandalösa förhållandena vid sjukhuset i Stafford inom Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. Under åren 2005 till och med 2008 var den medicinska vården på sjukhuset i Stafford så dålig att mellan 400 och 1 200 patienter mer än vad som kunde förväntas avled. Dessutom fanns ett flertal rapporter från bl a tillsynsmyndigheter om undermålig omvårdnad.

Vittnesmål om missförhållanden kom från såväl patienter och anhöriga som anställda. Bland annat rapporterades om stora trycksår hos yngre patienter, att mat bars in till äldre patienter och bars ut igen utan kontroll att patienterna hade kunnat äta själva och att patienter kunde få ligga flera dygn i sin egen avföring. Dessa förhållanden var till viss del kända via olika rapporter och inspektioner, men hade inte föranlett någon reell åtgärd.

»En säkerhetsmedveten organisation vågar ifrågasätta sin kultur och sina rutiner …«

En av sjuksköterskorna på akutmottagningen vid sjukhuset, Helen Donnelly, hade skrivit över 175 avvikelserapporter utan resultat. Hon och Julie Bailey, dotter till en av de patienter som avlidit till följd av vanvård, bestämde sig för att försöka få en ändring till stånd. De fick initialt betala ett högt pris: Helen Donnelly fick avsked från sjukhuset, och Julie Bailey ombads sluta med sina aktiviteter och flytta från staden.

De valde dock att, tillsammans med andra, försöka påverka via externa kana-

HUVUDBUDSKAP

- Oredlighetsärendet på Karolinska institutet/Karolinska universitetssjukhuset visar på strukturella patientsäkerhetsproblem.
- Stora likheter finns med andra skandaler både inom och utanför sjukvård.
- Säkerhet skapas genom riskanalys, korrekt omhändertagande av varningssignaler, korrekta åtgärder, beredskap att erkänna fel och förmåga att dra lärdom av det inträffade.



Illustration: Fotolia

Ett givet första steg i att hantera och lära av sina misstag är att be om ursäkt. Genom att be patienter, anhöriga, medarbetare, forskare, anslagsgivare och andra drabbade om ursäkt för det som inträffat i Macchiarini-ärendet kan Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset visa på insikt om allvaret i det som hänt och att man är villig att lära av det och bli bättre.

ler, främst genom demonstrationer och via medier. Den granskning som bl a BBC då gjorde medförde att missförhållandena inte längre kunde döljas.

Brist på öppenhet och kritisk analys

En utomstående utredare, Sir Robert Francis, fick fria händer och lade i mars 2013 fram sin rapport, som otvetydigt beskriver en organisation i fritt fall [1].

Orsakerna till skandalen var att ledningen inriktade sig på affärsmässiga aspekter på driften av sjukhuset och inte satte patienternas behov i fokus, brist på öppenhet och kritisk analys i ledningens agerande och en kultur där ledningen bejakade och fäste större avseende vid positiv information än vid negativ.

Francis underströk även vikten av öppenhet, som innebär att oro och klagomål dels kan uttryckas i en organisation utan risk för repressalier, dels diskuteras öppet med patienter, allmänhet och medarbetare.

Premiärministrarna Gordon Brown och David Cameron tvingades som ytterst ansvariga för det statliga engelska sjukvårdssystemet att offentligt be om ursäkt, och ett mycket omfattande arbete med att ställa saker till rätta inleddes.

I dag finns sjukhuset kvar. Den vård som bedrivs där är numera mycket säkrare än för några år sedan. Processen att återupprätta förtroendet hos patienter och anhöriga är i gång. Både Helen Donnelly och Julie Bailey har fått upprättelse för sina insatser i samband med avslöjandet av skandalen, och även tilldelats Order of the British Empire »for services to the National Health Service«.

Uppmärksamhet i medier gav resultat

Tyvärr offentliggjordes i mars 2015 ännu en skandal inom det brittiska National Health Service, denna gång vid det lilla sjukhuset Furness General Hospital i nordvästra England [2]. Tre mödrar och 15 barn hade under åren 2004 till och med 2013 avlidit under eller strax efter förlossningen. Förhållandena var i vissa kretsar kända, men tystades ner. Ett flertal mindre utredningar hade inte gett något resultat.

En av de drivande i försöken att ställa saker till rätta var James Titcombe, pappa till Joshua, som var ett av de barn som avlidit. James Titcombe försökte upprepade gånger att få en förklaring via normala kanaler, utan att lyckas. Han såg sig därför tvungen att via medier försöka få en förändring till stånd, och lyckades.

Det som hänt kunde efter en omfattande utredning förklaras med bristande kompetens, dåligt samarbete mellan olika professioner, starka subkulturer inom och mellan professionerna samt en omfattande tystnadskultur.

Den över 200 sidor långa rapporten presenterar 44 olika förslag på vad som kan och måste göras. Det är värt att notera att det första förslaget är att be alla inblandade om ursäkt, dels för det som skett, dels för det bristfälliga sätt på vilket saken hanterats efter dödsfallen.

Nu pågår ett arbete, både lokalt och nationellt, för att förhindra en upprepning av det inträffade. The National Maternity Review [3], en grupp i vilken James Titcombe ingår, kommer inom kort att lägga fram förslag på hur brittisk förlossningsvård kan bli säkrare. Förslagen bygger på riskanalys, lyhördhet, analys och lärande.

Ärligt menad ursäkt är tecken på insikt

Det kommer alltid att finnas brister i alla organisationer. Inom sjukvård kan det handla om individuella tillkortakommanden eller systemfel som gör att patientsäkerheten är sämre än den borde vara. Men en säkerhetsmedveten organisation känner till att svagheter existerar. Genom att riskanalysera, lyssna, åtgärda och lära arbetar organisationen ständigt för att höja säkerheten. Om en oönskad händelse har inträffat ber man om ursäkt dels för att visa att man uppfattat situationens allvar, dels för att visa att signaler om eventuella svagheter är viktiga, dels för att visa en vilja att bli bättre.

En ärligt menad ursäkt är ett tecken på insikt: »det här blev inte bra – vi kan bättre«. En säkerhetsmedveten organisation vågar ifrågasätta sin kultur och sina rutiner, lära av både signaler och av det som inträffat, och blir på så vis både bättre och säkrare.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det nu inte avgörande vem eller vilka som felat och om de eventuellt ska avgå eller inte. Tvärtom kan avskedanden utan organisatoriskt lärande öka risken för upprepning. Det avgörande nu är huruvida Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset som organisationer lärt sig av det som inträffat och hur man har hanterat det.

Ett givet första steg i detta lärande är att be alla dem som drabbats om ursäkt. Det gäller patienter, anhöriga, medarbetare, forskare, anslagsgivare och andra som drabbats. Då visar institutet och sjukhuset att man har förstått det som hänt, att man inser att det inte är bra, att man är villig att lära av det inträffade och bli bättre.

Resten av forsknings- och sjukvårds-Sverige kan också lära: Var finns riskerna i den egna organisationen? Hur fångar vi upp dem och beskriver dem? Vilka är varningssignalerna? Gör vi korrekta analyser? Är vi beredda att be om ursäkt? Har vi system för att lära av det inträffade? ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Pelle Gustafson har sedan 2013 en anknytning (affiliering) till Medical Management Centrum (MMC), institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME) vid Karolinska institutet.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DXFZ

REFERENSER

1. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. Final report. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/report
2. Kirkup B. The Report of the Morecambe Bay Investigation. March 2015. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/408480/47487_MBI_Accessible_v0.1.pdf
3. National Health Service. The Maternity Review Board. https://www.england.nhs.uk/tag/maternity-review/

Skärpt blodtryckskontroll ger resultat hos högriskpatienter

AMERIKANSKA SPRINT GER ÖKAD EVIDENS FÖR NYTTAN AV PREVENTION



Anders Gottsäter, adjungerad professor, överläkare, kärlsektionen, Skånes universitetssjukhus; institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö



Thomas Kahan, professor, överläkare, hjärtmedicin, Danderyds sjukhus; institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Karolinska institutet, Stockholm



Peter M Nilsson, professor, överläkare, VO internmedicin; institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Malmö

● peter.nilsson@med.lu.se

Hypertonibehandling är en viktig och integrerad del av kardiovaskulär prevention och föremål för såväl svenska rekommendationer från Läkemedelsverket 2014 som internationella riktlinjer, summerade i Läkartidningen [1, 2]. Ett blodtryck <140/90 mm Hg rekommenderas för de flesta patienter med behandlingskrävande hypertoni.

Ett lägre blodtrycksmål har debatterats för dem med samtidig annan sjukdom som diabetes, njursjukdom eller etablerad kardiovaskulär sjukdom, liksom ett högre målvärde för äldre personer.

Blodtrycksmål har medicinsk betydelse men också andra konsekvenser som kostnader för och belastning på sjukvården samt acceptans och tolererbarhet hos den enskilda patienten.

Vi har i dag väl dokumenterade, effektiva antihypertensiva läkemedel, men fortfarande når endast hälften av alla svenska patienter med hypertonibehandling målvärdet.

SPRINT – design och resultat

Nu har resultat av betydelse även för svensk debatt publicerats från en stor amerikansk behandlingsstudie »Systolic blood pressure intervention trial« (SPRINT), som med stöd från amerikanska myndigheter jämförde effekten på kardiovaskulära händelser och död av att sänka det systoliska blodtrycket till <120 eller <140 mm Hg [3-5].

SPRINT var en randomiserad, kontrollerad öppen studie vid 102 centra i USA med ett representativt befolkningsurval (som inkluderade bl a 31 procent afroamerikaner). Deltagarna hade genomsnittligt en hög kardiovaskulär risk (Framinghamriskpoäng 20) och ofta samtidig kardiovaskulär sjukdom (20 procent), njursjukdom (28 procent) eller ålder >75 år (28 procent).

Bakgrundsbehandling med statiner och ASA var vanligt förekommande (43 respektive 51 procent), och deltagarna hade i medeltal 1,8 antihypertensiva läkemedel per patient.

Exklusionskriterier utgjordes av diabetes mellitus, tidigare stroke eller kronisk njursjukdom, bl a eftersom man bedömde att dessa patientgrupper hade undersökts i andra studier.

Totalt randomiserades 9 361 högriskpatienter med systoliskt blodtryck ≥130 mm Hg till målet <120 mm Hg (intensiv behandling) eller <140 mm Hg (kontroll). Det primära effektmåttet för utfallet var en kombination av akut koronart syndrom, stroke, hjärtsvikt och kardiovaskulär död.

Efter 1 år var medelblodtrycket i grupperna 121 respektive 136 mm Hg. I intensivarmen gavs i medeltal 2,8 antihypertensiva läkemedel per patient.

Avbröts i förtid

SPRINT avbröts i förtid i september 2015 efter en medeluppföljningstid av 3,3 år på rekommendation av säkerhetskommittén, eftersom man registrerat färre kardiovaskulära händelser (primärt utfall) och lägre total mortalitet i den intensivt behandlade gruppen.

Då studien avslutades hade 562 patienter drabbats av en primär händelse, och totalt 365 patienter hade avlidit. Färre patienter i intensivarmen drabbades av primär händelse än i kontrollarmen (1,6 procent jämfört med 2,1 procent per år); hazardkvot (HR) 0,75 (95 procents konfidensintervall [KI]: 0,64–0,89; P < 0,001). Total mortalitet var också lägre i intensivarmen; HR 0,73 (95 procents KI: 0,60–0,90; P = 0,003).

I intensivarmen rapporterades oftare hypotoni, svimning, akut njurskada och elektrolytrubbning (men inte fallskador eller ortostatiska besvär). Sammantaget var risken för allvarliga komplikationer låg och inte olika mellan grupperna (P = 0,25). Författarna till SPRINT-studien konkluderar därför [3] att målblodtrycket <120 mm Hg hos patienter med hög kardiovaskulär risk (men utan diabetes eller tidigare stroke) resulterade i färre letala och icke-letala kardiovaskulära händelser samt minskad total dödlighet än blodtrycksmålet <140 mm Hg, trots högre risk för vissa komplikationer.

»... eftersom man registrerat färre kardiovaskulära händelser (primärt utfall) och lägre total mortalitet i den intensivt behandlade gruppen.«

Frågor efter studien

SPRINT-studien lade stor vikt vid att mäta blodtrycket på ett standardiserat sätt i vila på mottagningen och att regelbundet följa patientens blodtrycksnivå, men ambulatorisk blodtrycksmätning eller mätning i hemmet ingick inte. Man använde en

HUVUDBUDSKAP

- Patienter med hypertoni och hög risk för kardiovaskulära komplikationer är en målgrupp för preventiva insatser med såväl förbättrad livsstil som läkemedelsbehandling.
- Målblodtryck för behandling bör styras av absolut kardiovaskulär risk och tillgänglig evidens.
- Med den amerikanska SPRINT-studien finns nu belägg för ökad nytta med intensifierad blodtrycksbehandling för högriskpatienter utan diabetes men med tidigare kardiovaskulär sjukdom samt för äldre.
- Vid tolkningen av SPRINT bör hänsyn tas till hur blodtrycket uppmättes i studien, vilket kan modifiera synen på blodtrycksmål vid vanlig mätning av blodtryck på mottagningen i klinisk vardag.



Foto: Colourbox

Patienter med hypertoni och hög risk för kardiovaskulära komplikationer drabbas av färre hjärt–kärlhändelser och lägre total mortalitet med ambitiös blodtryckskontroll och målvärde för systoliskt blodtryck <120 mm Hg. Detta visar den amerikanska studien SPRINT, som avbröts i förtid på grund av de goda resultaten i den intensivt behandlade gruppen.

oscillometrisk apparat (OMRON 907) inställd att automatiskt mäta blodtrycket 3 gånger efter 5 minuters sittande under tyst vila utan närvarande personal, varefter medelvärdet registrerades [6]. Detta sätt att mäta kan reducera den stressorsakade blodtrycksstegring som ofta ses i sjukvårdsmiljö (s k vitrockseffekt) [7]. Intressant är att sådan blodtrycksstegring inte elimineras när patienten själv får mäta sitt blodtryck på mottagningen [8].

Automatiserad blodtrycksmätning såsom den genomfördes i SPRINT anses ge ca 10/5 mm Hg lägre blodtryck än när blodtrycket mäts på det sätt som vanligen sker i klinisk praxis [7].

Sammantaget stödjer SPRINT en aktuell sammanställning (metaanalys) [9] talande för att mer intensiv blodtryckssänkning är av värde för patienter med hög kardiovaskulär risk. Målblodtrycket för dessa patienter bör sannolikt sänkas. Utmaningen nu är att överföra studiens resultat till lämpliga målvärden med hänsyn tagen till den kliniska vardagens praxis.

Förutom studiens huvudresultat presenteras flera hypotesgenererande subgruppsanalyser. Det förelåg ingen effektskillnad (ingen signifikant interaktion) mellan patienter med eller utan kronisk njursjukdom, ålder under eller över 75 år, olika kön eller etnicitet, tidigare kardiovaskulär sjukdom eller mellan olika systoliska blodtrycksintervall (<132, 132–145 eller >145 mm Hg).

Man noterade i den intensivbehandlade gruppen en 1,77 gånger ökad risk för akut njursvikt (P < 0,001), och deltagare utan tidigare njursjukdom hade också ökad risk för sänkt estimerad GFR (>30 procents reduktion till <60 ml/min/1,73 m^2) med HR 3,49 (95 procents KI: 2,44–5,10; P < 0,001). Resultaten kan sannolikt till viss del relateras till en större andel läkemedel som blockerade renin-angiotensin-aldosteronsystemet i den intensivbehandlade armen (77 procent vs 55 procent). Risker för njurkomplikationer vid alltför kraftig blodtryckssänkning måste dock belysas ytterligare.

Man såg ingen signifikant effekt på strokeinsjuknande i SPRINT: HR 0,89 (95 procents KI: 0,63–1,25; P = 0,50). Detta är något förvånande, eftersom strokerisken vanligen är starkt associerad med blodtrycksnivån. En orsak till resultaten kan vara det låga antalet fall av stroke i denna population, där samtidig behandling med statiner och acetylsalicylsyra var vanlig. Reducerad strokerisk vid systoliskt blodtryck <130 mm Hg får dock anses vara väl underbyggd [10].

SPRINT i ett svenskt perspektiv

För svenskt vidkommande stärks rekommendationerna från Läkemedelsverket 2014 om ökade preventiva insatser för patienter med hög kardiovaskulär risk, där behandling med samma blodtrycksmål också bör erbjudas de äldre.

Studien pekar på viss ökad risk för njurpåverkan vid intensiv blodtryckssänkning, vilket bör föranleda noggrann uppföljning.

De hälsoekonomiska och sjukvårdsorganisatoriska konsekvenserna av att erbjuda patienter med hög kardiovaskulär risk en mer intensiv blodtryckssänkning är viktiga och återstår att belysa. Man bör ha i åtanke att resultaten begränsas till en studiepopulation utan diabetes eller tidigare stroke och att deltagarna inte helt speglar svenska förhållanden beträffande bl a etnisk sammansättning, varför resultaten inte kan generaliseras till alla patienter med högt blodtryck.

Ambulatorisk blodtrycksmätning samt egeninsatser av patienter med ökad användning av hemblodtrycksmätning bidrar till förbättrad blodtryckskontroll [11]. Därutöver måste resultaten i SPRINT leda till vidare diskussion [12-15], bl a om hur vi bäst bör mäta blodtrycket och erbjuda uppföljning av patienter med hypertoni och hög kardiovaskulär risk. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Anders Gottsäter deltar i kliniska prövningar i regi av AstraZeneca, Bayer och Pfizer. Han har deltagit i utbildningsaktiviteter eller med expertsynpunkter i referensgrupper för följande företag: AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, LEO Pharma, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer och Sanofi. Dessutom har han anlitats av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för expertuppdrag. Han är ordförande i Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin (SVM). Thomas Kahan deltar i kliniska prövningar med stöd till Karolinska institutet från Celladon, Medtronic, Pfizer och Servier. Han är styrelsemedlem i European Society of Hypertension. Peter M Nilsson har deltagit i utbildningsaktiviteter i regi av läkemedelsföretag verksamma inom kardiovaskulär medicin samt i kliniska prövningar. Han har även deltagit med expertsynpunkter i referensgrupper för Pfizer och MSD (lipidsänkare) samt AstraZeneca/Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, MSD och Novartis (antidiabetesläkemedel). Dessutom har han anlitats av Läkemedelsverket, SBU och TLV för expertuppdrag. Han är styrelsemedlem i World Hypertension League.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DT9A

Läs mer!
Fullständig referenslista på läkartidningen.se

REFERENSER

1. Kahan T, Carlberg B, Nilsson PM. Hypertoni är största hotet mot global hälsa. Ger ökad risk för framför allt hjärt-kärlsjukdom, demens och njursjukdom. Läkartidningen. 2013;110:CCAF.
2. Claesson K, Kahan T, Nilsson PM. Nya rekommendationer om hjärt-kärlprevention med läkemedel. Läkemedelsverket förordar riskskattning inför val av behandling. Läkartidningen. 2014;111:CYD3.
3. SPRINT Research Group; Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med. 2015;373(22):2103-16.
4. Perkovic V, Rodgers A. Redefining blood-pressure targets – SPRINT starts the marathon. N Engl J Med. 2015;373(22):2175-8.
5. Drazen JM, Morrissey S, Campion EW, et al. A SPRINT to the finish. N Engl J Med. 2015;373(22):2174-5.

Internetbaserad KBT hade effekt vid sömnsvårigheter

I en australisk studie behandlades drygt 500 individer med sömnsvårigheter och lindriga depressiva symtom med en internetbaserad metod. Grundprincipen är att få deltagaren att förändra sitt beteende och sina tankar kring sömn genom KBT. Tekniken bygger på att deltagaren sitter vid en dator och är helt automatiserad, det vill säga inte har kontakt med någon terapeut, vare sig fysiskt eller via datorn.

Programmet (SHUTi, Sleep healthy using the internet) används under sex veckor. Det författarna tittat på är sömnsvårigheter och depressiva symtom efter sex månader, det vill säga drygt fyra månader efter att behandlingen avslutats. En placebogrupp med ytterligare 500 patienter fick använda ett internetbaserat program som informerar om hälsa i allmänhet utan att specifikt vara KBT-baserat eller inriktat på sömn. Resultatet hos behandlings- och placebogruppen har följts med skattning på en skala (Patient health questionnaire, PHQ-9) som patienterna gjorde per telefon.

Det visade sig att det internetbaserade KBT-programmet hade förbättrat deltagarnas sömnproblem efter sex månader, och dessutom minskat depressionssymtomen. Notera att detta avser depressionssymtom som sammantaget inte var så allvarliga att individen uppfyllde kriterier för en depressionsdiagnos vid studiens början. Däremot gav programmet ingen effekt vad gäller allvarlig försämring av symtomen; totalt utvecklade 4 procent en depression och avseende detta noterades ingen skillnad mellan dem som fått aktiv behandling och placebogruppen.

Intressant är att programmet fokuserade på sömnproblem, inte depressionssymtom. Trots det påverkades depressiva symtom till det bättre, något som visar att sömnstörningar och depression ofta går hand i hand.

Läs mer!
En längre text finns att läsa på Läkartidningen.se

Anders Hansen,
specialistläkare, psykiatri, Stockholm

Christensen H, et al. Lancet Psychiatry. Epub 27 jan 2016. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00536-2

Diagnoskriterier för KOL gav olika bild av riskfaktorer

Autoreferat. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en av världens vanligaste dödsorsaker och beräknas bli ännu vanligare i framtiden. Förvånansvärt lite är emellertid känt om epidemiologi och särskilt incidens [1, 2]. Diagnostiken vilar på klinisk misstanke, baserad på undersökningsfynd och anamnes samt undersökning av lungfunktionen med spirometri. Tolkning av spirometrin grundar sig på mått av luftflödesbegränsning (förhållandet mellan forcerad exspiratorisk volym på 1 sekund (FEV_1) och vitalkapacitet (VC).

Det finns i nuläget två alternativa spirometrikriterier för KOL-diagnos. Dels lägre normalgräns (lower limit of normal, LLN), som tar hänsyn till bland annat ålder och kön, dels en fast kvot mellan FEV_1 och VC på 0,7 som är oberoende av ålder/kön och som förespråkas av GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease).



Det är känt att luftflödet påverkas av normalt åldrande och kön, vilket innebär att den fasta kvoten riskerar att leda till feldiagnostik på grund av variationer med ålder och kön. Kunskap om riskfaktorer, prevalens och incidens av KOL är dock baserad på GOLD-metoden. Rökning, ålder samt inandning av andra skadliga partiklar är riskfaktorer som belagts. Men GOLD-metoden har inte kunnat fastställa att kön är en riskfaktor för KOL. Longitudinella studier som jämför metoderna är få. European Respiratory Society (ERS) och American Thoracic Society (ATS) rekommenderar trots det numera användning av LLN vid diagnostik av KOL.

I en longitudinell studie över 6 år har riskfaktorer och incidens av KOL med både GOLD- och LLN-kriterier studerats i en allmän befolkning (65–100 år) [1]. En godkänd bas- och återbesöksundersökning gjordes på 984 individer i populationen. Precis som vid tidigare studier var ålder en mycket stark riskfaktor för KOL med GOLD-metoden, samtidigt som kön inte var det. Med LLN-kriteriet framstår däremot kvinnligt kön som en nästan lika stark riskfaktor som aktiv rökning samtidigt som betydelsen av ålder mattas av betydligt.

Att två alternativa metoder ger vitt spridda resultat för en så pass vanlig och allvarlig sjukdom som KOL är anmärkningsvärt. I Sverige förespråkar Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för KOL en fast kvot på 0,7. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för astma och KOL finns utförlig information om olika sätt att utföra spirometri, men ingen rekommendation om tolkning av resultatet.

Det kan vara viktigt för klinisk verksamhet att notera att en fast kvot på 0,7 som spirometriskt kriterium för KOL ger stor risk för överdiagnostik hos äldre, särskilt män, och att äldre kvinnor tycks ha större risk för insjuknande i KOL än vad som varit allmänt känt.

Johannes A Luoto,
doktorand, ST-läkare, avdelningen för geriatrik/institutionen för hälsovetenskaper

Per Wollmer,
professor, överläkare, enheten för klinisk fysiologi och nuklearmedicin/institutionen för kliniska vetenskaper; båda Skånes universitetssjukhus/Lunds universitet

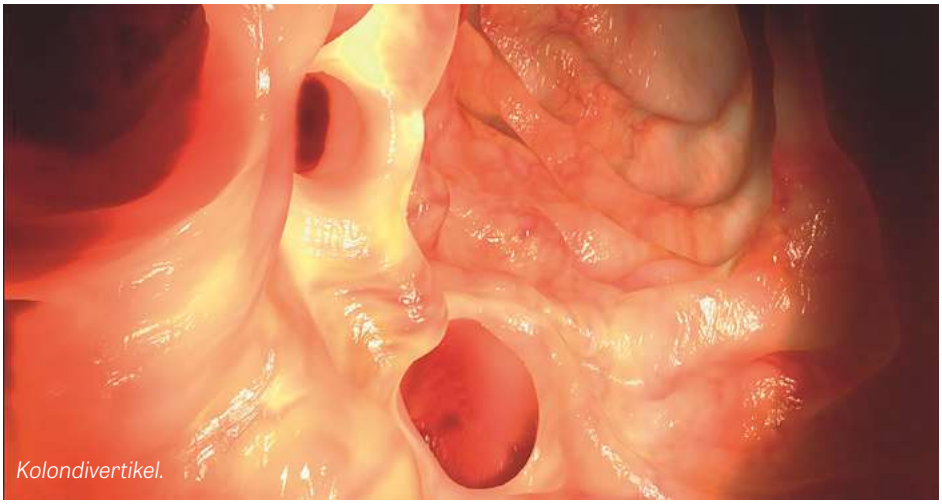
Luoto, JA, et al. Eur Respir J. 2016;47:461-72.
World Health Organization. Burden of COPD. http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/

Psykisk problematik hos män var kopplad till ökad risk att utöva våld

Avhandling. Förhållandet mellan psykisk problematik och våldsanvändning är komplicerat på grund av inblandning av flera andra tidiga riskfaktorer. I en aktuell avhandling undersöktes detta förhållande, det serotonerga systemets betydelse för våld samt dödligheten hos utövare av våld.

En årskull med 49 000 svenska män följdes upp i belastningsregister och dödsorsaksregister i 35 år efter mönstringen. En klinisk kohort med 161 psykiatriska patienter som hade genomfört ett självmordsförsök intervjuades om våld, och hos 42 av dem hade en serotoninmetabolit (5-HIAA) uppmätts i cerebrospinalvätskan (CSF).

Våldsanvändningen och dödligheten studerades genom gruppjämförelser, korrelations- och regressionsanalyser. Kontroll skedde för flera andra riskfaktorer för våld och död. Intellektuell funktionsnedsättning, missbruk och beroende samt tidiga beteendeproblem (inklusive våldsamt beteende i barndomen) var förenade



Kolondivertikel.

Foto: Juan Gärtner/Fotolia/IBL

Laparoskopiskt lavage vid divertikulit minskade reoperationsrisk

Avhandling. Tjocktarmsfickor (kolondivertiklar) förekommer hos 5–10 procent av 40-åringar och 50 procent av 70-åringar i västvärlden. Omkring en femtedel utvecklar symtom, så kallad divertikelsjukdom.

Inflammation i en divertikel drabbar cirka 20 procent av patienter med divertikelsjukdom. Komplicerad divertikulit kan kräva inneliggande observation, antibiotikabehandling och i en del fall operation. Vid perforation kan ett livshotande tillstånd uppstå. Perforerad divertikulit kan klassificeras som grad I–IV enligt Hinchey. Hinchey grad I och II är perforationer som inneslutits i en abscess, vilket i dag kan behandlas med perkutant dränage. Hinchey grad III (purulent peritonit) och grad IV (fekal peritonit) kräver akut operation.

Den traditionella behandlingen vid Hinchey grad III och IV är Hartmanns operation (kolonresektion och upplägg-ning av kolostomi). Denna behandling är behäftad med komplikationer och viss mortalitet. På 1990-talet beskrevs en metod där resektion undveks genom att enbart spola bukhålan omsorgsfullt via laparoskopi, så kallad laparoskopiskt lavage [1]. I efterföljande studier rapporterades fördelar med metoden, men på grund av studiernas design var evidensvärdet lågt.

I den aktuella avhandlingen [2] ingår en retrospektiv kartläggning i ett konsekutivt material med patienter som genomgått akut operation med kolonresektion på grund av perforerad divertikulit vid Sahlgrenska universitetssjukhuset 2003–2008 (n=106). 44 procent av patienterna genomgick en eller flera reoperationer. Medeluppföljningstid var 3,2 år (0–6,3 år), medelvårdtiden var 17 dagar vid första vårdtillfället (1–111 dagar) och 6 procent avled under första vårdtillfället. Vid uppföljningens slut hade 40 procent kvarvarande stomi. Studieresultat användes vid design av den prospektiva randomiserade studien DILALA.

DILALA inkluderade patienter med perforerad divertikulit (Hinchey grad III) vid nio sjukhus i Sverige och Danmark. Vi jämförde Hartmanns operation (kontrollgrupp, n = 40) med laparoskopiskt lavage (intervention, n = 43). Primärt effektmått var andel patienter som genomgått en eller flera reoperationer inom 12 månader efter den initiala akutoperationen. I det korta tidsperspektivet (30 dagar) fann vi kortare genomsnittlig operationstid för laparoskopiskt lavage jämfört med Hartmanns operation (1 tim 8 min versus 2 tim 34 min, P < 0,0001). Patienterna behandlade med lavage hade kortare tid på uppvakningsavdelning (4 tim respektive 6 tim, P = 0,045) och kortare vårdtid (6 respektive 9 dagar, P < 0,05). Andelen patienter som reopererats efter att ha genomgått laparoskopiskt lavage inom 1 år var 28 procent jämfört med 63 procent för Hartmanns operation (P = 0,004). Det förelåg inga säkerhetsställda skillnader i komplikationer eller i dödlighet mellan de två behandlingarna.

Efter behandling med Hartmanns operation för perforerad divertikulit föreligger en betydande risk för reoperation, en icke obetydlig dödlighet samt risk för permanent stomi. Laparoskopiskt lavage som behandling vid perforerad divertikulit (Hinchey grad III) reducerar risken för att reopereras med 60 procent och minskar vårdbehovet.

Anders Thornell,
med dr, specialistläkare, institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för kirurgi, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet

O'Sullivan GC, et al. Am J Surg. 1996;171:432-4.
Anders Thornell. Laparoscopic lavage – a paradigm shift for the treatment of perforated diverticulitis with purulent peritonitis. Göteborg: Sahlgrenska akademin; 2015.

med en högre risk för våldsanvändning. Personlighetsstörning innebar en högre risk för våld hos män. Depressions-/ångestsyndrom betydde en viss riskökning för våldsanvändning, liksom att ha blivit utsatt för våld under barndomen.

Vi kunde se att våldsutsatthet under barndomen hade större betydelse för våldsanvändning som vuxen hos patienter med låga koncentrationer av 5-HIAA i CSF. Våldsamma återfallsförbrytare hade en högre risk att dö av alkohol- eller narkotikarelaterade tillstånd och självmord.

Inget samband mellan psykossjukdom och våldsbrott sågs i denna avhandling.

Våldsriskbedömningar på avancerad nivå bör inbegripa en grundlig psykiatrisk och psykologisk utvärdering, inklusive kognitiva test och information om tidiga beteendeproblem och utsatthet under barndomen.



Våldsriskbedömningar på basal nivå i den kliniska vardagen bör innehålla information om åtminstone missbruk och beroende samt tidigare våldsamhet. Intellektuell funktionsnedsättning ingår inte i dag i de vanligast förekommande riskbedömningsinstrumenten för våld, men tillståndet bör övervägas vid kommande revisioner.

Psykisk problematik kunde sammanfattningsvis visas förenad med riskökning för att utöva våld, och återfallsförbrytare i våldsbrott hade en högre dödlighet. Riskbedömningar för våld är också ett verktyg att identifiera våldsbrottslingar som löper högre risk att dö av behandlingsbar psykisk problematik.

Tomas Moberg,
med dr, specialistläkare i psykiatri och rättspsykiatri; Beroendecentrum, Stockholm

Moberg T. Mental disorders and violence risk; epidemiological and clinical cohort studies. Stockholm: Karolinska institutet; 2016.

Måttlig alkoholkonsumtion ger ingen positiv hälsoeffekt

EN KRITISK FORSKNINGSANALYS

Sven Andréasson, professor, överläkare, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm
● sven.andreasson@sll.se

Tanya Chikritzhs, professor, Curtin University, National Drug Research Institute, Perth, Western Australia, Australien

Frida Dangardt, med dr, leg läkare, Sahlgrenska akademin; Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg; University College, London, Storbritannien

Harold Holder, senior scientist emeritus, Prevention Research Center, Pacific Institute for Research and Evaluation, Oakland, Kalifornien, USA

Timothy Naimi, MD, MPH, Boston Medical Center, Section on General Internal Medicine; Boston University Schools of Medicine and Public Health, USA

Tim Stockwell, director, scientist, Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria; British Columbia, Kanada

Under de senaste 40 åren har en rad studier funnit ett samband mellan måttlig alkoholkonsumtion och minskad dödlighet, särskilt minskad risk för hjärtkärlsjukdom [1]. I denna artikel granskas det vetenskapliga underlaget för dessa skyddande effekter av måttlig alkoholkonsumtion, »lågdoskonsumtion«. Artikeln utgår från en rapport som vi publicerade i december 2014 [2].

Med måttlig alkoholkonsumtion avses i litteraturen allt från mycket obetydlig konsumtion, enstaka glas alkohol per vecka eller mer sporadiskt till 3–4 glas alkohol per dag. Någon enighet om definitionen av detta begrepp finns inte. I många länder finns dock riktlinjer där måttligt drickande anges som lågriskkonsumtion. Riskgränserna har på senare år blivit mer likartade mellan länderna [3]. I Sverige exempelvis menas med lågriskkonsumtion högst 14 (män) respektive 9 (kvinnor) standardglas (12 g alkohol per glas) per vecka eller intag av högst 4 standardglas (män) respektive 3 standardglas (kvinnor) vid samma tillfälle [3].

Under senare år har flera tveksamheter uttryckts rörande metodiken i de observationsstudier som utgör evidensbasen för alkoholens positiva hälsoeffekt.

HUVUDBUDSKAP

- Det vetenskapliga stödet för skyddande hälsoeffekter av måttligt drickande är svagare än vad som i allmänhet uppfattas.
- Inga randomiserade kontrollerade studier har påvisat positiva effekter. Observationsstudier begränsas av metodologiska problem, främst förväxlingsfaktorer och felklassificering.
- Rådgivning till patienter liksom allmänna folkhälsoriktlinjer bör dels avråda från alkoholkonsumtion bland de patienter som inte börjat dricka, dels rekommendera minskad konsumtion bland högkonsumenter.
- Frånvaron av positiva hälsoeffekter stärker argumenten för effektiva alkoholpolitiska åtgärder, i första hand sådana som begränsar alkoholens ekonomiska och fysiska tillgänglighet.

Evidensbasen består helt av icke-randomiserade studier. Även om det numera finns ett stort antal sådana studier, delar de alla de ofrånkomliga metodologiska begränsningar som observationsstudier innebär, framför allt att exponeringen inte är randomiserad.

Uppfattningen att måttligt drickande skulle ha positiva hälsoeffekter har haft ett stort genomslag inom alkoholområdet, med implikationer för såväl kliniker som beslutsfattare.

Som ett exempel på det senare hävdade generaladvokaten Michael Elmer i det s k Franzén-målet i EU-domstolen 1997 att svenska statens argument för Systembolagets detaljhandelsmonopol på alkohol undergrävdes av forskning som visade att måttlig alkoholkonsumtion var hälsosam.

Begränsningar i befintliga observationsstudier

Observationsstudier är i allmänhet otillräckliga för att styrka kausalitet, även om viktiga undantag finns, exempelvis inom tobaksområdet, särskilt sambandet mellan rökning och lungcancer. Tobaksstudierna uppfyller dock i högre grad än alkoholstudierna de kriterier som talar för kausala samband, ursprungligen formulerade av Bradford Hill [4], som vi i allmänhet tillämpar för att bedöma kausalitetsfrågan i observationsstudier. Dit hör särskilt effektstorlekarna, den kliniska plausibiliteten och de biologiska mekanismerna.

Inom alkoholområdet saknas randomiserade kontrollerade studier med mortalitet eller morbiditet som utfallsmått, troligen eftersom sådana studier är förenade med stora praktiska och möjligen också etiska problem. Oavsett orsak utgör detta en betydande begränsning.

I allmänhet brukar resultat från observationsstudier kunna bekräftas i randomiserade kontrollerade studier [5]. Detta är dock inte alltid fallet [6-10]. Hormonersättning är ett särskilt slående exempel. Ett stort antal (fler än de vi nu diskuterar inom alkoholforskningen) välgjorda observationsstudier av ledande epidemiologer talade för en 40-procentig minskning av hjärtinfarkter bland postmenopausala kvinnor som fick hormonersättning. När randomiserade kontrollerade studier genomfördes fann man dock inga effekter [8].

Förväxlingsfaktorer i studier av alkoholkonsumtion

Förväxlingsfaktorer utgör allvarliga problem i studier av alkoholkonsumtion och hjärt-kärlsjukdom. Europeiska och nordamerikanska studier har visat att flertalet kardiovaskulära riskfaktorer är vanligare och mer uttalade bland dem som inte dricker alkohol än bland måttlighetskonsumenter [11-15].

I flertalet studier försöker man kontrollera för dessa skillnader, men det är inte alltid man samlat in data om relevanta möjliga förväxlingsfaktorer. Ibland saknas även de allmänt erkända traditionella riskfaktorerna [16].

Problemet är att även om man försöker kontrollera för ett stort antal riskfaktorer är risken ändå stor att betydande förväxlingsfaktorer kvarstår. Dessa medför troligen att resultaten snedvrids till fördel för måttlighetskonsumenter på så sätt att de förefaller ha bättre hälsa.

Därutöver förefaller också måttligt drickande vara

en markör för allmänt välbefinnande, vilket uttrycks i termer av välstånd, utbildning, sociala nätverk, hemförhållanden, psykisk hälsa, fritidsaktiviteter, tandhälsa m m [11, 17, 18]. Dessa förhållanden är viktiga determinanter för dödlighet, och få av dem kan rimligen förklaras av alkoholkonsumtionen i sig [19]. Eftersom det inte finns något troligt kausalsamband mellan t ex utbildningsnivå och alkoholkonsumtion, ter det sig troligt att måttligt drickande är en återspegling av allmänt välbefinnande och god hälsa – inte dess orsak.

I en stor svensk värnpliktsstudie med 50 000 unga män fann man att icke-konsumenter avvek från måttlighetsdrickare i en rad psykosociala avseenden [20]. Det rörde sig här om unga män som inte tidigare varit alkoholkonsumenter. Det är annars ett vanligt problem i alkoholstudier att man har bristande kunskap om deltagarnas tidigare alkoholvanor. Icke-konsumenterna hade lägre emotionell kontroll, var mer osäkra i sällskap med andra, beskrev sig som mindre populära i skolan, hade färre vänner och var mer oroliga. För alla dessa variabler sågs U-formade kurvor då de sattes i samband med nivån på alkoholkonsumtionen. Icke-konsumenter hade också högre grad av psykopatologi.

Sambandet mellan olika riskfaktorer och hälsa påverkas av såväl biologiska som psykosociala faktorer. För olika sjukdomar ses olika riskfunktioner, vilket tar sig uttryck i olika form på de kurvor som beskriver dessa samband. Sambanden kan t ex vara linjära (vilket är fallet för sambandet mellan alkoholkonsumtion och cancer) eller exponentiella (vilket är fallet för sambandet med levercirros). J- eller U-formade kurvor kan återspegla en positiv hälsoeffekt vid liten eller måttlig exponering. Svårigheterna är dock större i dessa fall att avgöra hur stort bidraget från biologiska respektive psykosociala faktorer är och därmed riskfunktionens utseende.

Ett flertal psykosociala förväxlingsfaktorer är överrepresenterade bland icke-konsumenter, t ex psykisk ohälsa, ohälsosamma levnadsvanor, brister i socialt stöd m m [11].

Det ska noteras att ett J- eller U-format samband beskrivits mellan alkoholkonsumtion och ett stort antal sjukdomar; detta gäller bl a vanlig förkylning, hörselnedsättning, esofaguscancer etc – och även levercirros [21].

Det finns därför skäl att misstänka att det här finns återkommande problem med psykosociala förväxlingsfaktorer.

»Inom alkoholforskningen uppstår ofta problem vid klassificering av personer som konsumenter eller icke-konsumenter …«

Felklassificering av konsumenter och icke-konsumenter

Inom alkoholforskningen uppstår ofta problem vid klassificering av personer som konsumenter eller icke-konsumenter, vilket kan ge upphov till snedvridning av jämförelser och resultat. Oftast leder sådan snedvridning till att måttlighetskonsumenter förefaller friskare än de egentligen är i jämförelse med icke-konsumenter.

Det mest välkända exemplet på sådan snedvridning är »sick quitter«-effekt, där tidigare konsumenter blandas med livslånga icke-konsumenter. Eftersom de som slutat dricka alkohol har betydligt större hälsoproblem, leder denna sammanblandning till att icke-konsumentgruppen ser sjukare ut än den annars skulle vara och måttlighetskonsumenterna friskare än de annars skulle vara.

»Felklassificering är dessvärre mer regel än undantag inom detta forskningsområde …«

Det finns en rad andra exempel på felklassificering som snedvrider resultaten i denna forskning. Epidemiologer är beroende av att studiedeltagare kan återge sin alkoholkonsumtion korrekt. Det är dock väl känt från många studier att människor i allmänhet underskattar eller felrapporterar sin konsumtion, vilket bidrar till att en korrekt klassificering av konsumenter och icke-konsumenter försvåras [22].

Det är också väl känt att människor med stigande ålder och skröplighet tenderar att antingen sluta dricka alkohol helt eller bara dricka vid enstaka tillfällen. Ofta kategoriseras dessa personer med låg sporadisk konsumtion som icke-konsumenter. Detta skapar en snedvridning, eftersom icke-konsumtionsgruppen därmed framstår som sjukare och måttlighetsdrickarna som friskare i jämförelse.

När studier i efterhand har justerats för denna felkälla har så gott som hela den skyddande effekten av måttligt drickande försvunnit [23].

Felklassificering är dessvärre mer regel än undantag inom detta forskningsområde [16].

Nya resultat från epidemiologisk forskning

På senare år har det publicerats en rad studier som är av betydelse för vår bild av alkoholens hälsoeffekter. Här är några exempel.

Ökad per capita-konsumtion av alkohol leder inte till minskad hjärt-kärlsjukdom. Om det fanns en betydande hjärtskyddande effekt av måttlig alkoholkonsumtion, borde dödligheten på nationell nivå påverkas av förändringar i totalkonsumtionen av alkohol på nationell nivå. Det har dock inte gått att påvisa några samband mellan per capita-konsumtion av alkohol och hjärt-kärldödlighet i studier runt om i världen [24-30].

Den skyddande effekten ses inte i kulturer där majoriteten inte dricker, exempelvis i en rad etniska grupper i USA eller i Indien eller Kina [29-33]. Detta skulle kunna tala för att måttlig alkoholkonsumtion är relaterad

till sociala och kulturella faktorer och att måttlig konsumtion är en markör för god hälsa snarare än en orsak till sänkt risk för hjärt-kärlsjukdom.

Betydelsen av konkurrerande dödsorsaker under livsförloppet diskuteras i en rapport från den stora studien EPIC (European prospective investigation into cancer) [34]. Bland unga finns en större risk att omkomma i olycksfall, medan dödsfall i hjärt-kärlsjukdomar främst inträffar senare i livet. Genom att bara beakta en kategori dödsorsaker åt gången utan att ta hänsyn till andra konkurrerande dödsorsaker i ett annat skede av livet kan resultaten snedvridas. Eftersom alkoholkonsumenter har ökad risk att dö av alkoholrelaterade orsaker tidigare i livet, återstår färre i gruppen som kan utveckla hjärt-kärlsjukdom. Detta kan skapa ett falskt intryck att risken för hjärt-kärlsjukdom är lägre i denna grupp.

»Med stigande alkoholkonsumtion ses dock sämre kärlhälsa. Minst tecken på ateroskleros finner man bland icke-konsumenter ...«

Biologiska skyddsmekanismer ifrågasätts nu

HDL-kolesterol. Att måttligt drickande höjer nivån av HDL-kolesterol har varit den mest övertygande förklaringen till den skyddande effekten. Dock har den hjärtskyddande effekten kommit att ifrågasättas på senare år. En metaanalys av studier på blodfettssänkande mediciner som statiner har visat att de inte hade någon oberoende effekt på dödlighet i hjärt-kärlsjukdom när man kontrollerade för medicinernas effekt på det skadliga kolesterolet, LDL [35].

Metaanalyser av försök med mediciner som höjer nivåerna av det goda kolesterolet har inte heller gett förväntat resultat [36]. Vidare finner man från studier baserade på mendelsk randomisering, i detta fall utgående från en genetisk variant som höjer HDL-nivån, ingen effekt av högre HDL-nivåer på risken för hjärtinfarkt [37].

Kärlhälsa. Biomarkörer som HDL-kolesterol tros verka genom att förbättra kärlhälsa och minska ateroskleros. Med stigande alkoholkonsumtion ses dock sämre kärlhälsa. Minst tecken på ateroskleros finner man bland icke-konsumenter [38, 39].

Blodtryck. Även om flertalet observationsstudier finner ett linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och hypertoni [40], har en del studier funnit en J-formad kurva med lägre blodtryck bland måttlighetskonsumenter [41, 42].

I en metaanalys av mendelskt randomiserade studier, som baserades på en genetisk variant relaterad till låg alkoholkonsumtion, finner man dock ett linjärt samband, med lägst blodtryck bland icke-konsumenter [43].

Mendelsk randomisering – viktigt metodtillskott

Eftersom randomiserade kontrollerade studier är svåra eller omöjliga att genomföra inom många områden, erbjuder s k mendelskt randomiserade studier ett intressant alternativ. Inom epidemiologin växer nu antalet sådana studier snabbt, eftersom de i stor utsträckning kan minimera de metodproblem som observationsstudier ofrånkomligen dras med, framför allt i form av förväxlingsfaktorer och felklassificering. Man utnyttjar här slumpmässigt uppkomna genetiska varianter som leder till viktiga skillnader i bl a enzymaktiviteter.

Inom alkoholområdet publicerades nyligen en sådan studie baserad på en metaanalys av 56 studier med över 260 000 försökspersoner [44]. I studien fann man att grupper med genetiskt betingad ineffektiv alkoholmetabolism, som till följd av denna drack mindre alkohol, också hade lägre – inte högre – dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Denna effekt observerades bland deltagare med låg till måttlig alkoholkonsumtion. Om den skyddande effekten av måttligt drickande var reell, borde de lågkonsumerande individerna ha högre risk.

Något samband mellan denna genetiska variant bland icke-konsumenter och dödlighet kunde inte påvisas. Detta talar för att denna genetiska variant inte påverkar hjärt-kärlsjukdom på annat vis än genom sin effekt på alkoholkonsumtion.

Även om mendelsk randomisering inte är invändningsfri [45], lika lite som observationsstudier eller randomiserade studier, är den ett viktigt tillskott i metodarsenalen.

Långtgående slutsatser kan inte motiveras

Vi konstaterar i denna artikel att ett stort antal epidemiologiska studier har beskrivit U- eller J-formade kurvor, liksom ett antal systematiska översikter. Vi har inte gjort någon ny systematisk litteraturöversikt eller metaanalys. En sådan hade med stor säkerhet funnit samma sak.

Problemet är att alla de observationsstudier som ingår i översikterna lider av samma inneboende begränsningar, som är ofrånkomliga i observationsstudier. Detta illustrerar att även ett stort antal studier av detta slag kan vara konsekvent missvisande. En ny översikt eller metaanalys skulle därför sannolikt inte tillföra ny kunskap.

»Vi har också funnit att ny epidemiologisk metodik, mendelsk randomisering, inte visar några skyddande effekter av måttligt drickande.«

Vårt syfte har i stället varit att kritiskt granska den vetenskapliga litteraturen inom området. Vi har då pekat på metodologiska svagheter i genomförda studier. Vi har också beskrivit ny kunskap som ifrågasätter de hittills antagna mekanismerna bakom de skyddande effekterna. Slutligen har vi klargjort att de skyddande effekterna i stor utsträckning är samman-

vävda med sociala och kulturella faktorer.

Vi har också funnit att ny epidemiologisk metodik, mendelsk randomisering, inte visar några skyddande effekter av måttligt drickande.

Vår slutsats är att det vetenskapliga stödet för skyddande hälsoeffekter av måttlig alkoholkonsumtion är svagare än vad som i allmänhet har uppfattats och inte motiverar de långtgående slutsatser som dragits. O

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.
- Den rapport som denna artikel utgår från utarbetades på uppdrag av Svenska läkaresällskapet och IOGT/NTO.
- IOGT/NTO bekostade resor och uppehälle för ett arbetsmöte där denna rapport utarbetades.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DUWS

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

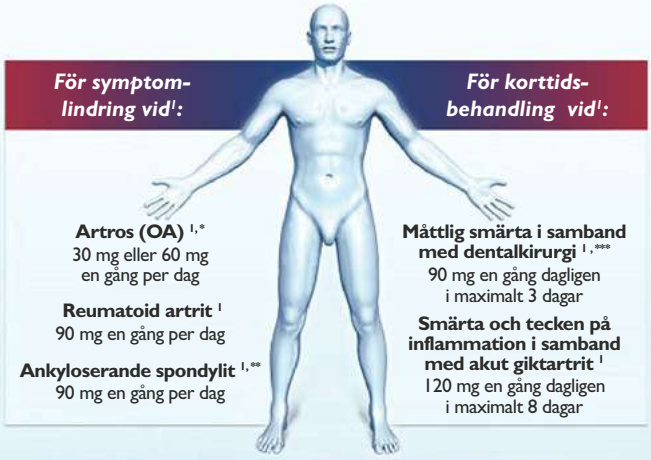
REFERENSER

1. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011;342:d671.
2. Alcohol and Society 2014. Theme: The effects of low-dose alcohol consumption. A research report from IOGT-NTO and the Swedish Society of Medicine. Stockholm: IOGT-NTO, Svenska Läkaresällskapet; 2014. http://urn.kb.se/resolve?urn=URN:NBN:se:iogt-2014-aos-en
5. Anglemyer A, Horvath HT, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(4):MR000034.
8. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002;288:321-33.
11. Naimi TS, Brown DW, Brewer RD, et al. Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking U.S. adults. Am J Prev Med. 2005;28:369-73.
14. Camacho TC, Kaplan GA, Cohen RD. Alcohol consumption and mortality in Alameda County. J Chronic Dis. 1987;40(3):229-36.
15. Naimi TS, Xuan Z, Brown DW, et al. Confounding and studies of »moderate« alcohol consumption: the case of drinking frequency and implications for low-risk drinking guidelines. Addiction. 2013;108(9):1534-43.
16. Stockwell T, Greer A, Fillmore K, et al. How good is the science? BMJ. 2012;344:e2276.
20. Leifman H, Kühlhorn E, Allebeck P, et al. Abstinence in late adolescence – antecedents and covariates to a sober lifestyle and its consequences. Soc Sci Med. 1995;41:113-21.
21. Fekjaer HO. Alcohol – a universal preventive agent? A critical analysis. Addiction. 2013;108(12):2051-7.
22. Caldwell T, Rodgers B, Power C, et al. Drinking histories of self-identified lifetime abstainers and occasional drinkers: findings from the 1958 British Birth Cohort study. Alcohol Alcohol. 2006;41:650-4.
24. Hemström O. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. Addiction. 2001;96(Suppl 1):S93-112.
32. Schooling CM, Sun W, Ho SY, et al. Moderate alcohol use and mortality from ischaemic heart disease: a prospective study in older Chinese people. PLoS One. 2008;3(6):e2370.
33. Roy A, Prabhakaran D, Jeemon P, et al. Impact of alcohol on coronary heart disease in Indian men. Atherosclerosis. 2010;210:531-5.
34. Bergmann M, Rehm J, Klipstein-Grobusch K, et al. The association of pattern of lifetime alcohol-use and cause of death in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. Int J Epidemiol. 2013;42(6): 1772-90.
35. Briel M, Ferreira-Gonzalez I, You JJ, et al. Association between change in high density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease morbidity and mortality: systematic review and meta-regression analysis. BMJ. 2009;338:b92.
38. Pletcher MJ, Varosy P, Kiefe CI, et al. Alcohol consumption, binge drinking, and early coronary calcification: findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. Am J Epidemiol. 2005;161(5):423-33.
43. Chen L, Davey Smith G, Harbord RM, et al. Alcohol intake and blood pressure: a systematic review implementing a Mendelian randomization approach. PLoS Med. 2008;5(3):e52.
44. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, et al; InterAct Consortium. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. BMJ. 2014;349:g4164.
45. Glymour MM. Alcohol and cardiovascular disease. BMJ. 2014;349:g4334.



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

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



Referens: 1. Produktresumé för ARCOXIA® 2015-06-22
Förkortningar: COX-2 (cyklooxygenas 2), OA (osteoartrit)

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

Högre doser än de rekommenderade för varje indikation har antingen inte kunnat bevisas ha större effekt, eller har inte studerats alls. Dosen för varje indikation är den maximala rekommenderade dosen, utom för artros där den maximala rekommenderade dagliga dosen är 60 mg.[1]

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

Innan du förskriver ARCOXIA® ska du läsa den fullständiga förskrivningsinformationen inklusive kontraindikationer och försiktighetsåtgärder som finns på www.fass.se.

ARCOXIA® (etoricoxib) coxib (Rx; SPC 06/2015 filmdragerad tablett 30 mg, 60 mg, 90 mg och 120 mg. **Indikationer:** För symtomatisk lindring av artros (dosering 30 mg dagligen med eventuell dosökning till 60 mg dagligen vid otillräcklig symtomlindring), reumatoid artrit (dosering 90 mg dagligen), ankyloserande spondylit (dosering 90 mg dagligen) samt smärta och tecken på inflammation i samband med akut giktartrit. Dosen vid akut gikt bör ej överstiga 120 mg dagligen, begränsat till maximalt 8 dagars behandling. För korttidsbehandling av måttlig smärta i samband med tandkirurgi. Dosen vid postoperativ akut kirurgisk tandsmärta bör ej överstiga 90 mg dagligen, begränsat till maximalt 3 dagar. Beslut om att förskriva en selektiv COX-2-hämmare ska baseras på en individuell bedömning av patientens samtliga riskfaktorer (se Kontraindikationer och Varningar och försiktighet). Patientens behov av symtomlindring bör, liksom terapisvaret, utvärderas regelbundet, speciellt hos patienter med artros. Eftersom de kardiovaskulära riskerna med etoricoxib kan öka med dos och behandlingstid bör kortast möjliga behandlingstid eftersträvas och lägsta effektiva dygnsdos användas. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något av hjälpämnena (se Innehåll). Aktivt ulcus eller aktiv gastrointestinal (GI) blödning. Patienter som fått bronkospasm, akut rinit, näspolyper, angioneurotiskt ödem, urtikaria eller reaktioner av allergisk typ efter användning av acetylsalicylsyra eller NSAID inklusive COX-2-hämmare. Graviditet och amning. Svår leverdysfunktion. Uppskattat renalt kreatininclearance <30 ml/min. Barn och ungdomar under 16 år. Inflammatorisktarmsjukdom. Kronisk hjärtsvikt. Patienter med hypertoni vars blodtryck konstant ligger över 140/90 mmHg och som ej är adekvat kontrollerat. Etablerad ischaemisk hjärtsjukdom, perifer kärlsjukdom och/eller cerebrovaskulär sjukdom. **ARCOXIA®** ingår i läkemedelsförmånerna endast för patienter som har hög risk för blödningar och för patienter med hög risk för gastrointestinala biverkningar, till exempel på grund av hög ålder eller tidigare magsår. **Vid förskrivning och för aktuell information om förpackningar och priser se www.fass.se.** Merck Sharp & Dohme (Sweden) AB, Box 7125, 192 07 Sollentuna, Tel 08-578 135 00, www.msd.se. Läkemedelsföretagets ombud: Grunenthal Sweden AB, Frösundaviks allé 15, 169 70 Solna, Tel 08-643 40 60. www.grunenthal.se

GRUNENTHAL

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

ABC OM

Armbågsskador hos barn

Erik Rönnblad, ST-läkare, ortopedkliniken, Norrtälje sjukhus

Axel Wihlborg, ST-läkare, ortopedkliniken, Karolinska universitetssjukhuset

Evelina Wärle, ST-läkare, VO ortopedi, Södersjukhuset

Eva Pontén, med dr, överläkare, verksamheten för rörelseorganens sjukdomar, barnortopedi, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset; enheten för neuropediatrik, barnortopedi, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet; de tre sistnämnda Stockholm

● eva.ponten@ki.se

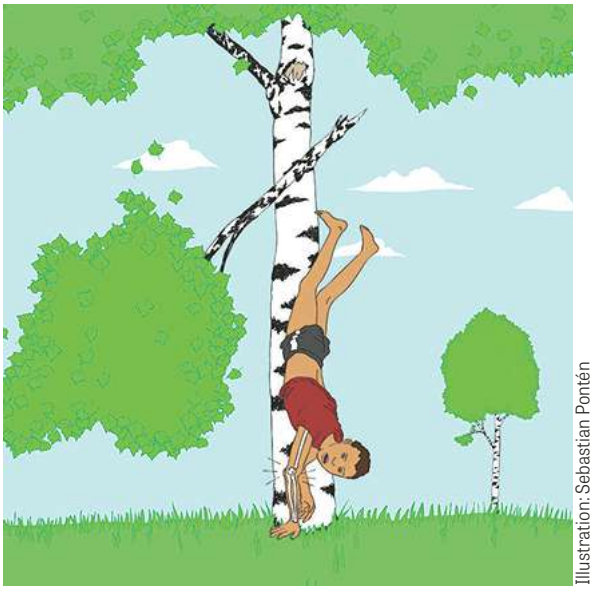
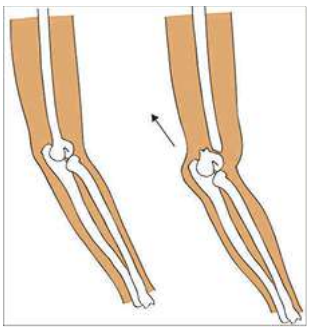


Illustration: Sebastian Pontén



Fall på utsträckt arm kan orsaka bland annat suprakondylär humerusfraktur.

Sommarhalvåret är högsäsong för armbågsskador hos barn. En topp kommer på våren när cyklar och studsmattor plockas fram, och nästa stora topp är när barnen kommer tillbaka till skolan efter sommarlovet.

Denna artikel syftar till att beskriva handläggningen av armbågsskador på akutmottagningen och svåra komplikationer som kompartmentsyndrom och nervskador.

Det vanliga när man ramlar är att man tar emot sig på utsträckt arm, vilket kan resultera i samtliga skador vi beskriver i artikeln. Odislokerade frakturer kan behandlas på vårdcentral om man har tillgång till röntgen och gips. För reposition behövs någon form av sedering/smärtlindring på akutmottagningen, alternativt görs det under narkos på operationsavdelningen.

ANATOMI

Armbågen består av en gångjärnsled mellan dels humerus och ulna, dels humerus och radius. I leden ingår även den proximala vridleden mellan radius och ulna. Armbågsleden medger flexion-extension på minst 150 grader och pronation-supination på ca 160 grader. Ligamentär stabilitet utgörs av det ulnara och radiala kollateralligamentet samt det anulära ligamentet kring collum radii.

Hos barn är skelettet olika mycket mineraliserat beroende på ålder, och tillväxtzoner (s k epifyser och apofyser) kan ibland misstas för att vara skelettskador. Barnets skeletala tillväxt bidrar till uttalad remodelleringskapacitet, framför allt hos yngre barn. I vissa fall medger denna kapacitet korrigering av läkta felställningar, framför allt i ledens rörelseplan, medan tillväxten i andra fall kan resultera i förvärring av en posttraumatisk felställning.

STATUS

Vinn barnets förtroende genom att tala lugnt och berätta vad du ska göra. Den kliniska undersökningen innefattar inspektion (felställning, svullnad och missfärgning), palpation (ömhet och stabilitet), rörelseomfång (rörelseinskränkning) och distalstatus (sensorik, motorik och cirkulation). Kom ihåg att kontrollera distalstatus på nytt efter reposition och/eller ingipsning.

Det är viktigt att tidigt utesluta kärl- eller nervpåverkan samt kompartmentsyndrom, eftersom dessa tillstånd bör föranleda skyndsamt agerande utan fördröjning i väntan på t ex röntgen.

BILDDIAGNOSTIK

För vidare diagnostik genomförs en slätröntgen. Fron-

DISTALSTATUS

MOTORIK: TESTA MOT MOTSTÅND, FÖRST PÅ FRISKA SIDAN

- **Medianus.** Uppmana patienten att knyta alla fingrar. Om tumme och pekfinger inte kan böjas, är det tecken på skada på anteriora interosseus-grenen på medianus.
- **Ulnaris.** Uppmana patienten att spreta med fingrarna.
- **Radialis.** Uppmana patienten att extendera fingrar och tumme.

SENSORIK: JÄMFÖR MED FRISKA SIDAN

- Rör försiktigt respektive fingertoppssida samtidigt på bägge händer och fråga om det känns likadant.
- Bedöm turgor och fuktighet. Torrt och domnat är tecken på nervskada.



Om tumme och pekfinger inte kan böjas då patienten försöker knyta handen, tyder det på skada på den anteriora interosseus-grenen på medianus.

tal- och sidoprojektion är standard, ibland med den friska sidan som jämförelse.

Eventuella frakturer beskrivs utifrån utseende (sned-, spiral-, tvär-, komminut- eller avulsionsfraktur, avlösande ligament-/muskelfäste), och eventuell dislokation noteras (vinkel, ad latus, förkortning eller rotation). Intraartikulära frakturer kan ibland kräva vidare utredning med datortomografi. En synlig fettkudde kan indikera skelettskada utan att någon frakturlinje ses.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

Armbågsluxation

Vanligen luxerar armbågen bakåt, dvs olekranon förskjuts dorsalt i förhållande till distala humerus. Reposition sker genom lätt traktion och flexion i armbågsleden med samtidigt dorsalt tryck på olekranon. Hävd luxation och avsaknad av ulnar epikondyl i leden ska verifieras med röntgen utan gips. Om röntgen inte visar någon skelettskada, gipsas armbågen med 90 graders flexion i högst 1 vecka [1, 2].

Suprakondylära humerusfrakturer

98 procent av fallen är s k extensionsfrakturer, vilka typiskt inträffar vid fall där barnet tar emot sig med utsträckt arm, resulterande i en hyperextension och vertikal kraft där det distala fragmentet tippas dorsalt. Hos små barn ligger brottet oftast nära leden och tillväxtbrosket, medan äldre barn oftast får en fraktur som liknar den hos vuxna, med brottet mer proximalt på humerus.

Om man på sidoröntgenbilden lägger en linje utefter humerus längsaxel och någon del av distala humerus ligger framför linjen, är felställningen <20 grader. Är dessutom varus-/valgusfelställningen <10 grader och frakturen minimalt rotationsfelställd behöver den inte reponeras utan kan behandlas konservativt med gips. Frakturläget kontrolleras med röntgen efter 7–9 dagar. Är felställningen större än vad som beskrivits ovan krävs operation [3-6].

Flexionsfrakturer är ovanliga och behöver som regel åtgärdas operativt, eftersom de är instabila.

Radiala kondylfrakturer

Radial kondylfraktur är den näst vanligaste armbågsfrakturen hos barn [5]. Den kan vara svår att diagnostisera, både radiologiskt och kliniskt. En felbehandlad skada resulterande i pseudartros eller inkongruent led kan bli uppenbar först månader eller år senare.

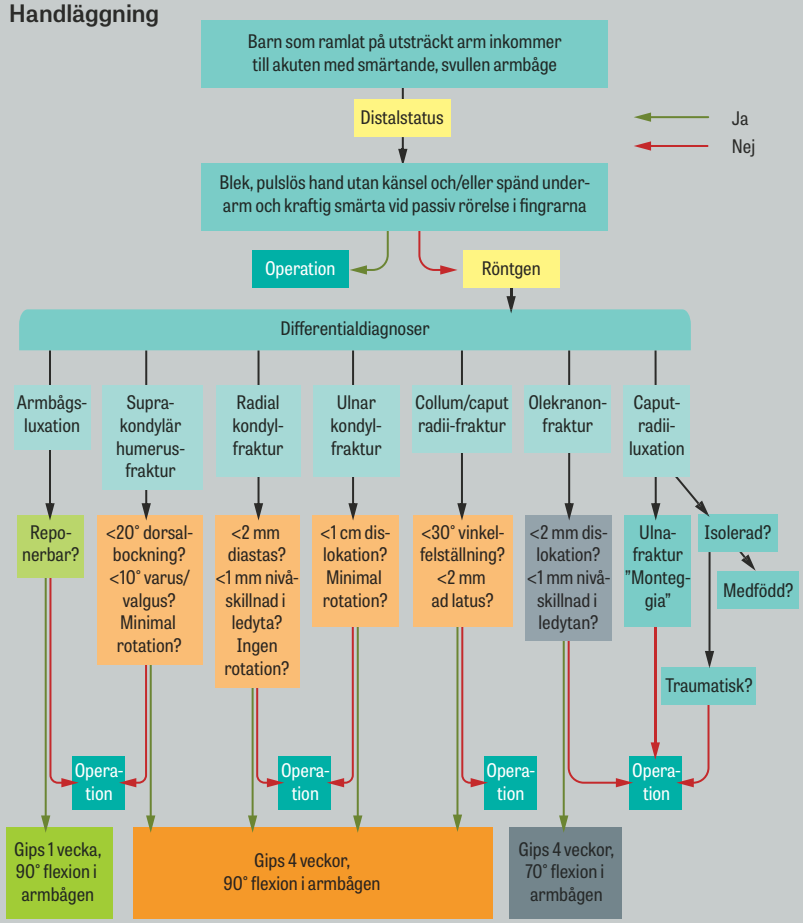
Frakturer med <2 mm diastas, <1 mm nivåskillnad i ledyteplanet och utan rotationsfelställning kan behandlas med gips. Frakturläget kontrolleras med röntgen efter 4–6 dagar och efter 12–14 dagar. Den radiala kondylfrakturen bör följas med röntgen till dess att den är helt stabil och läkt. Om frakturläget är osäkert görs röntgen utan gips.

Om felställningen är större krävs operation [2, 7, 8].

Ulnara epikondylfrakturer

Cirka två tredjedelar av armbågsluxationerna är associerade med skelettskador, där avulsion av den ulnara epikondylen dominerar. Den ulnara epikondylen utgör en apofys och bidrar därmed inte till humerus längdtillväxt, men den utgör ursprung för flexormus-

Handläggning



▶ Utredning och behandling av barn med svullen och smärtande armbåge efter fall på utsträckt arm.

DISLOKERAD SUPRAKONDYLÄR HUMERUSFRAKTUR

Före operation

PALPABEL RADIALISPULS (ELLER REGISTRERBAR MED DOPPLERMÄTARE)?

- Ja → Barnet röntgas och förbereds för operation.
- Nej → God kapillär återfyllnad och pulsoximeter på fingertopp distalt om skadan visar normal saturation och pulsativt flöde?
  - Ja → Barnet röntgas och förbereds för operation.
  - Nej → Barnet överförs direkt till operationsavdelning utan föregående röntgen. Frakturen verifieras i genomlysning samt reponeras och stiftas slutet.

Efter operation

PALPABEL RADIALISPULS?

- Ja → Noggrann observation av cirkulation med pulsoximeter.
- Nej → Vänta 30 minuter så att eventuell kärlspasm släpper. Om fortsatt ingen noterbar perifer cirkulation, bör fraktur och kärl friläggas.

kulaturen på underarmen. Drag från muskulaturen kan leda till pseudartros.

Om frakturen är dislokerad <1 cm och minimalt roterad, kan den behandlas med gips. Större felställning än så kräver operation [2, 9].

Caput/collum radii-frakturer

Caput/collum radii-frakturer går som regel inte in i leden, bortsett från hos äldre barn då tillväxtzonen börjar slutas och s k mejselfrakturer förekommer.

Obehandlade felställningar kan medföra framtida rörelseinskränkning, framför allt minskad supination/pronation. Frakturer med en vinkelfelställning <30 grader och ad latus-förskjutningar <2 mm kan hos små barn, på grund av deras goda remodelleringspotential, behandlas med hög gipsskena i 2–3 veckor. Röntgenkontroll bör ske efter 1 vecka och i samband med avgipsning. Hos äldre barn (>10 år) bör dock frakturer med vinkelfelställning >15 grader reponeras [2, 8, 10].

Olekranonfrakturer

Eftersom olekranonapofysen inte sällan misstas för en fraktur, kan jämförande bilder med kontralateral sida underlätta diagnostiken.

Om frakturen är dislokerad <2 mm och nivåskillnaden i ledyteplanet är <1 mm, kan den behandlas med dorsal gipsskena och armbågen fixerad i 70 graders flexion i 4 veckor. Radiologisk frakturkontroll bör ske i gips efter 7–10 dagar. Större felställning än så kräver operation [11].

BEHANDLING

Vi har ovan nämnt de felställningar som anses acceptabla för de olika frakturtyperna, dvs gränsvärden för när man kan nöja sig med konservativ behandling. Om inte annat angetts i respektive stycke ovan gäller följande:

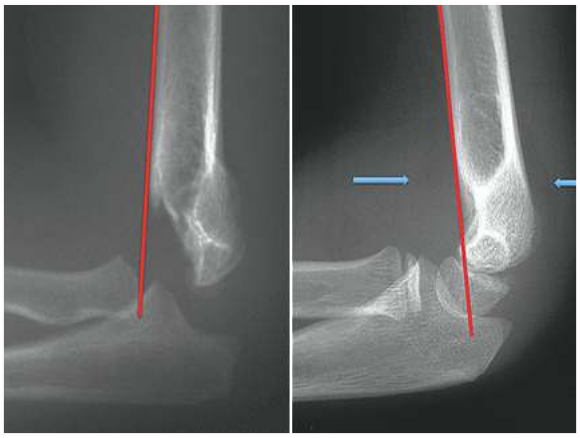
- Armbågen gipsas i 90 graders flexion och underarmen i neutral pronation–supination.
- Gipset ska gå från mitt på överarmen och ned över handleden.
- Distalstatus kontrolleras före och efter gipsning.
- Gipstiden är 4 veckor för frakturer, med röntgenkontroll av läget i gips efter 1 vecka.

Efter avgipsning får barnen med sig ett träningsprogram, och föräldrarna informeras om att höra av sig om barnet inte har återfått fullt rörelseomfång inom 4–8 veckor.

Någon kontakt med sjukgymnast behövs som regel inte, bortsett från vid armbågsluxationer, radiala kondylfrakturer och caput/collum radii-frakturer, då vi rekommenderar en sjukgymnastremiss redan vid avgipsning på grund av risk för problem med framtida stelhet.

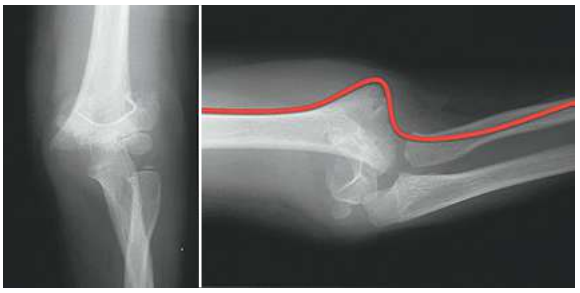
För att undvika risk för refrakturering rekommenderas att barnet avstår från s k riskaktiviteter, dvs aktiviteter som medför risk för nytt falltrauma, i 4 veckor efter avgipsning. Som riskaktiviteter räknas t ex att hoppa studsmatta, klättra i träd, åka skateboard, cykla etc.

Frakturer med större felställningar än vad som är acceptabelt behöver som regel opereras. Vissa frakturer kan, om man har vanan inne, reponeras på akuten,

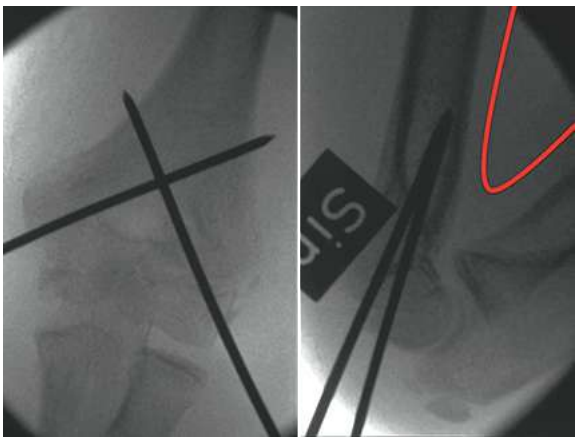


Röntgen av armbåge med caput framför respektive bakom linje på framsidan av humerus (till vänster). Flaggande fettkuddar är tecken på hemartros (blå pilar) (till höger).

»Det är viktigt att tidigt utesluta kärl- eller nervpåverkan samt kompartmentsyndrom, eftersom dessa tillstånd bör föranleda skyndsamt agerande utan fördröjning i väntan på t ex röntgen.«



Avhoppad suprakondylär humerusfraktur (till vänster). Brachialis-artären rider över vass frakturände (till höger).



Reponerad och stiftad suprakondylär humerusfraktur (till vänster). Sidobild visar att kärlet nu har normalt förlopp (till höger) (jämför bilden ovan).

men det kräver oftast att man har tillgång till lustgas eller annan sedering.

De flesta frakturer kan opereras med sluten reposition och stiftning, men ibland kräver felställningen att man utför öppen reposition. Stiften får sticka ut genom huden och kan då dras på mottagningen i samband med avgipsning [2].

KOMPLIKATIONER

Akut kompartmentsyndrom innebär ett patologiskt ökat vävnadstryck inom ett kompartment, oftast en muskelloge, vilket kan uppstå vid t ex blödning eller nedsatt cirkulation. Obehandlat medför tillståndet nedsatt vävnadsperfusion med ischemi och nekros. Volarsidan av underarmen är en vanlig lokalisation, men tillståndet kan i princip förekomma i alla muskelloger. Barn riskerar att utveckla akut kompartmentsyndrom i underarmen vid dislokerad suprakondylär humerusfraktur.

Upp till 20 procent av patienterna med dislokerade suprakondylära humerusfrakturer har pulsbortfall, men i många fall är handen ändå välperfunderad på grund av kollateralcirkulation. Om pulsen inte återkommer efter reposition, kan orsaken vara att kärlet är inklämt i frakturen eller att det föreligger en intimaskada i kärlet i frakturhöjd. Vid minsta tvekan om att distal cirkulation, testad med t ex doppler, inte är tillräcklig ska kärlet exploreras [2, 12, 13].

Kliniskt manifesterar sig akut kompartmentsyndrom i underarmen med framför allt smärta som är oproportionerlig i förhållande till skadans art. Behov av upprepade morfininjektioner är ett varningstecken. Passiv extension av handled och fingrar förvärrar smärtan, och vid palpation är muskellogerna spända och smärtande. Sensoriska och motoriska bortfall kan ses. Vid suprakondylära humerusfrakturer med samtidig medianuspåverkan kan sensoriken till volara muskellogerna vara störd och förmågan att uppfatta smärta nedsatt [2, 13].

Akut kompartmentssyndrom kan utvecklas över 36 timmar och irreversibla ischemiska muskelskador inträffar inom 6–12 timmar. Vid osäkerhet om diagnosen kan tryckmätning i muskellogen genomföras. Kompartmentsyndrom är dock framför allt en klinisk diagnos, och vid misstanke om patologiskt förhöjt vävnadstryck kan det vara bra att direkt anmäla patienten till operationsavdelningen för akut klyvning av fasciorna kring muskellogerna för att lätta på vävnadstrycket [2, 13].

Obehandlat akut kompartmentsyndrom i underarmen resulterar efter några månader i fibrotisering och kontraktur av muskulaturen. Volkmanns kontraktur, en flexionsdeformitet, innebär mycket stor invaliditet på grund av gravt nedsatt motorik och sensibilitet.

Nervpåverkan som är påvisbar vid ankomst till akutmottagningen beror oftast på att traumat orsakat en dragning i nerven utan att nerven gått av. Funktionen brukar återkomma inom 6 månader. Om nervpåverkan uppstår efter reposition kan det bero på att nerven är genomstucken av ett stift eller ligger i frakturen. Reoperation är då nödvändig.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:DS6L

KONSENSUS

De flesta är ense om att

● dislokerade suprakondylära humerusfrakturer hos barn ska stiftas perkutant.

Åsikterna går isär om

● huruvida man ska explorera och fria brachialis-artären eller noggrant följa upp att kollateralcirkulationen försörjer handen tillräckligt då det inte finns någon puls, men handen är rosa.

REFERENSER

1. Rasool MN. Dislocations of the elbow in children. J Bone Joint Surg Br. 2004;86(7):1050-8.
2. Frenckner B, Hirsch G, Wester T, et al (redaktörer). Kompendium i barnkirurgi och barnortopedi. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2015.
3. Omid R, Choi PD, Skaggs DL. Supracondylar humeral fractures in children. J Bone Joint Surg Am. 2008;90(5):1121-32.
4. Mangwani J, Nadarajah R, Paterson JMH. Supracondylar humeral fractures in children: ten years' experience in a teaching hospital. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(3):362-5.
5. Gosens T, Bongers KJ. Neurovascular complications and functional outcome in displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Injury. 2003;34:267-73.
6. Robb JE. The pink, pulseless hand after supracondylar fracture of the humerus in children. J Bone Joint Surg Br. 2009;91(11):1410-2.
8. Erickson M, Frick S. Fractures of the proximal radius and ulna. In: Beaty JH, Kasser JR (editors). Rockwood & Wilkins Fractures in children. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 405-27.
10. Carson S, Woolridge DP, Colletti J, et al. Pediatric upper extremity injuries. Pediatr Clin North Am. 2006;53:41-7.
11. Gortzak Y, Mercado E, Atar D, et al. Pediatric olecranon fractures: open reduction and internal fixation with removable Kirschner wires and absorbable sutures. J Pediatric Orthop. 2006;26:39-42.
13. Pettitt DA, McArthur P. Clinical review: Volkmann's ischaemic contracture. Eur J Trauma Emerg Surg. 2012;38:129-37.

Läs mer!
Fullständig referenslista på Läkartidningen.se

MEDICINENS ABC

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

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

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



□□□ Läkarförbundet ger svar på några vanliga frågor inför din föräldraledighet. Nytt från 2016 är bland annat att den del av föräldrapenningen som reserveras för vardera föräldern har ökat från 60 till 90 dagar.

Får jag vara föräldraledig?

Föräldrapenning

Föräldraledighetslagen ger dig som är förälder rätt att under vissa förutsättningar, vara ledig från arbetet med eller utan föräldrapenning.

Föräldrapenning betalas ut i 480 dagar för ett barn. 390 dagar baseras ersättningen på sjukpenningnivå och 90 dagar är ersättningen 180 kronor per dag, så kallad lägstanivå. De första 180 dagarna som tas ut för barnet måste vara dagar på sjukpenningnivå, därefter kan dagar på lägstanivå börja tas ut. Det är föräldrarnas gemensamma uttag av dagar på sjukpenningnivå för barnet som räknas.

Olika regler kan gälla beroende på när barnet är fött:

OM BARNET ÄR FÖTT 2014 ELLER 2015

195 dagar till vardera föräldern på sjukpenningnivå och 45 dagar var på lägstanivå. 60 dagar på sjukpenningnivå är reserverade för vardera föräldern.

OM BARNET ÄR FÖTT 2016 ELLER SENARE

195 dagar var på sjukpenningnivå och 45 dagar var på lägstanivå. 90 dagar på sjukpenningnivå är reserverade för vardera föräldern. Övriga dagar kan föräldrar avstå och fördela mellan varandra.

I samband med ovanstående ändring i föräldrapenning ändras också lagen om jämställdhetsbonus så att det antal dagar för vilka man kan få jämställdhetsbonus minskas med motsvarande antal dagar.

Ensam vårdnadshavare har rätt till samtliga 480 dagarna. De första 180 dagarna som tas ut för barnet måste vara dagar på sjukpenningnivå.

Vid flerbarnsfödsel ökas antalet dagar beroende på antal barn. Två föräldrar kan ta ut föräldrapenning för varsitt barn och på så sätt vara hemma samtidigt. Vid ensam vårdnad har en förälder rätt till alla dagar.

Föräldraledighet

Det finns olika typer av föräldraledighet. Till exempel hel föräldraledighet med eller utan föräldrapenning, mammaledighet och tillfällig föräldraledighet i samband med barns födelse, delledighet utan föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning vid sjukdom. Under vissa förutsättningar kan båda föräldrarna vara hemma med föräldrapenning samtidigt, så kallade dubbeldagar. En annan möjlighet är att få skattereduktion när föräldrapenningen fördelas lika mellan föräldrarna, så kallad jämställdhetsbonus. Försäkringskassan ger information om föräldrapenning och om jämställdhetsbonus.

Om barnet är fött 2014 eller senare kan föräldrapenning tas ut till och med den dag barnet fyller tolv år eller när barnet slutar i årskurs 5 i grundskolan. Efter det att barnet har fyllt fyra år kan föräldrar bara spara 96 dagar sammanlagt.

Om du omfattas av kollektivavtal i din anställning kan du få bättre villkor under ledigheten. Läkarförbundet har förhandlat fram kollektivavtal både på statlig, kommunal och privat sektor som ger bättre villkor vid föräldraledighet.

Omfattas du av ett kollektivavtal i din anställning och i sådant fall vilket? Du kan få reda på vilka villkor som gäller för dig genom att kontakta din lokala läkarförening, Läkarförbundets medlemsrådgivning och på förbundets hemsida www.lakarforbundet.se. □

Frågor & svar

Hur långt i förväg ska jag anmäla till arbetsgivaren att jag vill vara ledig?
Det beror på om du omfattas av ett kollektivavtal och i sådant fall vilket avtal. I normalfallet ska du anmäla till arbetsgivaren senast tre eller två månader i förväg att du ska vara föräldraledig och hur länge ledigheten ska pågå. Vid tillfällig föräldraledighet (VAB) gäller att du ska anmäla så snart som möjligt både till Försäkringskassan och till arbetsgivaren.

När kan jag börja ta ut ledigheten?
Om du är gravid kan du börja ta ut ledighet med föräldrapenning från och med 60:e dagen före beräknad förlossning. Vid samma tidpunkt kan du även ansöka om graviditetspenning hos Försäkringskassan om arbetet är för tungt.

Kan jag avbryta min föräldraledighet?
Arbetsgivaren är skyldig att låta dig återgå i arbete i samma omfattning som tidigare och kan skjuta på din återgång till arbetet i högst en månad.

Tjänar jag in semester när jag är föräldraledig?
120 dagar av föräldraledigheten är semesterlönegrundande eller 180 dagar om du har ensam vårdnad om barnet.

Kan jag slippa gå jour när jag är gravid?
Om du är anställd inom landsting eller kommun kan du på egen begäran slippa jourarbete, helger och nätter under de sista 60 dagarna av graviditeten. Lokalt finns avtal om bättre villkor för jourbefrielse på egen begäran för gravida läkare. Kontakta Medlemsrådgivningen eller din lokala läkarförening för att få information om vad som gäller.

Ska min löneutveckling påverkas av att jag är föräldraledig?
Huvudregeln är att när du är föräldraledig ska du lönesättas som om du vore i tjänst. I föräldraledighetslagen finns ett förbud mot missgynnande. Det gäller bland annat när en arbetsgivare tillämpar löne- eller andra anställningsvillkor.

Checklista

- På www.forsakringskassan.se kan du planera din föräldraledighet. Det finns mycket att förhålla sig till, exempelvis: hur du ansöker om föräldrapenning, dubbeldagar, jämställdhetsbonus och hur ledigheten kan överlåtas mellan föräldrarna.
- Anmäl föräldraledighet till arbetsgivaren och Försäkringskassan i god tid.
- Omfattas du av ett kollektivavtal och i sådant fall vilket? Ta reda på vilka regler, förmåner som gäller för dig på www.lakarforbundet.se.
- Planera din frånvaro från arbetet med din chef, studierektor och handledare. Sylf ger goda råd på sin hemsida: www.sylf.se.
- Bevaka din löneutveckling när du är föräldraledig. Prata med din arbetsgivare om när lönesamtal kan genomföras under ledigheten.

Fler frågor kring föräldraledighet? Läs mer på Läkarförbundets webbplats, alternativt kontakta Medlemsrådgivningen.

www.lakarforbundet.se/foralder
medlemsradgivningen@slf.se
08-790 35 10 (mån 9–13, tis–fre 9–15)



Banktjänster – ny medlemsförmån

Danske Bank och Läkarförbundet har inlett ett samarbete som kommer att ge dig som medlem i Läkarförbundet nya förmåner. Bolån från låga 1,29 procent, kostnadsfria vardagstjänster i ett år och egen personlig rådgivare är bara några exempel på vad det kan innebära för dig. Läs mer om det nya erbjudandet:

➳ www.danskebank.se/lakarforbundet



Aktuella remissvar

Sveriges läkarförbund svarar regelbundet på remisser från till exempel Regeringskansliet, myndigheter och organisationer. Här ett par remisser kring jämställdhet som är aktuella nu, i februari 2016.

Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken, SOU 2015:86
Förbundet ser positivt på att en gedigen utredning och analys har gjorts av jämställdhetspolitiken för perioden 2007–2014. Det kan konstateras att målen inte har uppfyllts på något av de områden som analysen tar upp. Det är med förhoppning om ett mer jämställt samhälle och arbetsliv som förbundet stödjer utredningens förslag i sin helhet. Förslaget handlar om hur jämställhetspolitiken kan styras mer effektivt och hur jämställdhetsarbetet ska hanteras praktiskt inom alla de områden och de delmål som utredningen tar upp.

Slopad jämställdhetsbonus, Ds 2015:55
Sveriges läkarförbund var vid införandet av jämställdhetsbonusen 2008 tveksamt till bonusen som incitament för föräldrar att dela föräldrapenningen mer jämställt mellan sig. Effekten av och kostnaden för jämställdhetsbonusen har nu följts upp och ett slopande av bonusen föreslås eftersom den inte har haft avsedd effekt på fördelningen av föräldrapenningen mellan föräldrarna.

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		
Akutläkare/Regional handledare, Västra Götalandsregionen	24/2	6
Akutläkare/Studierektor, Västra Götalandsregionen	24/2	6
ALLERGISJUKDOMAR		
Spec-läkare, Solna SpecialistCenter, Stockholm		6
ALLMÄNMEDICIN		
Distr-läkare, Edsbergs vårdcentral, Sollentuna	28/2	7
Allmänläkare, Årsta vårdcentral, Uppsala		7
Allmänspecialister, Tveta Hälsocentral, Södertälje		5
Distriktsläkare, Vårdcentralen, Bankeryd		5
Husläkare, Sibyllekliniken, Stockholm		5
Leg läk/Spec-läkare, Rotebro vårdcentral, Sollentuna, Stockholm		6
Läkare till hemvård och särskilt boende, Närhälsan, Vårdcentralen, Stenungsund	2/3	7
Spec-läkare, allmänmedicin, rehabmedicin eller psykiatri, PBM, Stockholm		5
Spec-läkare, Capio Citykliniker i Skåne, Hässleholm, Kristianstad, Lund, Ängelholm, Landskrona		5
Spec-läkare, Carlanderska sjukhuset, Göteborg		5
Spec-läkare, Flyktingmedicinsk mottagning, Närhälsan, Göteborg	1/3	6
Spec-läkare, Legevisitten, Vårdcentralerna, Blackeberg, Nockeby, Nynäshamn		5
Spec-läkare, Närhälsan, Solgärde Vårdcentral	28/2	6
Spec-läkare, Närhälsan, Sörhaga vårdcentral	21/2	5
Spec-läkare, Tibra Medica, Kista		7
Spec-läkare, vårdcentralen, Åseda		5
Spec-läkare, Vårdcentralen, Svalöv		6
Spec-läkare, Vårdcentralen Din Klinik Johanneberg, Göteborg		5
Spec-läkare, Vårdcentralen Tornet, Skånevård Sund, Landskrona		6
Spec-läkare, Österåkersdoktorn, Åkersberga		6
Spec-läkare/Leg underläkare, Vårdcentralen Närlunda, Skånevård Sund, Helsingborg		6
ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD		
Narkosläkare, Plastikkirurgiska Institutet, Malmö		6
Spec-läkare/Överläkare, Anestesikliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås	31/3	6
Spec-läkare/Överläkare, Anestesikliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Skene	31/3	6
AT-TJÄNSTER		
AT, Enköping	2/3	5
AT, Landstinget Västernorrland, Sundsvall-Härnösand, Sollefteå, Örnsköldsvik	9/3	5
AT, Norrbottens läns landsting		5
AT, NU-sjukvården, Trollhättan, Uddevalla	9/3	5
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN		
Barnläkare, Lidingö Barnläkarmottagning, Stockhbolm		5
Spec-läkare, Barn- och ungdomsmottagningen, Lasarettet, Lindesberg		6
BEMANNINGS- & REKRYTERINGSFÖRETAG		
Läkare inom en rad specialiteter, Läkarjouren, Sverige och Norge		7
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI		
Spec-läkare, Sektion Endokrinologi, Skånes Univrsitetssjukvård, Lund/Malmö		7
Spec-läkare, Södersjukhuset, Stockholm	22/2	5
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER		
Ersättningsetablering Gynekologi i Strängnäs överlåtes	2/3	7
Ersättningsetablering i allmänmedicin i Stockholm/Norrmalm	7/3	5
Ersättningsetablering i allmänmedicin till salu i Stockholm	8/3	5
Ersättningsetablering i allmänmedicin, Husläkaren i Borlänge	25/3	7
Ersättningsetablering i psykiatri till salu i Stockholm/Norrmalm	24/3	6
Ersättningsetablering ögonsjukdomar, Region Skåne, Malmö	23/2	5
Ersättningsetablering i Internmedicin i Stockholm/Östermalm	29/3	6
Etablering i allmänmedicin, Optimuskliniken, Upplands Väsby		5
Etableringsrätt i allmänmedicin säljes i Stockholm	10/3	5
Etableringsrätt i allmänmedicin överlåtes i Upplands Väsby		7
Psykiatrisk mottagning i Stockholm överlåtes		7
GERIATRIK		
Spec-läkare internmedicin/geriatrik, Närsjukvård, Skaraborgs Sjukhus	28/2	5
Spec-läkare, ASIH Tullinge, Stockholm		5
Spec-läkare, Löwetgeriatriken, Löwenströmska sjukhuset, Stockholm		5
Överläkare, Medicin, geriatrik och rehabilitering, Ludvika	1/3	7
HEMATOLOGI		
Läkare, Läkemedelsverket, Uppsala	9/3	7
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR		
Överläkare/Spec-läkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	28/2	5
Spec-läkare, Hudkliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås		6
Spec-läkare, Solna SpecialistCenter, Stockholm		6
INFEKTIONSSJUKDOMAR		
Bitr Smittskyddsläkare, Smittskydd Värmland		5
Läkare, Läkemedelsverket, Uppsala	9/3	7
INTERNMEDICIN		
Spec-läkare internmedicin/geriatrik, Närsjukvård, Skaraborgs Sjukhus	28/2	5
Spec-läkare, Lung- och allergimottagningen, Skånevård Sund, Helsingborg		7
Spec-läkare, Södersjukhuset, Stockholm	22/2	5
KARDIOLOGI		
Överläkare/Spec-läkare, Medicinkliniken, Lasarettet, Alingsås	22/2	6
KARRIÄRKVÄLL		
Framtidens vårdmöten, Landstinget i Värmland		7
Previa växer och söker fler läkare		7
Styr din egen tid -bli resursläkare, Dedicare		7
Sverige behöver dig. Även i Mali, Anestesiologer och Kirurger, Försvarsmakten		7
KIRURGI		
Universitetslektor/Spec-läkare, Karolinska Institutet, Södersjukhuset, Stockholm	31/3	7
Överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		7
Överläkare/Spec-läkare, Bröstkirurgi, VO Kirurgi Urologi, Skånevård Sund, Helsingborg		7
KLINISK PATOLOGI- CYTOLOGI		
Overlege, Oslo Universitetssykehus, Oslo, Norge	6/3	5
KURSER / SYMPOSIER / SEMINARIER		
Conference on Road Safety for the International Business Traveler, Göteborg		6
Grundutbildning (KBT), Svenska Institutet för kognitiv psykoterapi		7
Kurs, Basal teknik för blivande ortopeder, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm		7

Nationella konferensen i Glesbygdsmedicin Svensk Förening för Glesbygdsmedicin, Sälen		6
LUNGSJUKDOMAR		
Overlege, Oslo universitetssykehus, Norge	15/3	7
Spec-läkare, Lung- och allergimottagningen, Skånevård Sund, Helsingborg		7
MEDICINSK GASTROENTEROLOGI OCH HEPATOLOGI		
Spec-läkare, Medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	28/2	7
NEONATOLOGI		
Spec-läkare, Universitetssjukhuset, Linköping	6/3	5
NEUROLOGI		
Spec-läkare, Solna SpecialistCenter, Stockholm		6
Spec-läkare, Södersjukhuset, Stockholm		6
Spec-läkare/överläkare, Skaraborgs Sjukhus, Skövde	9/3	7
Överläkare/Spec-läkare och ämnesansvarig, Neurologienheten, Skånevård Sund, Helsingborg		6
NUKLEÄRMEDICIN		
Overlege, Radiologisk avdeling, Nukleærmedisinsk seksjon, UNN, Norge	30/4	7
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI		
Överläkare/Bitr överläkare, Skånes universitetssjukvård, Malmö		5
Overlege, Finnmarkssykehuset, Hammerfest, Norge	21/2	5
Overlege, Gynekologisk/føde avdelning, Elverum, Sykehuset Innlandet HF, Norge		7
Spes-läkare, Dr Willumsens Kvinneklinikk, Norge		5
Överläkare/spec-läkare, Kvinnokliniken, Halmstad		6
PALLIATIV MEDICIN		
Spec-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala		5
PSYKIATRI		
Läkarchef/överläkare, Vuxenpsyk, Heldygnsvården, Halmstad, Varberg		7
Spec-läkare, WEMIND, Stockholm, Göteborg		5
Chefsöverläkare, Psykiatricentrum, Södertälje	9/3	7
Psykiater (två), Haukeland universitetssjukehus		5
Psykiater, Stockholms läns landsting, Stockholm		5
Specialister inom psykiatrin, Sykehuset Østfold, Fredrikstad, Norge		6
Spec-läkare, allmänmedicin, rehabmedicin eller psykiatri, PBM, Stockholm		5
Spec-läkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	6/3	6
Underläkare, Specialistpsykiatrisk öppenvård, Capio Psykiatri, Norrköping och Linköping		7
Överläkare (två), Länsgemensam vuxenpsykiatri, Blekinge		5
Överläkare, Beroendekliniken, Linköping	28/2	7
Överläkare, Neuropsykiatrisk mottagning, Hagsätra, Stockholm	4/3	7
Överläkare, Psykosenhet Södermalm, Psykiatri Södra, Stockholm	22/2	5
Överläkare/spec-läkare, Södertälje Beroendemottagning, Södertälje	29/2	5
RADIOLOGI		
Overlege, Radiologisk avdeling, Nukleærmedicinsk seksjon, UNN, Norge	30/4	7
Radiolog, Carlanderska sjukhuset, Göteborg		5
Radiolog, NU-sjukvården, Bild- & Funktionsmedicin, mammografiavdelningen, Uddevalla	17/2	5
Röntgenläkare, Direct Diagnostic Alliance DDA		7
REHABILITERINGSMEDICIN		
Spec-läkare, allmänmedicin, rehabmedicin eller psykiatri, PBM, Stockholm		5
REUMATOLOGI		
Spec-läkare, Universitetssjukhuset, Örebro	28/2	5
RÄTTSPSYKIATRI		
Chefsöverläkare/överläkare, Primärvård, psykiatri, habilitering, Sala		6
SKOLHÄLSOVÅRD		
Skolläkare, Huddinge kommun, Huddinge	26/2	7
SMÄRTLINDRING		
Överläkare/Spec-läkare, Smärtrehabilitering, Umeå		7
STIPENDIER / ANSLAG / BIDRAG		
Resestipendier, ögonforskare, Karin Sandqvists stiftelse	1/4	5
Anslag, Lisa och Johan Grönbergs Stiftelse	31/3	6
Forskn-anslag, Hjärnfonden	3/3	5
Forskn-bidrag, RBU:s Forskningsstiftelse	15/3	5
Prins Daniels forskningsanslag för yngre lovande forskare, Hjärt-Lungfonden	16/3	7
ST-TJÄNSTER		
ST-läkare, Arbets- och miljömedicin, Universitetssjukhuset, Örebro	29/2	6
ST-läkare, Barn- & ungdomspsykiatriska kliniken, Region Östergötland	21/2	6
ST-läkare, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala		6
ST-läkare i allmänmedicin, Familjeläkargruppen Odenplan, Stockholm	11/3	6
ST-läkare i Allmänmedicin, Närhälsan, Sörhaga vårdcentral	21/2	5
ST-läkare i palliativ medicin, Onkologen, Gävle	21/2	5
ST-läkare, Barn och ungdomsmedicin, Länssjukhuset, Kalmar	29/2	5
ST-läkare, Barn- och ungdomsneurologi, habilitering, Skånevård Sund, Helsingborg		6
ST-läkare, Foniatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala		5
ST-läkare, Psykiatri, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	6/3	6
ST-läkare, reumatologi, Universitetssjukhuset, Örebro	28/2	5
ST-läkare, Rudans vårdcentral, Handens sjukhus, Stockholm		5
ST-läkare, Vårdcentralen Din Klinik Johanneberg, Göteborg		5
Underläkare ST, Klinisk patologi och genetik/Diagnostik, patologi och cytologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg	2/3	6
UROLOGI		
Professor och Universitetslektor/spec-läkare, Umeå universitetet, Umeå		7
Urolog, Skaraborgs Sjukhus, K2, Skövde	23/2	7
Överläkare/Specialist, kliniken för kirurgi & urologi, lasarettet, Nyköping		7
VIKARIAT		
Fastlege, Slidre legesenter, Norge		6
Leg läkare, Svea Vaccin AB, Stockholm, Malmö		5
Spec-läkare, Sykehuset Østfold, Fredrikstad, Norge		6
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR		
Överläkare/Spec-läkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Gotland	20/3	5
Överläkare, ÖNH-kliniken, Örnsköldsvik och Sollefteå		6
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER		
Ledende overlæge for AMK-vagtcentralen, Præhospitalet, Region Midtjylland, Danmark		5
Läkare, Centric Care, Norge, Sverige		7
Läkare, Hälsa och habilitering, Uppsala	21/2	6
Läkarrekrytering, Rexler		5
Professor/Associate Professor in Medical Microbiology, NTNU, Trondheim, Norge	28/3	7
Spec-läkare, kliniska prövningar, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm	21/2	5
Spec-läkare, Östermalms Specialistläkarmottagning, Stockholm		5
ÖVRIGA TJÄNSTER		
Verksamhetschef, Laboratoriemedicinska kliniken, Region Örebro	24/2	5
2 Introduktionstjänster, 2 KULT-tjänster, allmänmedicin, vuxenpsykiatri, Landstinget Västmanland	21/2	5
Ledare till framtidens hälso- & sjukvård, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, Stockholm		7
Sektionschefer (två), Affektiva sjukdomar, Barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala		6
Verksamhetschef, Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Umeå		6
Verksamhetschef, Barn- och ungdomsmedicin, Landstinget Dalarna	29/2	7
Verksamhetschef, Herrgärdets vårdcentral		7
Verksamhetschef, Radiologiska kliniken, Länssjukhuset, Kalmar	7/3	6



Bli specialist inom företagshälsa

Previa växer och söker fler läkare

– för arbetsmedicinska tjänster och hälsofrämjande insatser i nära samarbete med kunden och övriga teamspecialister

Träffa Previa på Karriärkväll för läkare
25 februari i Karlstad

www.previa.se/karriar

Previa

SVERIGE BEHÖVER DIG. ÄVEN I MALI.

Hoppas vi ses på Karriärkvällen i Karlstad den 25 februari!

VI SÖKER BLAND ANNAT ANESTESIOLOGER OCH KIRURGER.

Alla svenska soldater och sjömän har rätt till god vård oavsett var de befinner sig. Därför behövs du och dina erfarenheter för vårt arbete, både nationellt och internationellt.
Som läkare i Försvarsmakten arbetar du brett inom din specialitet tillsammans med andra kompetenta medarbetare. Hos oss kommer du att utvecklas, både professionellt men också som människa samtidigt som du gör en insats.

Välkommen att läsa mer och söka tjänsterna på
http://jobb.forsvarsmakten.se/sv/lediga-tjanster/

FÖRSVARSMAKTEN

Styr din egen tid – bli resursläkare!

Välkommen till karriärkväll i Karlstad!

På plats finns våra konsultchefer som svarar på frågor om hur det är jobba med oss på Dedicare.

KARLSTAD 25 februari, kl. 17.00–20.30
Scandic Karlstad City, Drottninggatan 4



Kontakta oss idag så berättar vi mer!

Catrine Andersson **08–555 656 37,** Vanja Engvall **08–555 656 62**
doctor@dedicare.se, www.dedicare.se/doctor

DEDICARE
Doctor

Vi bryr oss mer!

NÄSTA STEG
ÄR DU BEREDD ATT VISA VÄG?



TILL DIG SOM VILL UTVECKLA

FRAMTIDENS VÅRDMÖTEN

I LANDSTINGET I VÄRMLAND finns det plats och möjligheter för dig som vill ta initiativ och vara drivande, att få en viktig roll i utvecklingsarbetet med att skapa framtidens hälso- och sjukvård.

FOKUSOMRÅDEN ÄR förebyggande och hälsofrämjande, utvecklande arbetssätt, e-hälsa och flexibla vårdnivåer.
Läs mer på liv.se/utvecklingsplan

TILLSAMMANS MED PATIENTEN
stärker vi folkhälsan och utvecklar hälso- och sjukvården så att den kan bidra till en livskvalitet i världsklass för Värmlands befolkning.

Landstinget i Värmland

www.slso.sll.se

Chefsöverläkare
till Psykiatricentrum Södertälje

Vår chefsöverläkare går vidare mot nya utmaningar och vi söker därför en ny chefsöverläkare som vill vara med och bygga och utveckla Psykiatricentrum Södertälje.

Psykiatricentrum Södertälje står för patientens fokus och vi ligger i framkant vad gäller samverkan med andra aktörer och samordnad planering efter individuella behov. Vårt uppdrag är ett bedriva högkvalitativ psykiatrisk specialistvård inom öppen- och heldygnsvård för invånare över 18 år (16 år på vår mottagning för unga) som bor i Södertälje, Salem och Nykvarn. Vi tar emot cirka 4000 patienter per år. Kompetensen är hög bland våra cirka 260 medarbetare och vi arbetar ständigt med förbättringar för att på bästa sätt möta våra patienters behov. Därför är utvecklingsvilja och samarbetsförmåga viktiga egenskaper - vi tror på innovationskraften hos våra medarbetare. Ett öppet klimat och närhet till medarbetare kännetecknar vår organisation.

Arbetsuppgifter:
Som chefsöverläkare ansvarar du bland annat för att vård enligt LPT och LRV ges i enlighet med gällande lagstiftning, bevakar förändringar gällande lagar och föreskrifter inom området och ser till att sprida information och utbilda inom området psykiatrisk juridik.

Du har också till uppgift att tillsammans med klinikens läkare och klinikledning arbeta för en god patientsäkerhet. Ett annat uppdrag är att bereda och utreda frågor av medicinsk/psykiatrisk karaktär gällande till exempel LexMaria, arbetsrutiner, händelseanalyser, avvikelser och patientklagomål. Du deltar i den särskilda analysgrupp som tar emot och utreder avvikelserapporter i avvikelsesystemet Händelsevis. I uppdraget som klinikens Chefsöverläkare ingår även att planera läkarnas jourschema samt ha korta undervisningsavsnitt för AT/ST-läkarna.

Chefsöverläkaren ingår i klinikens ledningsgrupp. Du deltar också i nätverket för chefsöverläkare inom SLSO.

Uppdraget utgör en halvtid och kombineras med kliniskt arbete inom någon av klinikens enheter.

Anställningsform:
Tillsvidare, heltid.

Kvalifikationer:
Specialist i psykiatri. Gedigen erfarenhet av vård enligt LPT/LRV samt intresse för juridik och patientsäkerhetsfrågor. Goda kunskaper i svenska språket i tal och skrift är ett krav.

Du har god samarbetsförmåga och delar gärna med dig av dina kunskaper till dina kollegor. Du är också trygg i din profession och bedriver ditt arbete ansvarsfullt och noggrant. Vi lägger stor vikt vid personlig lämplighet.

Information om tjänsten lämnas av:
Verksamhetschef Joakim Lagerström, tel:08-550 248 08.

Fackliga företrädare:
Läkarföreningen Christina Gianneli, tel:0700-01 12 90.

Läs mer om tjänsten och sök på:
www.jobb.sll.se/SLSO-16-65404.

Sista ansökningsdatum: **2016-03-09.**

Psykiatricentrum Södertälje
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING



Röntgenläkare,
bestäm själv när, var och hur!

Intresserad av att jobba med teleradiologi?

Direct Diagnostic Alliance (DDA) behöver utöka radiologteamet på 30 radiologer med nya erfarna radiologer för uppdrag för över 30 svenska sjukhus, varav flera universitetssjukhus.

Granska intressanta undersökningar inom din radiologiska profil - alltid i kreativt samarbete med kompetenta kollegor.

Vi erbjuder en attraktiv ersättningsmodell och möjlighet att arbeta hemifrån i din egen takt. Arbeta dagtid, kvällstid, vardagar, helger, jourveckor, deltid till heltid - det som passar dig!

Kontakta oss idag
info@directdiagnosticalliance.com
www.directdiagnosticalliance.com
T. 08-123 501 50

dda Direct Diagnostic Alliance

SVERIGES BÄSTA KONSULTCHEFER SÖKER SVERIGES BÄSTA LÄKARE.

Det finns flera skäl till att jobba på Centric.
Läs alla 4014 här!
www.centriccare.nu

Vi på Centric Care söker nu några av landets bästa läkare och specialister till spännande och välbetalda uppdrag i både Sverige och Norge.

Kontakta oss direkt eller läs mer om dina möjligheter på
www.centriccare.nu

Välkommen till Centric Care.

www.centriccare.nu
010 219 05 00

centric
connect.engage.succeed.

Oslo universitetssykehus

Overlege

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Lungeavdelingen
Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

Det er ledig 100 % stilling som overlege ved Lungeavdelingen, Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet.

Vi ønsker en kollega med forskningskompetanse og solid erfaring innen lungemedisin. Stillingen vil være knyttet opp mot transplantasjonsvirksomheten.

Kontaktinfo: May Brit Lund, seksjonsleder, tlf. +47 23 07 24 22, e-post: mblund@ous-hf.no eller Johny Steinar Kongerud, avdelingsleder, tlf. +47 23 07 25 17, e-post: jkongeru@ous-hf.no

Ref.nr. 2918960470 **Søknadsfrist: 15.03.2016**

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Overlege - Radiologisk avdeling, Nukleærmedisinsk seksjon

Vi søker overlege, fortrinnsvis spesialist i nukleærmedisin eller radiologi med PET-CT erfaring. Alternativt nukleærmedisiner eller radiolog som ønsker å spesialisere seg i multimodale undersøkelsesmetoder inkludert PET-CT. Det vil være gode muligheter for videreutdanning med norske og utenlandske kurs og hospiteringer. Nr.id.nr. 13475.

Kontaktinfo: Erik R. Traasdahl, seksjonsleder, +47 77 62 67 39 / +47 928 21 737, erik.r.traasdahl@unn.no

Søknadsfrist: 30. april 2016

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Är du ung forskare?



Förra årets unga forskare, Erik Melén, tar emot anslaget på 6 miljoner kronor av H.K.H. Prins Daniel. Erik forskar kring hur man kan förhindra att barn med astma får kronisk lungsjukdom i vuxen ålder.

Sök Prins Daniels forskningsanslag för yngre lovande forskare.

Någonstans där ute finns svaret och lösningen på hjärt- och lungsjukdomarnas gåta. Vi vet inte var, men vi vet att forskning är nyckeln. Det är därför Hjärt-Lungfonden i 112 år samlat in och delat ut pengar till svensk hjärt- och lungforskning. Den svenska hjärt- och lungforskningen håller en mycket hög internationell nivå och kan bedrivas tack vare våra generösa givare.

Nu söker vi dig som är ung forskare inom hjärta, kärl och lungor. Du som kanske är ett genombrott på spåret men behöver medel för att kunna nå det.

Din ansökan vill vi ha under perioden
17 februari till och med 16 mars 2016.

Anslaget ska främja återväxten inom forskningen och är på sex miljoner kronor över tre år. Bedömningsgrund: Vid utvärderingen kommer vi att särskilt beakta forskningsprojektets originalitet och sannolika kliniska betydelse.

Mer information om anslaget och ansöknings-förfarandet finns på vår hemsida **www.hjart-lungfonden.se** Eller ring vår forskningsavdelning på tfn 08-566 24 220.

Hjärt Lungfonden
TILLSAMMANS RÄDDAR VI LIV

PG 90 91 92-7
www.hjart-lungfonden.se

90 KONTO SVENSK INSAMLINGS KONTROLL



Vill du leda framtidens hälso- och sjukvård?

Karolinska Universitetssjukhuset har påbörjat en omvälvande förändringsresa. Vi ska mäta oss med de bästa i världen i allt från medicinska resultat till patienternas upplevelse av vården. Under 2016 inför vi en ny tematisk organisation där vi arbetar i interdisciplinära team runt patienten. Vi öppnar också vårt nybyggda universitetssjukhus i Solna, som blir ett nav för vård, forskning och utbildning. Vill du vara med och bygga för framtiden och utveckla din egen kompetens? Kan du inspirera och skapa delaktighet?

Läs mer om vår förändringsresa och vilka ledare vi söker på karolinska.se/framtida-karolinska

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Europas främsta, med ett särskilt ansvar för högspecialiserad vård och en betydande roll i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård. Tillsammans med Karolinska Institutet bedriver vi världsledande forskning och utbildning.

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

NTNU – knowledge for a better world

The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) creates knowledge for a better world and solutions that can change everyday life.



Faculty of Medicine

Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health

Professor/Associate Professor in Medical Microbiology

The Faculty of Medicine at the Norwegian University of Science and Technology (NTNU) in Trondheim announces a full time Professorship/Associate Professorship in Medicine (Medical Microbiology). Administratively, the post is attached to the Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health (LBK), see www.ntnu.edu/lbk.

Together with the other academic staff within the discipline, the person holding the post is responsible for teaching and research in the discipline of medical microbiology.

Applicants must either have a medical degree with further specialization in microbiology, or other relevant education, research or work experience within microbiology.

For further information about the position, please contact: Marite Rygg, Head of Department, Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, email: marite.rygg@ntnu.no, or Jan Egil Afset, Professor in medicine (Microbiology), Department of Laboratory Medicine, Children's and Women's Health, email: jan.afset@ntnu.no

For a complete job description and qualifications, please see www.jobbnorge.no (IDsearch 121434).
Application deadline: 28 March 2016.



TRONDHEIM | GJØVIK | ÅLESUND

NTNU
Norwegian University of Science and Technology

Jobbnorge.no

Huddinge kommun söker

Skolläkare med medicinskt ledningsansvar

Vill du vara med och utveckla elevhälsan i Huddinge kommun? Välkommen till en verksamhet med framåtanda och eleven i fokus.

Senast den 26 februari vill vi ha din ansökan.
Läs mer om tjänsten på **huddinge.se/ledigajobb**

HUDDINGE KOMMUN



Medicin, geriatrik och rehabilitering Ludvika söker

Överläkare geriatrik

Vill du vara med och forma framtidens geriatrik? I vårt team arbetar du tillsammans med olika yrkeskategorier för att utveckla både dig själv och verksamheten.

Ansök senast: 2016-03-01
via www.offentligajobb.se

Landstinget DALARNA

tibra medica

Specialist i allmänmedicin

Tibra Medica vårdcentral söker ytterligare en specialist i allmänmedicin då vårt patientunderlag växer.

Tibra Medica vårdcentral är en medelstor, väl fungerande och trevlig arbetsplats med ljusa och trevliga lokaler vid Kista Galleria. Vi arbetar inom ramen för vårdval Stockholm sedan 2008. Vi tycker att det är stimulerande att arbeta på en vårdcentral som utvecklas.

Vi växer kontinuerligt och nu söker vi ytterligare en distriktsläkare för heltidsanställning, ev kan andra arbetstider diskuteras. Vi söker dig som vill vara med och vidareutveckla verksamheten. Stor vikt lägges vid personlig lämplighet. Vi erbjuder bra arbetsvillkor. Välkommen med en ansökan till oss på Tibra Medica.

För mer information var vänlig kontakta
Verksamhetschef Sarah Razavi, 070-820 73 37 eller Elisabeth Stahre, enhetschef, 08-750 33 91. Ansökan mailas till sarah.razavi@tibramedica.se

Vi är Västra Götalandsregionen

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

SVERIGES VIKTIGASTE JOBB

Just nu söker vi:

Specialistläkare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Medicin Sahlgrenska, Sektionen för medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Ref.nr: 2016/611
Sista ansökningsdag: 2016-02-28

Specialist-/överläkare neurologi

Skaraborgs Sjukhus Skövde, M1, Läkare neurologi/ rehabilitering

Ref.nr: 2016/591
Sista ansökningsdag: 2016-03-09

Läkare till hemvård och särskilt boende

Närhälsan Stenungsund vårdcentral

Ref.nr: 2016/458
Sista ansökningsdag: 2016-03-02

Erfaren urolog

Skaraborgs Sjukhus, K2, Urologi, Skövde

Ref.nr: 2016/453
Sista ansökningsdag: 2016-02-23



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

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

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Dr. Willumsens Kvinneklinikk

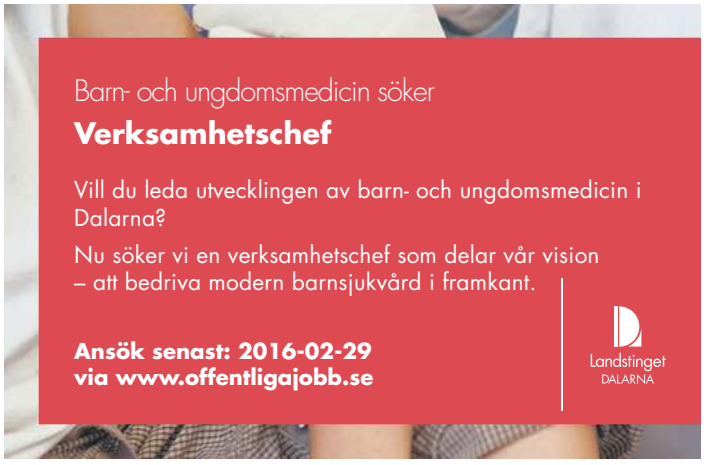
Spesialist i gynekologi søkes
til veldrevet avtalepraksis i Drammen
Kontakt: dr.med. Nina Willumsen, telefon: +47 90605360,
mail: willumsen.nina1@gmail.com
Läs mer på www.legestillinger.no

midt
regionmidtjylland
Ledende overlæge for AMK-vagtcentralen
Præhospitalet, Region Midtjylland
Kontakt: Per Sabro Nielsen, Lægefaglig direktør, telefon 0045 7841 4900
Läs mer på www.laegekarriere.dk

REGION HALLAND SÖKER

Läkarchef/överläkare
till Vuxenpsyk. Heldygnsvården i Halmstad och Varberg
Vi söker två legitimerade läkare med specialistkompetens i psykiatri. Ni ska vara intresserade av att arbeta med utvecklingsfrågor och ha ett brett psykiatriskt intresse.

Mer information om tjänsten hittar du på
www.regionhalland.se/jobb
BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland


Barn- och ungdomsmedicin söker
Verksamhetschef
Vill du leda utvecklingen av barn- och ungdomsmedicin i Dalarna?
Nu söker vi en verksamhetschef som delar vår vision – att bedriva modern barnsjukvård i framkant.
Ansök senast: 2016-02-29
via www.offentligajobb.se
Landstinget DALARNA

Vi cyklar till Paris för att Max ska få cykla till dagis

2014 skänkte vi 11 miljoner kronor till Barncancerfonden. Med dig som sponsor kan det bli ännu mer 2015.


Team Rynkeby
STÖD OSS PÅ team-rynkeby.se
Vi betalar själva för resa och omkostnader.
Ditt bidrag går oavkortat till Barncancerfonden.

LäkarJouren

ÄR DU REDO ATT TA NÄSTA STEG?

Vi söker fler kollegor med hjärtat på rätta stället!

Läkarjouren bemannar sjukvården i Sverige och Norge med kompetenta och engagerade sjuksköterskor och läkare. Vi ger dig valfrihet i ditt yrkesliv och möjlighet att utvecklas i din karriär.

Just nu söker vi fler läkare inom en rad specialiteter, välkommen att kontakta oss för mer information!

Kontakt: **kontakta@lakarjouren.se · 0920-25 43 00**



Capio Psykiatri

CAPIO PSYKIATRI ÖSTERGÖTLAND SÖKER UNDERLÄKARE

TILL SPECIALISTPSYKIATRISK ÖPPENVÅRD I NORRKÖPING OCH LINKÖPING
http://patient.capio.se/psykiatri/ostergotland/linkoping-norrkoping/

Välkommen med din ansökan!

Karolinska Institutet söker en

Universitetslektor i kirurgi

förenad med tjänstgöring som specialistkompetent läkare vid Södersjukhuset

Välkommen med din ansökan senast den **31 mars 2016**.
Läs mer om tjänsten på **ki.se/jobb**

Ett medicinskt universitet

Karolinska Institutet

Basal teknik för blivande ortopeder 26-27 maj 2016

Kursen är avsedd för nyblivna ST-läkare i ortopedi eller läkare som planerar att påbörja ST i ortopedi.

Kursen täcker den teoretiska delen av delmål c1 och del av delmål c4. Kursen är godkänd av LIPUS (**www.lipus.se**) där utförlig kursinformation finns.

Plats: Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Kostnad: 4500 kr + moms. Kostnaden inkluderar måltider.
Kursledare: Paul Gerdhem
Kontaktperson: **helene.fils@karolinska.se**

Conference on Road Safety for the International Business Traveler

in Gothenburg May 30, 2016
How can road travel be made safer?

Read more and register at
www-hsd.worldbank.org/roadsafety

Östermalms Specialistläkarmottagning söker

SPECIALISTLÄKARE

Vi söker specialistläkare som vill jobba på en helt nyöppnad mottagning på Östermalm i Stockholm. Ombyggda fräscha lokaler godkända för vårdval. Plats för 8 kollegor. 75 m till T-bana och bussar. P-platser utanför dörren. Drivs av läkarägt bolag.

Kontakta oss på 0702 32 20 15 eller 0739 83 62 12.

ostermalmsspecialistlakare.se

målinriktad medarbetare aktiv engagerad tillsammans nyfiken ansvarstagande

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

Vi söker

Överläkare/Specialist i urologi

Kliniken för kirurgi och urologi, Nyköpings lasarett
Ref nr RNLN-16-026

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

Landstinget Sörmland

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

Vill du jobba i vårt team?



Vi söker nu en St-läkare/legitimerad läkare till vårt team i Växjö.

På Kvinnokliniken är vi ca 200 anställda varav 17 Specialist- och 5 St-läkartjänster. Vi har ca 2000 förlossningar per år och bedriver en avancerad förlossningsvård på kliniken. Vi har en bred operationsverksamhet både i öppen- och slutenvård. Sedan några år bedriver vi även robotkirurgi.

Låter detta intressant gå till www.regionkronoberg.se och klicka på "jobba hos oss" eller ring avdelningschef Kira Kersting på 0470-58 83 96.

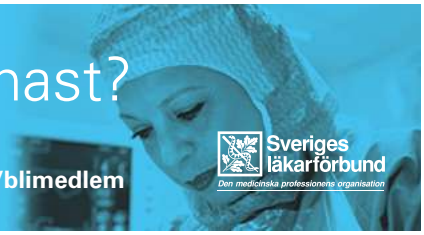
REGION KRONOBERG
regionkronoberg.se

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

När tänkte du på dig själv senast?

– Vi tänker på dig under hela din karriär

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



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Välkommen till Läkarkarriär – Sveriges största jobbsajt för lediga läkartjänster!

Läkarkarriär.se är Läkartidningens sajt för dig som söker nytt jobb. Med över 100 lediga tjänster är det Sveriges största jobbsajt för läkare.



Så för dig som är redo att ta nästa steg i karriären, gå in på Läkarkarriär.se nu – det är här du hittar jobben!

Läkarkarriär.se

Sykehuset Innlandet HF

Overlege - Gynekologisk/føde avdeling, Elverum
Sykehuset Innlandet HF

Kontakt: Anne Birthe Lømo, Avdelningssjef, telefon +47 911 94 815

Les hele annonsen på www.legestillinger.no

Läkarpraktik uthyres

(Plastik) kirurgisk mott, op, önattn (2–3 pat)
St.Essingen 250 m fr buss nr 1.Lugnt läge
Uthyres 30.000/mån inkl. modern utrustning bl.a:
autoklav 56 l, lågflödesnarkos, xenonfiberoptik, Stilleinstr.
Kontakt: doc Mats Malm 08-13 13 33 (vard 12–17) övr tid telesvar.
I andra hand *mats.malm@me.com*

UMEÅ UNIVERSITET

Umeå universitet satsar på kreativa miljöer för studier och arbete. Hos oss finns attraktiva utbildningar, världsledande forskning och utmärkta innovations- och samverkansmöjligheter. Fler än 4 300 medarbetare och 31 500 studenter har redan valt Umeå universitet. Välj oss du också.

Umeå universitet söker

Professor och Universitetslektor i urologi

förenad med anställning som specialistutbildad läkare

till Medicinska fakulteten

Läs mer på: **www.jobb.umu.se**



Överläkare

Beroendekliniken i Linköping

Välkommen med din ansökan senast den 28 februari 2016.

Läs mer på www.regionostergotland.se/jobb

Region Östergötland

Herrgärdets vårdcentral
Primärvård, psykiatri och habiliteringsverksamhet

Verksamhetschef

till Herrgärdets vårdcentral

Lär känna oss och ansök på www.ltv.se/jobb



Som verksamhetschef är det din uppgift att leda och utveckla verksamheten med fokus på medicinsk kvalitet, tillgänglighet och service. Du har verksamhets-, ekonomi- och personalansvar.

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

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Praktikertjänst N.Ä.R.A. vill ligga i topp inom vårdutveckling, vill du?

SPECIALISTLÄKARE TILL LÖWETGERIATRIKEN OCH ASIH TULLINGE SAMT ST-LÄKARE TILL RUDANS VÅRDCENTRAL

HBT CERTIFIERAD

Rudans Vårdcentral hittar du på Handens Sjukhus. Våra ASIH-team finns i hela storStockholm. Vi har geriatriska vårdavdelningar på Handen och Löwenströmska sjukhuset. Mer information kring tjänsterna och ansökan:

Ann-Louise Rönnblad, tf läkarchef Nord
08 599 09 308, ann-louise.ronnblad@ptj.se

Eva Axelsson, läkarchef specialistläkare Syd
08 606 4041, eva.axelsson@ptj.se

Gregor Bergquist, Vårdcentralschef Rudans Vårdcentral, 08 606 4175, gregor.bergquist@ptj.se

Läs mer om oss och lediga jobb:
www.praktikertjanstnara.se

Praktikertjänst N.Ä.R.A.

NÄRSJUKVÅRD • ÄLDRESJUKVÅRD
REHABILITERING • ASIH

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.

AKADEMISKA SJUKHUSET

Är du vår nya överläkare inom kirurgi?

✚ Nu söker vi dig med kunskap och intresse att vara med och utveckla leverkirurgin inom sektionen för lever-galla-pancreas. Här bedriver vi en specialiserad verksamhet som långsiktigt fokuserar på forskning och utveckling. Läs mer om tjänsten på vår hemsida, sök efter referensnummer AS103/2016.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

LANDSTINGET I UPPSALA LÄN

www.slso.sll.se

Överläkare

till Neuropsykiatrisk mottagning Hagsätra

Psykiatri Södra Stockholm är en del av Stockholms läns sjukvårdsområde. Här arbetar ungefär 670 personer. I mars 2016 kommer Psykiatri Södra Stockholm att genomföra en omorganisation av verksamheten.

Neuropsykiatriska mottagningen är en nystartad enhet med 30-tal medarbetare, varav fyra specialistläkare, som brinner för att utveckla en verksamhet som riktar sig till patienter med ADHD och AST. Vi kommer att erbjuda neuropsykiatriska utredningar av en erfaren grupp psykologer och läkare. Vår vision är att i tvärprofessionella team erbjuda multimodal behandling med läkemedel, psykologiska behandlingsmetoder samt arbetsterapeutiska, fysioterapeutiska och kurativa insatser. Vi arbetar enligt SLSO:s gällande vårdprocesskartor för ADHD och AST.

Vi ser gärna att du har ett särskilt intresse för målgruppen och att du gillar tvärprofessionellt teamarbete. Dina arbetsuppgifter kommer huvudsakligen bestå i farmakologisk behandling och uppföljning av patienter med ADHD.

Förutom att du ska ha specialistkompetens i psykiatri är det meriterande om du har erfarenhet av liknande arbete.

Vi värderar god sammanhållning och arbetsmiljö och tror att du kommer tycka det är roligt att arbeta hos oss!

Information om tjänsten lämnas av medicinskt ledningsansvarig överläkare Virág Bergkvist tel 070-001 10 85 eller sektionschef Ib Hultén tel. 070-484 84 17.

Facklig företrädare:
Läkarföreningen SLSO Anna Liljerot tel. 070-319 38 91.

Välkommen med Din ansökan via **www.jobb.sll.se/slso** senast den 2016-03-04.

Vi undanber oss all kontakt med annonsförsäljare samt försäljare av andra bemannings- och rekryteringstjänster.

Psykiatri Södra Stockholm
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

REGION SKÅNE SÖKER

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE

Bröstkirurgi
VO Kirurgi Urologi
Skånevård Sund
Helsingborg

SPECIALISTLÄKARE

Internmedicin och lungmedicin
Lung- och allergimottagningen
Skånevård Sund
Helsingborg

SPECIALISTLÄKARE

Endokrinologi
Sektion Endokrinologi
Skånes universitetssjukvård
Lund/Malmö

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.

Bli Livsviktig!

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

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

SVENSKA INSTITUTET
FÖR KOGNITIV PSYKOTERAPI

Grundutbildning (KBT)

NY KURS STARTAR AUGUSTI 2016, STOCKHOLM

För vidare information: Birgitta Aller (Sekr)
08-690 52 60, www.cbti.se eller info@cbti.se

Edsbergs vårdcentral, Sollentuna, söker

Distriktsläkare
specialist i allmänmedicin

Välkommen till Edsbergs vårdcentral i Sollentuna, norr om Stockholm. Till oss hör cirka 13.500 invånare. Vi bedriver sedvanlig husläkarverksamhet och har en omfattande hemsjukvård. Vi har också BVC. Här arbetar cirka 35 personer, vi är åtta ordinarie distriktsläkare och tre ST-läkare. En av läkarna ska övergå till annan verksamhet och vi söker nu en ny kollega.

Arbetsuppgifter
Sedvanliga arbetsuppgifter för en distriktsläkare med patientlista. Möjlighet finns att vara BVC-doktor. Vi har även Balintgrupp.

Tillsvidareanställning med initial provanställning 6 mån.

För mer information
Anna Maria Undeman, 08-587 30 526
info.edsbergsvardcentral@ptj.se
Ingrid Fröberg, 08-587 30 526

Ansökan skickas senast 28/2 till
info.edsbergsvardcentral@ptj.se



Praktikertjänst



Världens bästa*… Överläkare/ Specialistläkare till Smärtrehabilitering i Umeå.

Smärtrehabiliteringen/Smärtmottagningen utreder, behandlar och rehabiliterar komplicerade fall av långvarig icke cancerrelaterad smärta.
Man har ett multidisciplinärt samarbete över klinikgränserna som syftar till att förbättra vården för patienter med långvarig smärta samt s.k. samsjuklighet.
Smärtrehabiliteringen hör till Neurocentrums basenhet vid Norrlands Universitetssjukhus. Här utreds och vårdas ca 3000 patienter per år i sluten vård och har ca 7000 besök i öppen vård.
Till neurocentrum remitteras patienter från norra Sverige med behov av högspecialiserad vård inom neuroområdet.

Läs mer om tjänsten och vår värld på
www.vll.se/ledigajobb

*Hälsa 2020

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Årsta vårdcentral

Vi söker vårdutvecklande allmänläkare



Vill du använda ditt kunnande till att göra lite mer? Här jobbar vi tillsammans för att förbättra allt från kliniska processer till färgen i väntrummen.

Som verksamhetschef uppmanar och uppmuntrar jag ständigt till samarbete och ifrågasättande, frågar du mig är det enda vägen till ett vårdutvecklande arbete. Hos oss får du dessutom möjligheten att verka i en av Uppsalas snabbast växande stadsdelar.

Vill du vara med?
Skicka din ansökan till mig: daniel.heimer@lul.se

Landstinget i Uppsala län

LEG LÄKARE
sökes,

Till Stockholm och Malmö på del- eller heltid men minst 6 mån vikariat med förlängning.

Tjänsten omfattar akut sjukvård, reserådgivning, vaccinering av vuxna och barn samt arbetsledning.

Vg mejla ditt CV till
ridha.hadfi@htlp.se

LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

Vill du bidra med din kliniska kompetens i ett vetenskapligt sammanhang?

Vi söker läkare inom infektion och inom hematologi/onkologi

Se annonserna i dess helhet på **www.lakemedelsverket.se**
Sista ansökningsdag 9 mars 2016.

approvals • authorisation • clinical trials • communication • competence • cosmetics • dialogue • directives • efficacy • environment • ev
delines • harmonisation health economics • herbals • homeopathics • information • inspection • laboratory analysis • market surveillance
products • medical devices • narcotics • public health • quality • registration • regulations • reliability • risk/benefit • safety • scientific • st

Etableringar och överlåtelser

Ersättningsetablering Gynekologi i Strängnäs överlåtes

Läs mer på: **opic.com**
Mer info: **gunillabjork@spray.se**
Sista ansökningsdag: 2016-03-02

Ersättningsetablering. AllmänMedicin

Husläkaren i Borlänge s.25 år. **Anmälan senast 2016-03-25** till Dalarnas Läns Landsting.

Se: **www.e-avrop.com/ltdalarna**

För mer information: **malaregatan@hotmail.se**, 0243-130 00

Ersättningsetablering i psykiatri till salu i Stockholm/Norrmalm

Läs mer: **opic.com** eller **vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/lagregleradeläkare/ersättningsetablering**

Enligt policybeslut kan verksamheten efter ansökan flyttas till valfri plats inom Stockholms innerstad.

Mer info: **barbro.nordlund@ptj.se**, 08-728 88 54, 070-716 23 18
Sista ansökningsdag: 2016-03-24

ALLMÄNMEDICIN Ersättningsetablering till salu i Stockholm/Norrmalm.

Läs mer: **vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/lagregleradeläkare/ersättningsetablering** eller **opic.com**
Mer info: **janinagold@hotmail.com** alt.tel 070-720 54 35
Sista ansökningsdag: 2016-03-07

Trött av/på vårdcentralen?

Etableringsrätt (”Nationella taxan”) i allmänmedicin överlåtes i Upplands Väsby. Ev kan du prova att vikariera först.
Christer Olsson tel 070-590 4360 eller
christer.olsson@optimuskliniken.se
http://optimusk.se/index.php/er

Psykiatrisk mottagning i Stockholm överlåtes

uppdraget medger hela innerstaden).
Säljes genom anbudsförfarande SLL

www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/lagreglerade/ersattningsetableringar

Upplysningar: Henry Jablonski **drhj@jablonski.se,** 070-555 00 85

INTERNMEDICIN ersättningsetablering

till salu i Stockholm/Östermalm
Läs mer: **www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/lagreglerade/ansokningsinbjudan** eller **www.opic.com**
Mer info: **margareta.hellerstedtscheen@sophiahemmet.se**
Tel: 0738-33 66 44
Sista ansökningsdag: 2016-03-29

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



Foto: Ian Schemper/Västarvet

Spåren tillbaka i tiden efter hemakromatos, en recessivt hereditär sjukdom orsakad av en mutation, leder bort över havet, i västerled. (Skeppsristning på Vitlyckehällen i Tanums världsarv.)

Kom båten lastad med hemokromatos?

Hereditär hemokromatos (HH) är en recessivt ärftlig sjukdom som orsakas av en mutation, C282Y, av HFE-genen, belägen på kromosom 6 nära HLA-generna. Denna unika händelse anses ha inträffat en gång hos en person i Europa som bar på HLA-haplotypen A3-B7.

I Läkartidningen 1980;77:2083 (»Är hemokromatos vanligaste ärftliga sjukdomen?«) visade vi att A3-B7-haplotypen var lika vanlig i Jämtland som i England och Bretagne. Man undrade om den hade spridits dit via vikingar, och en dansk studie [Clin Genet. 2003;64:36] stödde detta. Starka förbindelser mellan Bohuslän och Irland (som har världens högsta förekomst av HH), kunde sedan påvisas [Eur J Haematol. 2011;86:75-82]. Även andra HLA-typer förekommer vilka anses ha uppstått via så kallade rekombinationer. Utifrån antalet sådana har åldern på mutationen beräknats till cirka 100 generationer eller 2 500 år [Am J Hum Genet. 1997;60:1439].

Nu rapporteras från Irland att man genom helgenomsekvensering på skelett från bronsåldern funnit att en man på ön Rathlin bar på HFE/C282Y och A3-B7 för 4 000 år sedan [Proc Natl Acad Sci U S A. 2016;113:368]. Denna ö, strax norr om Irlands nordspets, hade ett strategiskt läge längs den norska färdvägen till och från Isle of Man under vikingatiden. Eftersom vikingar tog slavar kan man mycket väl ha hämtat hem mänskligt DNA med C282Y härifrån till Jämtland via Trøndelag. Skeppen i Överhogdalsbonaden kan vara en illustration.

Uppenbarligen är hemokromatosmutationen äldre än man trott, även om detta tidigare hade föreslagits [Hum Genet 2004;115:269]. Fyndet Rathlin 1 anger östeuropeiskt ursprung. Därmed får kanske bronsåldersskeppen i Tanum en ny betydelse. Deltog de i exporten av detta DNA till Irland och ön Rathlin?

Många hemokromatospatienter i vårt land bär alltså på ett minne från bronsåldern. Märkligt är att A3-B7-haplotypen fortfarande finns intakt efter 4 000 års liftande med HFE-mutationen. Bidrog detta sällskap med HFE-mutationen till att hereditär hemokromatos nu är den vanligaste ärftliga sjukdomen i den vita befolkningen? [N Engl J Med. 1999;301:2055].

K Sigvard Olsson
leg läkare, docent,
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
sigvard.olsson@medic.gu.se

DIKTER FRÅN KLINIKEN

Hembesök

Ur en distriktsläkares dagbok

Dagens sista hembesök
det är just till ända och
jag gör klart att vända hem.
Då ringer telefonen.

»Hörde doktorn var häråt.
Kan han komma oss förbi?
Då får han stanna hemma
gubben min fast han är död.«

Att neka sån begäran
det känns ju helt omöjligt,
så jag ger mig genast av
och hittar fram till gården.

En plirig gammal gumma
där står på förstukvisten.
Hon tycks ej alls bedrövad
men ivrig att berätta:

»Jo han hade bärgat hö
och lagt sig ner att vila
men vid middagsvilans slut
gick han ej mer att väcka.

En enkel bonde var han,
men en spelman likaså,
och när han tog sig ledigt,
se då kom hans munspel fram.«

Till lillstugan på gården
deras hem och »undantag«
blir jag sedan lotsad in
att bestyrka där hans död.

I kammarn doft av granris
och tända ljus i fönstren
där ligger han på sängen
i bästa finkostymen.

Det munspel som han brukat
visst, det håller han i hand.
En stund av tystnad följer,
sedan bugar vi och går.

Här finns ej mer att säga
blott döden attestera,
och tacka för en fin stund
som vi delat med varann.

Ett värdigt slut på livet
och kärlek in i döden
vad få det är förunnat
tänker jag på vägen hem.

Staffan Lundberg,
pensionerad anestesiolog,
distriktsläkare, Bromma

Han slutar som facklig ledare och reser till Galápagosöarna

Blev din karriär som läkare och fackligt aktiv så som du hade tänkt dig från början?

– Inte hade jag anat att jag skulle hålla på så länge som ordförande. Men jag gillar att engagera mig och har jobbat med fackliga frågor sedan kandidattiden. Och här i Skaraborg har jag arbetat sedan AT-tiden. Det beror delvis på att jag bor på landet en bit utanför Skara.

Driver du en bondgård själv?

– Jag köpte gården redan när jag var underläkare. Ett objekt som låg bra till i länet där jag skulle jobba. Jag skaffade några biffkor, och det har jag än i dag, sju kor och en tjur. Korna kalvar och sköter sina kalvar själva, på hösten säljs kalvarna till någon som ska föda upp dem. Men jag sköter inte allting själv på gården. Vissa arbeten kan lejas bort, som att skära hö och måla om, till exempel.

Har du lantbruksbakgrund?

– Inte direkt. Men vi bodde utanför Halmstad, där jag växte upp intill en gård, och jag var väldigt ofta där. Det påverkade mig, helt klart.

Varför blev du läkare?

– Jag tyckte om att ägna mig åt människor, och hade fallenhet för den biologiska sidan av naturvetenskapen. Jag tyckte att läkaryrket kunde passa mig och började läsa i Göteborg 1967 – tog examen 1973.

Vilken är din viktigaste insats under karriären?

– Jag har ju inte disputerat, och inte heller tagit fram några nya behandlingsmetoder. Jag har påverkat på mitt sätt, till exempel genom att sprida information i Sverige om att man kan fenolbedöva trumhinnan. Det anser väl de flesta numera, men det finns också de som inte gör det.



Foto: Alf Ehn

Lars Olén, 67 år, slutar efter 40 år som läkare och fackligt aktiv i Skaraborgs län.

Jobbade du över mycket?

– Jag jobbar ständigt över, fortfarande, trots att jag har börjat trappa ner och slutar min anställning nu i maj. Men vi har ett flexsystem och kan ta ut övertiden i ledighet.

Vad gör du på fritiden?

– Jag reser gärna. Till olika platser, olika varje gång, för att se världen. Nästa resa går om två veckor, till Ecuador och därifrån till Galápagosöarna.

Du började tidigt att engagera dig fackligt?

– Redan under studenttiden. I Medicinstudenternas förbund i Göteborg var jag ordförande, sedan i Sylf här i Skaraborg, och sedan i vår lokala läkarförening.

När var du riktigt nöjd med resultatet i en facklig förhandling?

– I början av 2000-talet sa vi ifrån att vi låg riktigt dåligt till lönemässigt på sjukhuset i Skövde. Vi fick inget gehör under själva löneförhandlingarna – men efteråt, när allt var klart, kallade arbetsgivaren till extraförhandlingar, och vi fick igenom våra krav. Det blev en liten extra tilldelning som blev väldigt positiv.

En fråga som ni drev i 20 år utan framgång är en central aula. Om den hade blivit av, vad skulle du föreläsa om där?

– Jag som är så gammal, kan jämföra medicinlistor som fanns när jag började som läkare med listorna som finns i dag för samma patientkategori. En sådan jämförelse speglar vilken positiv utveckling som har skett på läkemedelsfronten. Det har kommit mängder av nya preparat, och hade man inte hängt med och läst på under resans gång så hade man blivit akterseglad.

Gabor Hont

LARS OLÉN

YRKE: **Överläkare, specialist i öron-, näs- och halssjukdomar.**

ÅLDER: **67 år.**

FAMILJ: **Hustru, 6 barn, 4 (snart 5) barnbarn.**

BOR: **På en gård utanför Skara.**

AKTUELL: **Slutar som ordförande i Skaraborgs läkarförening efter 27 års facklig kamp för att förbättra kollegernas arbetsvillkor.**

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

NYTT OM NAMN



Foto: Karl Chevalley

ST-läkarna Karin Olausson och Olaf Gräbel fick varsitt pris.

PRISADE SOM BÄSTA BAKJOUR OCH BÄSTA HANDLEDARE

ST-läkarna **Karin Olausson** och **Olaf Gräbel** på anestesikliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, får kollegornas pris som »Bästa kliniska handledare« respektive »Bästa bakjour«.

Priset är en årlig utmärkelse bland ST-läkarna på anestesikliniken, Östra sjukhuset. Sedan två år tillbaka röstar de fram kollegor som genom sitt engagemang och kompetens bidrar till en ännu bättre utbildning för ST-läkarna.

HANS KLINISKA FORSKNING FÖRBÄTTRADE AKUTVÅRDEN



Leif Svensson

Leif Svensson, professor och överläkare, VO kardiologi, Södersjukhuset, har belönats med 2015 års pris för Genombrott i klinisk forskning.

Leif Svensson har under 20 års tid bedrivit klinisk forskning av högsta internationella klass inom prehospital akutsjukvård, vilket har förändrat omhändertagandet av patienter som drabbats av hjärtstopp, stroke och hjärtinfarkt, enligt motiveringen till utmärkelsen. Som ett resultat av hans arbete har överlevnaden vid hjärtstopp fyrdubblats, och hundratalet fler patienter överlever varje år i Stockholms län.

Leif Svensson har byggt upp en plattform för hjärtinfarkts- och hjärtstoppsforskning i Stockholm, Sverige och internationellt. Han är grundare och ledare av Centrum för hjärtstoppsforskning vid Karolinska institutet och Södersjukhuset.

Priset är inrättat av landstingets forskningsråd.

GOTT HUMÖR DYGNET RUNT BIDROG TILL PRIS PÅ BARNAKUT



Oskar Oskarsson

ST-läkarnas Grand Prix till Tant Pruselius minne för excellent kliniskt handledarskap i pediatrik vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna 2015 går till läkaren **Oskar Oskarsson** på barnakutkliniken.

Oskar Oskarsson får priset »... för att han alltid förmedlar sin stora kunskap på ett pedagogiskt sätt och alltid tar sig tid att undervisa, både ST-läkare men även kandidater, sjuksköterskor och randande läkare« samt »... för sitt engagemang i att göra oss till bättre akutpediatriker, och för sin prestigelöshet«. Och sist men inte minst »... för att han med stor glädje och optimism undervisar oavsett tid på dygnet«.

NY CHEFSÖVERLÄKARE FÖR PSYKIATRI PÅ GOTLAND



Erling Åby Hedenius

Erling Åby Hedenius är ny psykiatrisk chefsöverläkare på Gotland. Han är nyinflyttad till Gotland från Örebro där han har arbetat som överläkare inom heldygnsvården.

Erling Åby Hedenius är intresserad av att utveckla psykiatrin ytterligare och att fortsätta det arbete som hans företrädare Jaroslaw Kornowski påbörjade.

NYA DOCENTER I UPPSALA

Vid Uppsala universitet har antagits som docenter **Erik Olsson** i klinisk psykologi i hälso- och sjukvård, **Dominic-Luc Webb** i experimentell gastroenterologi, **Lena Nordgren** i vårdvetenskap, **Fredrik Ahlsson** i pediatrik samt **Bernice Skytt** i vårdvetenskap.

Läs mer!
Ett fullständigt kalendarium finns på Läkartidningen.se

AVLIDNA

Per Halvarsson, Gävle, 64 år, död 1 januari

Björn Mören, Västerås, 79 år, död 25 januari

KALENDARIUM

20 år med BNPS – vart är neuropsykiatrin på väg? är temat på barnneuropsykiatriska sektionens utbildningsdagar, den 14–15 mars, Bonnierhuset, Stockholm.
För ytterligare information, program och anmälan, se hemsida.
● **www.delegia.com/bnps2016**

Balintgruppens möjligheter och begränsningar, studiedag/workshop den 22–23 april i Lund och Malmö. Arrangör: Svensk förening för medicinsk psykologi.
● **www.sfmp.se**

Jämlik hälsa – vad krävs för att nå från evidens till politik och praktik? är titeln på ett möte den 28–29 april 2016 på Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10 i Stockholm.
● **www.sls.se/Aktuellt/Senaste-nytt/28-294-Jamlik-halsa/**

GUCH in real life – Girl, ST-kurs i Göteborg den 16–20 maj. Kursen ger en bred och basal kunskap om vuxna med medfödda hjärtfel. Fokus är på fysiologi och på hantering av normalt förekommande situationer för en person med medfött hjärtfel. Deltagaren ska efter kursen ha ökade kunskaper i att hantera akuta situationer, veta hur och varför man följer dessa patienter med regelbundenhet, förstå vad som händer vid situationer med ändrad hemodynamik och känna sig tryggare med vilka råd man ska ge patienten som livscoach.

Kursen riktar sig i första hand till ST-läkare i kardiologi samt till ST-läkare i internmedicin, akutsjukvård, anestesi och intensivvård och till färdiga specialister i dessa specialiteter som önskar uppdatera sina kunskaper.
● **https://www2.sahlgrenska.se/su/utb-hjartakarl**

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

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

Arrangörer

Läkartidningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

2016 KARRIÄR MÄSSAN för läkare

19 mars kl 8.30-15.30

Stockholm

Rival, Mariatorget, Stockholm

Välkommen till en inspirerande dag om möjliga karriärvägar

Nu är det dags att boka in karriärmässan för läkare, i Stockholm. Här kommer några av dina kollegor att berätta om sin väg genom karriären. Passa på att ställ frågor, mingla med kollegor och träffa utställare i pauserna. Vi bjuder på lunch och fika.

8.30-9.30 Registrering, kaffe & smörgås

9.30–9.40 Välkommen



09.40–10.10: Lena Marions, docent i obstetrik och gynekolog. Lena kommer bland annat prata om sina internationella erfarenheter och forskning.



10.10–10.40: Heba Shemais är specialist i anestesi- och intensivvård. Heba kommer dela med sig av sina erfarenheter att som läkare med utländsk utbildning göra karriär i Sverige.

10:40 Kaffe och träffa utställare



foto Fredrik Hjerling

Fredrik Leijerstam är specialist i allmänmedicin, konsultläkare och skolläkare. Han är även politiskt engagerad. Fredrik kommer prata om vad läkare kan tillföra i det politiska arbetet.



11.40–12.15: Jill Boman, Gunilla Liljedahl och Satu Höglund är specialister i allmänmedicin, och har tillsammans startat och driver Bålstadoktorn. De kommer att ge oss en bild av hur vardagen ser ut, vad som är det bästa med att arbeta kliniskt i sin egen verksamhet och hur det fungerar att dela på ansvaret.

12.15 Lunch och träffa utställare



13.00–13.30: Towa Jexmark är utbildad sjukgymnast och specialist i internmedicin. Towa kommer prata om ledarskap och om att lämna den kliniska banan.



13.30–14.15: Helena Nordenstedt är ST-läkare i internmedicin. Hon har arbetat i länder som Demokratiska republiken Kongo, och med ebolaepidemin i Liberia och Guinea.

14.15 Kaffe och träffa utställare



14.45–15.30 Magnus Eriksson är specialist i allmänmedicin, men kanske mer känd som Kvartersdoktorn på Söder. Vi får ta del av Magnus många år i yrket och hur man kan hålla engagemanget vid liv.

Moderator: Pär Gunnarsson, chefredaktör Läkartidningen.

Läs mer om programmet och anmäl dig på www.lakarforbundet.se/karriarevent

Karriärmässan är exklusivt för medlemmar i Läkarförbundet och deltagandet är kostnadsfritt.

Karriärmässans utställare:

LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

Folksam

Region Gävleborg

DEDICARE

FÖRSVARSMAKTEN

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

För vuxna patienter med typ 2-diabetes - oavsett njurfunktion

MSD
msd.se
08-578 135 00

▸ Effekt

Signifikant förbättring av glykemiska parametrar, även hos patienter med nedsatt njurfunktion.[1–3]

▸ Säkerhet vid nedsatt njurfunktion

Januvia är godkänt att användas till patienter med alla stadier av nedsatt njurfunktion och ESRD[b,2,3]

▸ Omfattande klinisk dokumentation[4] och störst erfarenhet av användning vid nedsatt njurfunktion av alla DPP4[a]-hämmare[5]

Mer än 10 miljoner recept förskrivna av Januvia 50 mg och 25 mg, doser rekommenderade för patienter med måttligt till svårt nedsatt njurfunktion samt till patienter med ESRD [b]



JANUVIA (sitagliptin) DPP-4-hämmare (Rx; (F) SPC juni 2015) 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.
Övrigt: Vid användning av Januvia i kombination med andra antidiabetesläkemedel bör villkor för dess användning hos patienter med nedsatt njurfunktion kontrolleras. Till patienter med måttligt nedsatt njurfunktion är dosen Januvia 50 mg en gång dagligen. Till patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion eller ESRD som kräver dialys är dosen 25 mg en gång dagligen, utan hänsyn till tidpunkt för dialys. Kontrollera njurfunktionen vid insättning och därefter regelbundet.
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.

Referenser:
1. Nauck MA et al. Diabetes Obes Metab. 2007;9(2):194–205.
2. Arjona Ferreira JC et al. Diabetes Care. 2013;36(5):1067–1073.
3. Arjona Ferreira JC et al. Am J Kidney Dis. 2013;61(4):579–587.
4. SPC 2015.
5. IMS data 6 Jan 2015.
* I kombination med sulfonureid eller insulin kan dosen av sulfonureid eller insulin behöva sänkas
a = dipeptidyl-peptidas-4, b = end-stage renal disease

04-16-DIAB-1143800-0001 april 2015

Januvia®
(sitagliptin, MSD)