Hypertoni största hotet mot global hälsa
KOMMENTAR



»Behöver vi ett läkarlöfte som etiskt stöd?«
DEBATT & BREV

ST-läkare vill se praktisk nytta av FoU-kurser
KOMMENTAR, ORIGINALSTUDIE

Läkartidningen

Läkartidningen.se

NR 22/2013

ÖVERSIKT

Fler svårt sjuka av grupp A-streptokocker

NR 22 29 MAJ–4 JUNI 2013 VOL 110 1073–1132

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

”När vi hade hunnit halva ronden ungefär så klev det in fyra poliser i skinnjackor på avdelningen. De pratade först med min chef, som sa att det var några poliser som sökte mig. ’Jaha’, sa jag. Jag förstod ingenting.”

BESTÄLL BOKEN OM ASTRID LINDGREN-FALLET

3 ml
Om ett blodprov och ett åtal

Av Läkartidningens reporter Sara Gunnarsdotter

”När man lägger ifrån sig boken känns det som om man har fått ta del av något oerhört. Ett justitiemord.”

Ulrika Kärnborg, Aftonbladet 14/12 2012



Läkartidningen FÖRLAG AB

Klipp ut och posta!

Ja tack, jag vill gärna beställa boken 3 ml Om ett blodprov och ett åtal!

☐ Jag är medlem i Sveriges läkarförbund och betalar 240 kronor
☐ Jag är inte medlem och betalar då 285 kronor

Priset inkluderar 6 procent moms. Frakt tillkommer.

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Ev medlemsnummer _____

Läkartidningen

SVERIGE
PORTO
BETALT
PORT PAYÉ

LÄKARTIDNINGEN

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

REFLEXION

Behövs specialisten på natten?

»I inget av utfallsmåtten innebar närvaro av specialist någon skillnad.«

Mitt nattarbete klarades huvudsakligen av som underläkare på väg att bli specialist samt i viss mån som ung specialist. Även om jag tyckte nattarbete på akutmottagning var spännande och kul var det skönt att en bit över 40 få vara bakjour i hemmet. Verkligheten i dag ser annorlunda ut med en uttalad målsättning att åtminstone på större sjukhus bemanna med specialister på akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar. Innebär det då bättre vård?

En nyligen publicerad amerikansk studie utförd på en medicinsk intensivvårdsavdelning med 24 platser tyder på att så inte är fallet (NEJM 2013. doi: 10.1056/NEJMoa1302854). Man randomiserade hela veckor antingen till normal bemanning, dvs 3 ST-läkare med specialist tillgänglig på telefon i hemmet, eller till intensivvårdsspecialist på plats hela natten i tillägg till ordinarie bemanning. Effektmåtten var vårdtid på avdelning, vårdtid på sjukhus, mortalitet och återinläggning på intensivvårdsavdelningen. 1 598 patienter ingick. I inget av utfallsmåtten innebar närvaro av specialist någon skillnad.

Som möjliga orsaker till resultaten framförs att en specialist på avdelningen inte kan tillföra mycket till vad en tränad ST-läkare kan göra eller att de fall som verkligen har nytta av en specialist på plats är så få att det inte går att upptäcka i en studie av denna storlek.

Det är bra att sådana studier görs. Implikationerna är ju stora vad avser kvalitet och ekonomi. Till det kommer andra mer »mjuka« aspekter som att förhindra utbrändhet bland läkare, arbetstillfredsställelse samt patienters och deras anhörigas upplevelse av vården.

Svenska studier på det här området vore välkomna!



Jan Östergren
medicinsk huvudredaktör
jan.ostergren@lakartidningen.se



Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

Blöjdermatit är i dag ett ovanligt tillstånd, och oklar irritation kan vara ett symtom på odiagnostiserad diabetes.

ORIGINALSTUDIE Sidan 1103

REFLEXION
1075 Behövs specialisten på natten?
Jan Östergren

SIGNERAT
1079 Journal på nätet kräver etiska hänsyn *Karin Båtelson*

LT DEBATT
1080 Etiska aspekter på tvångsvård
Jan-Otto Ottosson

NYHETER
1082 Undanträngningen – nu kartläggs den

1084 »Modellen kommer inte att fånga all undanträngning«

1085 Arbetsmiljöverket kräver besked om hyrläkarstoppet

Åtgärdspaket i Västernorrland för att få bukt med hyrläkarbehovet

Allt bättre resultat på AT-provet

1086 Råd på Karriärmässan: »Pröva på om du är nyfiken«

1987 »Ny lag diskriminerar papperslösa«

Patientsäkerhet/Ärenden

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
1088 Hypertoni är största hotet mot global hälsa. Ger ökad risk för framför allt hjärt–kärlsjukdom, demens och



Foto: Ann Eriksson

NYHETER Karriärmässa för läkare lockade många. Sidan 1086



Antalet anmälda fall av invasiva infektioner med grupp A-streptokocker var under 2012 det högsta sedan 2004, och ökningen har fortsatt. Ökad vaksamhet krävs; klinisk anmälan och laboratorieanmälan enligt smittskyddslagen är viktig. **Sidan 1094**

Foto: Science Photo Library/IBL Bildbyrå

INNEHÅLL NR 22 MAJ 2013



Foto: Axel Sagerholm

KULTUR Sjukhussalen på Ulleråkers sjukhus i Uppsala 1949. Om när kvinnors vantrivsel i äktenskapet klassades som sjukdom. Sidan 1111



Bild: René Sune Sørensen och Sideprojects

DEBATT & BREV Kampanj för bättre kirurgisk träning för ST-läkare. Sidan 1109

njursjukdom *Thomas Kahan, Bo Carlberg, Peter M Nilsson*

1090 ST-läkares FoU-utbildning måste definieras bättre *Anders Carlstedt, Bengt Säfsten*

NYA RÖN

1092 Låg risk för hjärtstopp under Vasalopp och maraton *Ulf Hållmarker, Stefan James*

Sjukdomar relaterade till resor kan undvikas *Karin Sundström*

1093 Svenskinspirerad mödra- och barnhälsovård räddar liv i Indien *Orvar Finnström, AnnaKarin Johansson*

Råd och träning gav viktnedgång bland psykiatriska patienter *Anders Hansen*

ARTIKLAR

1094 Översikt Ökande antal svårt sjuka av grupp A-streptokocker. Hög dödlighet vid invasiv infektion – tidig diagnos kan rädda liv *Hedvig Glans, Kristina Rönnbäck, Ingela Berggren, Jessica Darenberg, Annika Linde, Björn KG Eriksson*

1098 Originalstudie ST-läkare vill se praktisk nytta av FoU-kurser. Intervjustudie visar på viljan att lära vetenskapligt kritiskt tänkande *Anders Hansson, Bertil Marklund*

1100 Originalstudie Många hjärtinfarktpatienter har också diabetes. Strukturerat samarbete kardiologer–diabetologer gav sänkta HbA_{1c}-värden *Margrét Leósdóttir, Helena Grufman, Anders Frid, Kerstin Berntorp, Patrik Tydén*

1103 Originalstudie Diabetes möjlig differentialdiagnos vid blöjdermatit *Georgia Moissidis, Maria Forssberg, Carl-Axel Hederos*

1105 Fallbeskrivning Systematisk klinisk bedömning av vikt vid läkemedelsgenomgångar *Katharina Schmidt-Mende, Jan Hasselström*

DEBATT OCH BREV

1108 Behöver vi ett läkarlöfte som etiskt stöd? *Jan Halldin*

1109 »Ge kniven vidare« – kampanj för bättre kirurgisk träning för ST-läkare *Verena Sengpiel*

1110 Upprop: 883 avhandlingar i psykiatri i Sverige 1858–2012 *Hans Ågren, Lennart Wetterberg*

Läsarkommentarer

Mer debatt på Läkartidningen.se

KULTUR

1111 När kvinnors vantrivsel klassades som sjukdom *Inna Sevelius*

1113 LEDIGA TJÄNSTER

1115 PLATSANNONSER

1129 MEDDELANDEN

1130 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

ENDAST PÅ WEBBEN

Fler artiklar på Läkartidningen.se

Tipsa Läkartidningen

Har du ett nyhetstips – ta kontakt med redaktionen! Mejla till:
tipsa@lakartidningen.se
Tala om ifall du vill vara anonym!

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

Läkartidningen

Organ för Sveriges läkarförbund
Box 5603, 114 86 Stockholm
Besöksadress: Östermalmsgatan 40
Telefon: 08-790 33 00
Fax: 08-20 76 19 (centralredaktion)
Webb: Läkartidningen.se
E-post: redaktionen@lakartidningen.se
annonser@lakartidningen.se
fornamn.efternamn@lakartidningen.se

Chefredaktör och ansvarig utgivare:
Jonas Hultkvist 08-790 34 61

Medicinsk huvudredaktör
Jan Östergren (internmedicin) 08-790 34 31

Redaktionschef och stf ansvarig utgivare
Karin Bergqvist 08-790 34 91

Tf medicinsk redaktionschef
Michael Wilczek 08-790 34 87

Webbchef
Elisabet Ohlin 08-790 34 97

Marknads- och annonsdirektör
Ulf Jansson 08-790 35 47

Medicinska redaktörer
Jon Ahlberg, docent (kirurgi, patientsäkerhet)
Anne Brynolf, med stud
Margaretha Bågedahl-Strindlund, docent (psykiatri)
Ylva Böttiger, docent (klinisk farmakologi)
Mikael Hasselgren, med dr (allmänmedicin)
Stefan Johansson, med dr (pediatrik)
Lena Marions, docent (obstetrik/gynekologi)
Carl Johan Sundberg, professor (fysiologi)

Sekretariat
Inga-Maj Lagerholm 08-790 34 11
Britt-Marie Ström 08-790 34 79

Administration/ekonomi
Yvonne Bäärnhielm 08-790 34 74

Produktion
Mats Kardell (IT) 08-790 33 38
Bo Svensson (IT) 08-790 33 19
Grafik: Typoform (där inget annat anges)

Redaktion
Miki Agerberg (reporter) 08-790 34 62
Björn Enström (webbredaktör) 08-790 34 81
Doris Francki (medicinsk redigering) 08-790 34 67
Sara Gunnarsdotter (reporter) 08-790 34 10
Sara Holfve (AD) 08-790 34 63
Gabor Hont (kultur) 08-790 34 80
Carin Jacobsson (meddelanden) 08-790 34 78
Ewa Knutsson (debatt, medicinsk redigering) 08-790 34 83
Jan Lind (debatt) 08-790 34 84
Michael Lövtrup (reporter) 08-790 35 26
Madeleine Ramberg Sundström (redigering) 08-790 34 82
Birgit Wilhelmson (medicinsk redigering) 08-790 34 94

Marknads- och annonsavdelning
Britt-Marie Aronsson (annonskoordinator) 08-790 34 95
Irene Balsam (annonsservice) 08-790 34 90
Håkan Holmén (säljare) 08-790 35 28
Eva Larsson (säljare) 08-790 35 06
Göran Sterner (säljare) 08-790 35 03

Prenumerationsavdelningen
Hélène Engström 08-790 33 41
pren@lakartidningen.se

Läkartidningen Förlag AB
Håkan Wittgren (vd)

TS-kontrollerad upplaga: 42 400 ex
ISSN: 0023-7205 (pappersutgåva)
1652-7518 (webbupplaga)

Tryckeri Sörmlands Grafiska AB

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND GRUNDAD 1904

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

SC39057 08.2012 RELEVANS.NET

ALVEDON® 665 MG (PARACETAMOL)



Undersökt Alvedon 665 mg?
Alvedon 665 mg ger patienter med långvarig smärta hela dygnsbehovet av paracetamol på bara 3 doseringar.[1] Detta ger bättre möjligheter till en aktiv dag, och ostörd natt, utan avbrott för dosering.[2]

Alvedon® 665 mg
paracetamol
[Receptbelagd]

Referenser: 1. Produktresumé Alvedon 665 mg, 2010-01-13. **2.** Benson M et al. J Int Med Res 2009;37:1321-1335. **Alvedon® 665 mg** tablett med modifierad frisättning (paracetamol). Analgetikum, antipyretikum. **Indikationer:** Används vid huvudvärk, tandvärk, feber vid förkylningssjukdomar, menstruationssmärtor, muskel och ledvärk, som analgetikum vid reumatiska smärtor och hyperpyrexi. Speciellt avsedd för långvariga smärtor eller andra tillstånd som kräver kontinuerlig dosering. **Varningar och försiktighetsmått:** Försiktighet vid leversjukdom. Bör ej kombineras med andra smärtstillande läkemedel som innehåller paracetamol (t. ex. kombinationsläkemedel). Högre doser än de rekommenderade medför risk för mycket allvarlig leverskada. Vid hög feber, tecken på sekundär infektion eller om symtomen varar längre än 3 dagar, skall behandlingen omvärderas. **Status/förmån:** Receptbelagd, förmån: Alvedon® 665 mg: 100 st. För kompletterande information och aktuellt pris, se www.fass.se. Alvedon® är ett varumärke som tillhör GlaxoSmithKline-koncernen. Informationen är baserad på produktresumé 2010-01-13 (Alvedon® 665 mg). **GlaxoSmithKline Consumer Healthcare, Box 5196, 200 71 Malmö. Tel 020–22 66 70.**

sanofi pasteur MSD
vacciner för livet

VAR FJÄRDE SVENSK[1,2] FÅR NÅGON GÅNG

HELVETES ELD

MEN SNART KAN DU FÖREBYGGA SMÄRTAN

Var fjärde svensk drabbas någon gång av bältros[1,2], eller helveteseld som det också kallas.

Att bältros kan göra ordentligt ont vet du säkert. Förmodligen vet du också att sannolikheten för att drabbas av sjukdomen ökar med åldern, precis som risken för allvarliga komplikationer[3].

Fler än var femte bältrospatient över 50 år drabbas av långvariga nervsmärtor efter bältros[4,5]. Och hos 10 - 20% av dem som får bältros påverkas ett område kring ögat[6], med betydande risk för kronisk ögonsjukdom och synnedsättning som följd[7].

Men visste du att det finns ett vaccin för prevention av bältros och postherpetisk neuralgi? Zostavax är ett vaccin som både minskar risken att drabbas av bältros och mildrar de komplikationer sjukdomen kan bära med sig.

Vaccinet ingår i läkemedelsförmånen för alla som har fyllt 50 år och kommer att finnas tillgängligt från september.

VACCINET MOT BÄLTROS KOMMER I SEPTEMBER.

ZOSTAVAX®
vaccin mot bältros (herpes zoster), levande

Zostavax Rx är ett vaccin innehållande levande försvagat varicella zoster-virus (pulver och vätska för injektionsvätska, suspension i en förfylld spruta) för användning från 50 års ålder för prevention av bältros och herpes zoster-associerad post herpetisk neuralgi (PHN). Zostavax ingår i läkemedelsförmånen.Pris: Normalpris per dos på Apoteket (201303) är 1295,50 SEK utan subvention. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller något hjälpämne, aktiv obehandlad tuberkulos, graviditet, primära och förvärvade immunbristtillstånd samt viss immunsuppressiv terapi. **Varningar och försiktighet:** Inget vaccin är 100% effektivt och vaccination med Zostavax leder eventuellt inte till skydd hos alla som vaccineras. Zostavax är inte indicerat för behandling av herpes zoster eller PHN. Adekvat medicinsk utrustning bör finnas lätt tillgänglig för sällsynta fall av anafylaktisk reaktion. Om patienten har feber bör vaccinationen eventuellt uppskjutas. Enligt produktresumé från 130213. För fullständig information: se www.fass.se. **Kontakt:** Sanofi Pasteur MSD. Kundsupport tel: 020 21 50 50 vardagar 08.00-16.30 eller e-post zostavaxse@spmsd.com.

1. Bowsher D. Eur J Pain 1999 Dec;3(4):335-42. **2.** Miller E et al. Rev Med Microbiol 1993;4:222-30 **3.** Johnson RW. Aging Clin Exp Res 2009;21(3):236-43. **4.** Scott FT et al. J Med Virol. 2003;70(1): S24-S30. **5.** Dworkin RH et al. In: Watson CPN, Gershon AA. Pain Res and Clin Man, Elsevier Science B.V.; 2001. p. 39-64. **6.** Cunningham AL et al. Med J Aust. 2008 188(3):171-6. **7.** Pavan-Langston D. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000:276-298.

SE 00459 MAJ 2013

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Journal på nätet kräver etiska hänsyn

Att patienten har tillgång till innehållet i sin journal är en självklarhet och lagreglerat sedan decennier. Att vården och patienterna får möjlighet att interagera via moderna IT-system precis som i andra branscher är önskvärt. Att journalinnehåll görs tillgängligt över nätet kräver däremot omdöme och respekt för både professionen och patienter.

Direktåtkomst av uppgifter ur journalen är i många fall av stort värde. Mycket information bör göras åtkomlig direkt utan fördröjning. Appar som är integrerade i journalen och inarbetade i vårdens rutiner kommer i ökande grad också att underlätta för vården och får patienten att vara delaktig.

Att lägga ut journaler i sin helhet på nätet, som i Uppsala, skapar däremot problem och oönskade effekter. Problemet är inte en oro för granskning eller att vården vill undanhålla patienten information, som Benny Eklund, ansvarig för projektet »Journal på nätet« i Uppsala, citeras i tidningen IT i vården. Läkarförbundet framhåller helt andra viktiga aspekter.

Läkare är skolade i att bota, lindra, trösta och aldrig skada. Journalen är ingen homogen massa. Den del som rör möten i vården skapas i möten med individer. Journalen är här ett juridiskt dokument och ett arbetsverktyg som ska användas för kommunikation inom vården och till patienten.

»Jag måste få tänka, rådgöra och ge besked när jag har besked«, resonerar många läkare. Hårdraget i vardagen är all huvudvärk likställt med tumör, och all muskelsvaghet är likställt med ALS tills motsatsen är bevisad. Det är oetiskt att blanda in patienten i dessa tankegångar eftersom det förstås oftast är fel.

Besked om hälsotillstånd ska ges i rätt sammanhang. I skrift finns inte möjlighet för läkaren att lyssna och förklara som i ett bra samtal. Kroppsspråket bidrar också i hög grad till förståelsen.

Sjukhusläkaren har rapporterat om tre patienter i Uppsala som lagts in med akut krisreaktion efter att via nätet ha fått besked om cancer. Andra patienter ska ha missuppfattat provsvar som elakartade, vilket lett till stor och onödig oro.

Läkarförbundet antog för flera år sedan en policy om att det behövs ett rådrum om fjorton dagar innan journaler eventuellt ska läggs ut på nätet. Osignerade anteckningar ska inte läggas ut alls. Kvalitetsproblem med icke validerad information kan inte nonchaleras. Alla har vi sett preliminära röntgensvar som ändrats när bakjouren tolkat bilderna i efterhand, labbsvar som visat sig felaktiga eller missförstånd av läkarsekreteraren i utskrivna journalanteckningar. Detta måste man vara öppen med och beakta.

Frihet för tankeutbyte och perifera hypoteser måste också fortsatt kunna uttryckas i skrift om det är av värde för en klinisk process. Ett tydligt och professionellt språk är en nödvändighet i den interna kommunikationen och får inte äventyras av oro och omtanke om patienten. Risk finns då för att alternativa kommunikationsvägar uppstår. Läkare i Uppsala beskriver också att man skriver mer oprecisa texter.

Läkarförbundet värnar också patientens integritet. Det kan exempelvis gälla vård vid psykisk sjukdom, tonåringen som vill hålla föräldrar utanför, hot om våld i hemmet eller risken att en nyfiken arbetsgivare vill titta i journalen. Alltså är det inte så enkelt att integritetsbehov enbart finns inom någon speciell klinik eller vid en viss sjukdom, utan det är knutet till individens specifika förutsättningar. Exempel finns på patienter som ber om att inga journalanteckningar överhuvudtaget ska skrivas.

Vi måste kunna bevara vår del av journalen som ett verktyg för säker kommunikation och dokumentation utan att skapa obefogad oro. Vi vill också se till att känslig information bara kan nås i rätt situation.

Nu bör vi enas om vilka delar som skapar värde för patienten att få tillgängliga via nätet. I de fall löpande journalanteckningar ska göras tillgängliga bör ett rådrum om fjorton dagar tillämpas. Självklart ska inte heller osignerade journalanteckningar läggas ut.

Vården utvecklas i en rasande takt, och dessutom med knappa resurser. Förändringar som direkt påverkar arbetssätt måste ske i dialog med oss som inser innebörden av förändringen vad gäller både fördelar och farhågor. Om det inte tas på allvar kan e-dialog och e-läsande bidra till många fler onödiga vårdskador och missförstånd. ■



Foto: Fotolia

»Besked om hälsotillstånd ska ges i rätt sammanhang. I skrift finns inte möjlighet för läkaren att lyssna, höra och förklara som i ett bra samtal.«



Karin Båtelson
ordförande i Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och medicinteknik
karin.batelson@slf.se

Varje vecka skriver representanter för Sveriges läkarförbund.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Redaktör: Jan Lind: 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Etiska aspekter på tvångsvård

I förslaget till ny psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning och i debatten om det saknas en analys med utgångspunkt i vedertagna etiska principer, menar Jan-Otto Ottosson i denna genomgång av lagförslaget. Han anser bland annat att ett begränsat tvång bör tillåtas i kommunal äldreomsorg och att bältesläggning inte bör förekomma i vården.

Grunden för hälso- och sjukvården är att insatser ska ske med samtycke. Tvångsvård innebär en inskränkning av rätten att bestämma över sig själv. När en person på grund av sitt psykiska tillstånd inte har förmåga att se till sitt eget bästa måste dock tvångsvård kunna ges. Samhället har då ett särskilt stort ansvar för att se till att patienten får ett gott bemötande, så långt som möjligt deltar i beslut om undersökningar och behandlingar och får sin personliga integritet respekterad.

Förslaget till och debatten om ny lag om psykiatrisk tvångsvård [1] saknar en analys med utgångspunkt från vedertagna etiska principer om att göra gott, inte skada, respektera självbestämmande och vara rättvis [2]. I optimala fall ges frivillig vård i överensstämmelse med alla fyra principerna. Patienten är hjälpsökande, en trygg patient–läkarrelation etableras, kunskapsbaserad behandling erbjuds som förenar maximal nytta med minimal risk att skada och patienten ger informerat samtycke. Patienter med likartade besvär får samma vård.

Till skillnad härifrån har tvångsvård inbyggda värdekonflikter, som beror på att patienten är oförmögen att ge informerat samtycke eller, trots bibehållen förmåga att ta ställning, är irrationellt negativ till föreslagen behandling. Det går då inte att samtidigt tillgodose principerna att göra gott och att respektera självbestämmandet. För att patienten inte ska gå miste om de potentiellt goda effekterna av behandling ger tvångsvård möjlighet att prioritera principen att göra gott framför att respektera självbestämmandet. Psykiatern tar då över besluten till dess patienten har återvunnit sin förmåga att själv bestämma. Skälet är konsekvenserna av behandling respektive utebliven behandling, å ena sidan möjlighet till hälsa och utskrivning, å den andra fortsatt lidande, funktionsnedsättning och ineffektiv vård.

Liksom tidigare är det nya förslaget till psykiatrisk tvångsvård tydligt med att tvångsvård endast kommer ifråga om frivillig vård har prövats utan framgång eller om det är uppenbart utsiktslöst att pröva sådan vård. Vidare ska patienten motsätta sig nödvändig psykiatrisk vård eller det ska finnas grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke till följd av patientens psykiska tillstånd.

Villkoret för psykiatrisk tvångsvård är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och till följd av denna har ett påtagligt behov av psykiatrisk vård.

Allvarlig psykisk störning omfattar liksom tidigare dels psykotiska tillstånd med förlorad verklighetsförankring, dels depressioner med självmordsrisk, som visar sig som tankar på suicid, eventuellt också suicidplanering eller genomfört suicidförsök.

Långt framskriden demens kan uppfylla kraven på allvarlig psykisk störning. Den nuvarande lagen tillåter inte tvångsåtgärder mot demenssjuka personer i äldreboenden med särskild service eller andra former av kommunal äldreomsorg. Det leder till att demenssjuka personer måste tas in för sluten psykiatrisk vård för att få det skydd och den trygghet som möjligheten att kunna låsa en ytterdörr medför. Utredningen öppnar för möjligheten till visst begränsat tvång inom den kommunala äldreomsorgen så att dementa personer inte ska behöva överföras till sluten psykiatrisk vård. Varje flyttning av en äldre person från en invand »hemmiljö« skapar en oro och otrygghet som kan förvärra tillståndet.

Nytt är förslaget att psykiatrisk tvångsvård även ska kunna ges till patienter som visserligen inte lider av en allvarlig psykisk störning men som till följd av allvarligt beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel, liksom följder av sådant missbruk, har ett påtagligt behov av abstinensvård eller annan psykiatrisk vård.

Ett påtagligt behov av psykiatrisk vård föreligger om det är sannolikt att patienten

1. kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad om vård kommer till stånd eller avsevärt försämrad om vård uteblir (behandlingsrekvisitet) eller
2. utgör en fara för sitt eget eller andras liv eller hälsa (farerekvisitet).

Det är betydligt vanligare att en psykiskt sjuk patient är farlig för sig själv än för andra. Farerekvisitet syftar till att både skydda patienten själv och förstärka omgivningsskyddet.

Bedömningen av patientens psykiska tillstånd ska särskilt beakta den psykiska störningens art och grad samt de konsekvenser som tillståndet fått för patientens psykiska funktionsförmåga, det vill säga förmågan att kunna interagera med omgivningen på psykosocialt adekvat sätt. Farerekvisitet finns i nuvarande tvångslag, medan behandlingsrekvisitet är ett återupplivande av den tvångslagstiftning som gällde 1967–1991 (lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV). Där krävdes bedömning av specialist i psykiatri, medan i det nya förslaget alla läkare förutses kunna åberopa denna indikation vid utfärdande av vårdintyg.

Fem etiska frågor kräver ytterligare överväganden:

1. Hur oförmåga till självbestämmande ska påvisas.
2. När patienten fattar irrationella beslut trots förmåga till självbestämmande.
3. Hur behandlingsrekvisitet ska tillämpas.
4. Om beroende och missbruk ska kvalificera för psykiatrisk tvångsvård.
5. Om bältesläggning ska förekomma.

Oförmåga till självbestämmande. Förutsättningen för att man ska respektera samtycke eller vägran är att patienten är beslutskompetent, det vill säga inte så allvarligt psykiskt störd att besluten inte kan betraktas som giltiga. Det gäller både förmågan att tillgodogöra sig information och att förstå konsekvenserna av sitt ställningstagande. Bristande beslutsförmåga kan vara ett fruktbart begrepp i olika tvångssammanhang [3] men kräver en närmare definition. Det



JAN-OTTO OTTOSSON
professor emeritus i psykiatri, Göteborg
janotto@bredband2.com

är ett felslut att vägran att ta emot behandling som läkare finner nödvändig ses som tecken på beslutsoförmåga och därmed indikation för tvångsvård. Oberoende kriterier måste finnas, som att patienten förstår att

- läkaren genom anamnes och undersökning har kommit fram till att han/hon är sjuk och i behov av behandling
- läkaren bedömer att en viss behandling är ändamålsenlig
- han/hon ska ta ställning till behandlingsförslaget [4].

I förtydligande syfte har tillfogats att patienten i sitt ställningstagande inte är styrd av hallucinationer eller vanföreställningar [5].

Förvirrade patienter med desorientering till tid och rum, oförmåga att uppfatta omgivningen, osammanhängande tal och agiterat beteende saknar beslutskompetens. De kan bli föremål för tvångsvård, även om de har klara intervall då de samtycker till vård. Även psykotiska patienters beslutsförmåga kan svikta och motivera prioritering av behandlingsbehovet genom tvångsvård framför respekt för självbestämmandet. Enligt rättviseprincipen, som bygger på allas lika värde och rätt, har beslutsinkompetenta patienter rätt att få en effektiv behandling, likaväl som beslutskompetenta patienter får avböja och avbryta erbjuden behandling. Tvångsvård kan i sådana fall ses som en form av omvårdnad [6].

Irrationella beslut. Om respekt för självbestämmande ska vara mer än en etisk princip måste vården acceptera även irrationella (»dåliga«) beslut. Läkaren får göra rimliga övertalningsförsök, men om patienten insisterar har han eller hon rätt att bli respekterad och erbjudas annan behandling. Sålunda respekteras Jehovas vittnens vägran att ta emot blod om patienten är klar över följderna. Här finns godtagbara alternativ till blodtransfusion, men andra beslutskompetenta patienter kan fatta irrationella beslut som ger upphov till livshotande situationer. En irrationell vägran att acceptera behandling vid djup depression eller annan livshotande psykisk störning kan motivera att principen att göra gott tar över respekten för självbestämmandet [7].

Behandlingsrekvisitet. Begreppet »oundgängligt vårdbehov« i den nuvarande lagen har bytts mot »påtagligt vårdbehov« i förslaget till ny lag. Omformuleringen syftar till att tvångsvård ska sättas in så tidigt att patientens lidande förkortas, omgivningen inte far illa längre än nödvändigt och möjligheterna till



Foto: Wikipedia

Bältesläggning bör inte förekomma i vården, anser Jan-Otto Ottosson.

behandling och rehabilitering blir optimala. Kravet på att en allvarlig psykisk störning ska föreligga är oförändrat.

Tillämpningen av behandlingsrekvisitet kräver en nära kunskap både om den enskilda patienten och om effekten av psykiatriska behandlingar i stort. Prognoser är vanskliga att ställa även för specialister i psykiatri, och för icke-specialister är det extra svårt att förutse potentiella vinster eller förluster av insatt eller utebliven behandling. För att inte riskera en obefogad ökning av tvångsvård bör därför behandlingsrekvisitet vara förbehållet specialister i psykiatri, såsom var fallet med LSPV. Det kan då användas när en psykiater utfärdar vårdintyg på en sedan länge känd patient, konverterar en frivilligt intagen patient till tvångsvård eller överför en patient från sluten till öppen psykiatrisk tvångsvård. I praktiken torde behandlingsrekvisitet komma i fråga endast undantagsvis.

Tvångsvård vid beroende och missbruk. Till skillnad från psykotiska tillstånd och suicidala depressioner som kännetecknas av störd realitetsvärdering är beroende och missbruk av substanser visserligen förenade med sug och merbegär men ger ändå utrymme för den enskildes fria val. Att vid psykiatrisk tvångsvård jämställa sådana tillstånd med den etablerade kretsen av allvarliga psykiska störningar föranleder en principiell diskussion om samhällets rätt att ingripa i enskilda individers livsföring. Det finns också risk för en indikationsglidning av psykiatrisk tvångsvård till andra former av missbruk och beroende, till exempel av spel och mat. Delirium tremens, alkoholhallucinos och andra tillstånd av psykotisk valör uppfyller däremot kravet på allvarlig psykisk störning.

Bältesläggning. Utredningen föreslår att bältesläggning av aggressiva och våldsamma patienter bör tillåtas både under den korta tid det tar att ge en injektion och för en längre tid. När nu lagstiftningen revideras bör bältesläggning avföras från psykiatrisk tvångsvård. Den har ett dåligt rykte, och då den ofta upplevs som en integritetskränkning uppfyller den inte den etiska principen att inte skada. Många kliniker har visat att bältesläggning kan undvaras genom att patienterna blir delaktiga i beslut rörande vården och erbjuds uppföljning av hur de upplever olika åtgärder. Fysisk fasthållning med eller utan injektion av ett lugnande medel är ett mindre kränkande alternativ. Däremot kan avskiljning komma ifråga av aggressiva och störande patienter som allvarligt försvårar vården av andra patienter eller när det är nödvändigt med hänsyn till deras egen vård.

Förutsättningen för att man ska respektera självbestämmandet är att patienten är beslutskompetent, det vill säga inte så allvarligt psykiskt störd att besluten kan betraktas som ogiltiga.

- Vägran att acceptera nödvändig psykiatrisk vård är inte ett tillräckligt tecken på beslutsinkompetens utan oberoende kriterier måste tillämpas.
- Likaväl som beslutskompetenta patienter har rätt att vägra vård har beslutsinkompetenta patienter rätt att få vård.
- Djupt deprimerade men beslutskompetenta patienter som av irrationella skäl motsätter sig livräddande behandlig kan bli föremål för tvångsvård.
- Bedömning av behandlingsrekvisitet, att patienten kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad om vård kommer till stånd eller avsevärt försämrad om vård uteblir, bör förbehållas specialister i psykiatri.
- För att ge skydd och trygghet utan förflyttning till sluten psykiatrisk vård bör begränsat tvång tillåtas i kommunal äldreomsorg.
- Att som villkor för psykiatrisk tvångsvård jämställa beroende och missbruk av substanser med allvarlig psykisk störning är principiellt tvivelaktigt och kan leda till olämplig indikationsglidning.
- Bältesläggning bör inte förekomma i vården.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Betänkande av Psykiatrilagsutredningen. Stockholm; 2012. SOU 2012:17.
3. Tännsjö T. Ny grund behövs för tvångsvård. Läkartidningen. 2013;110:536-7.
4. Culver CM, Ferrell RB, Green RM. ECT and special problems of informed consent. Am J Psychiatry. 1980;137:586-91.
5. Editorial. Impairment of autonomy and rejection of treatment. J Med Ethics. 1983;9:131-2.
6. Jacobsson L. Välkommet förslag till ny tvångsvårdslagstiftning. Läkartidningen. 2013:110:68-9.

Efter att kömiljarden infördes 2009 har det kommit flera rapporter om undanträngning av återbesök. Hittills har ansvariga avfärdat evidensen som »anekdotisk«. Men nu ska alla landsting från och med november systematiskt rapportera hur man klarar återbesöken.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP FOTO: ANN-SOFI ROSENKVIST

Undanträngningen – nu kartläggs den

Enligt årets kömiljardsöverenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och landsting, SKL, måste alla landsting som vill vara med och tävla om pengarna från och med i november rapportera hur man klarar att ta hand om återbesöken i rätt tid.

Bakgrunden är en önskan om att kunna följa patientens hela väg genom vården, förklarar Harald Grönqvist, samordnare för tillgänglighetsfrågor på SKL.

– Men eftersom patienternas väg genom vården ser väldigt olika ut, och dessutom många gånger innehåller omvägar innan man hittar fram till rätt behandling, går det inte att mäta hela vårdprocesser. Däremot kan vi beskriva de olika leden, och då få en uppfattning om hur helheten ser ut. Vi tittar i dag på de delar som ingår i vårdgarantin, och när nu 95 procent klarar vårdgarantin var det dags att ta nästa steg. Sedan förra året har vi en modell där landstingen rapporterar ledtider till bild- och funktionsmedicin, och får vi också en modell för återbesöken kommer vi att ha koll på alla de olika leden i helheten.

Gustav Ekbäck, biträdande sjukhusdirektör vid universitetssjukhuset i Örebro och med i projektgruppen, framhåller att återbesöken inte bara är den absolut största gruppen av besök i vården.

– Det är ofta återbesöken som avgör hur det blir för patienten, hur man kan leva sitt fortsatta liv. Därför är det viktigt både för resursutnyttjandet och för kvaliteten att få kunskap för att kunna styra i den gruppen.

Redan när kömiljarden presenterades 2008 varnade Läkarförbundet för att just återbesöken riskerade att trängas undan om man premierar nybesök, till men för exempelvis kroniker och patienter med komplexa tillstånd.

Sedan dess har en rad aktörer funnit tecken på att insatser som inte omfattas av vård-

> »Man ska inte förakta människors bild av verkligheten, men det är inget man kan styra vården på.«

garantin – återbesök, efterkontroller och medicinsk uppföljning – fått stå tillbaka. Socialstyrelsen skriver i sin uppföljning av kömiljarden 2009–2011 att det finns ett flertal exempel på långa väntetider för återbesökspatienter »där undanträngning är den mest sannolika förklaringen«. Dessutom pekar myndigheten mer eller mindre direkt ut kömiljarden som en orsak till att 13 glaukompatienter i Sundsvall drabbats av synskador till följd av försenade återbesök.

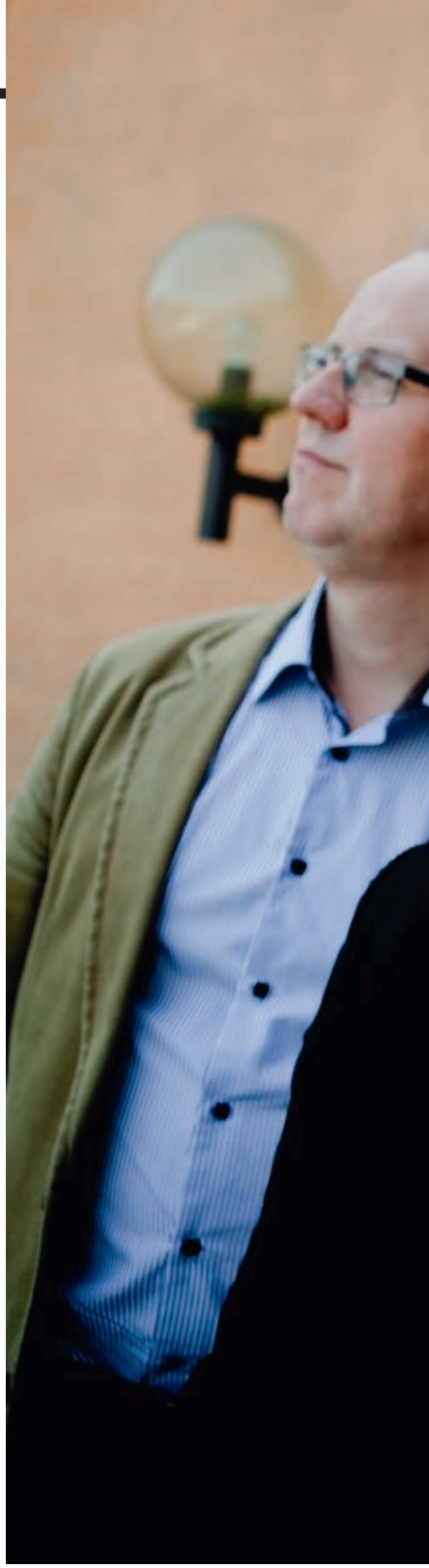
Läkarförbundet anser i en rapport från 2012, där man bland annat djupintervjuat 20 läkare, att undanträngning inte är något perifert fenomen, utan ett »utbrett och reellt problem«. Stockholmslandstingets revisorer har pekat på att nybesöken för vissa kronikergrupper ökat med 15 procent mellan 2008 och 2011 medan återbesöken för samma grupp minskat med 8 procent – enligt dem en indikation på att undanträngning kan förekomma.

Ändå vill varken Harald Grönqvist eller Gustav Ekbäck riktigt hålla med om problembilden.

Gustav Ekbäck menar att väntetiderna till återbesök åtminstone i teorin borde bli kortare nu när man klarar nio av tio nybesök inom vårdgarantins tidsgränser.

– Vi har en situation där man väntar mycket kortare på nybesök än man gjort tidigare, vilket jag tror ger en möjlighet att prioritera återbesök som man inte hade när man hade långa köer till förstabesöken, och behövde väga ett återbesök som man ville prioritera mot att kanske låta en annan patient vänta fyra månader på sitt förstabesök.

– Dessutom hinner man inte utveckla komplikationer.



Det var ett bekymmer man hade förr som man slipper om patienten får komma efter 20–30 dagar, fyller Harald Grönqvist i.

Tittar man på de landsting som försökt mäta verkar det likafullt som om väntetiderna till återbesök på en del håll blivit längre i takt med att de blivit kortare till nybesöken. Det är just sådana observationer som Socialstyrelsen baserat sina slutsatser på när myndigheten talat om att un-



Gustav Ekbäck och Harald Grönqvist anser inte att det finns säkra tecken på undanträngning till följd av kömiljarden.

danträngning sannolikt förkommer.*

Men ni delar inte uppfattningen att det finns tecken på undanträngningseffekter?

– Det finns inte underlag för det om vi tittar på de fyra landsting där vi har data. I Gävleborg gjorde man en djupdykning och såg att förhållandet mellan nybesök och återbesök inte förändrats, säger Harald Grönqvist.

Inte heller Gustav Ekbäck vill uttala sig om huruvida några undanträngningseffekter förekommer.

– Om vi ska ta reda på något så vill jag inte ha en alltför stark uppfattning innan om vad som undersökningen kommer att visa, det tycker jag inte är ärligt och hederligt.

Harald Grönqvist menar att mycket av kritiken av vården generellt, det gäller såväl SLF:s rapport som exempelvis Maciej Zarembas uppmärksammade artiklar i DN, handlar om upplevelser.

– Man ska inte förakta människors bild av verkligheten, men det är inget man kan styra vården på.

Samtidigt är det viktigt att man tar kritiken på allvar.

– Medborgarna har rätt att ställa krav, det är reglerat i hälso- och sjukvårdslagen. Om det ifrågasätts att vi fullgör uppdraget på rätt sätt, då får man ta det på allvar. För det är klart att om medborgarna läser om undanträngning i tidningen blir man orolig, man kanske har någon kronisk sjukdom, och då är det viktigt att vi kan visa att vi är värda förtroendet.

Svaret på frågan om man klarar sitt uppdrag hoppas man att den modell som nu håller på att ta form ska kunna ge. Det centrala begreppet är medicinskt måldatum. Det är det datum då patientens läkare anger att återbesöket bör ske utifrån en rent medicinsk bedömning.

– Det ska ske helt utifrån den enskilda patienten. Vi kan tänka oss att en patient har diabetes och att kontroll ska ske efter sex månader enligt ett vårdprogram. Men just den här patienten har lite högt blodtryck och blodsocker och ska därför komma efter tre månader, säger Gustav Ekbäck.

Beroende på omständigheterna kan måldatumet anges exakt – besöket ska exempelvis ske senast om en månad från dagens datum – eller som en tidsperiod.

– Ibland är det viktigt att man träffar måldatumet precis, ibland kan finnas en toleransgräns där det får variera en vecka eller en månad. Efter att återbesöket genomförts kollar man om det skedde som det var angivet i måldatumet, och om det är så är den medicinska kvaliteten okej, säger Harald Grönqvist.

Men modellen ska inte bara kunna användas för att uppträcka om återbesöken avviker från de uppsatta måldatumen. Den ska också vara ett instrument för att utveckla verksamheterna.

Tanken är, berättar Harald Grönqvist, att man ska kunna följa upp effekten av förändringar i arbetssätt, till exempel om man låter återbesöken tas om hand av en specialistsjuksköterska eller av en läka- ►

UNDANTRÄNGNING I KATARAKTKIRURGIN

I den senaste utvärderingen av kömiljarden och vårdgarantin har Socialstyrelsen undersökt väntetidsutvecklingen för tre olika patientgrupper: patienter som står i kö för kataraktkirurgi, patienter som väntar på återbesök för glaukom samt patienter som väntar på kontrollbesök för diabetes.

För kataraktoperationerna visar studien att väntetiderna i mindre grad än tidigare återspeglar den medicinska prioriteringen; de högst prioriterade patienterna får vänta avsevärt längre än de rekommenderade 30 dagarna. Att den ordning i vilken patienter får vård inte återspeglar den medicinska prioriteringen är myndighetens definition av undanträngning, och i detta fall bedömer man att det sannolikt delvis är ett resultat av vårdgarantin och kömiljarden.

För de två övriga patientgrupperna gick det inte att fastställa några undanträngningseffekter. ■

re från en annan specialitet. Man kommer också att kunna få ett kvitto på om man haft tillräckligt täta intervall för återbesöken eller om patienter med längre intervall hade fler komplikationer.

– Den kopplingen finns inte generellt i dag, även om vissa kvalitetsregister tittar på det. Det är ju viktigt att kontrollen sker med rätt frekvens, eftersom patienten ibland inte själv märker att han eller hon blir sämre.

Dessutom, framhåller Gustav Ekbäck, kommer modellen att bli en hjälp i verksamhetsstyrningen.

– Man kan se hur många återbesök som ska ske inom exempelvis 60 dagar eller 90 dagar. Om man vet att det ska komma väldigt många i augusti kan man sätta upp några besök redan i juli och andra i september.

I dag försvåras detta enligt Harald Grönqvist av att det förkommer lite olika termer och begrepp för att ange när ett återbesök bör ske.

– En del kanske skriver »önskat datum«, andra något annat och vilken term man använder kan vara styrande för bokningen av tid. Nu kommer inte bara doktorn att veta vad som menas med medicinskt måldatum utan alla vet det och att det är ett viktigt datum, det som vi ska styra på. Det har annars varit ett bekymmer i exempelvis kvalitetsregister att man följer upp lite olika saker när man följer upp mot datum.



I Läkarförbundets rapport vittnade läkare om hur det blivit svårare att prioritera återbesök efter att kömiljarden infördes.

En fråga som inte berörs i projektet är om det i analogi med kömiljarden ska kopplas några ekonomiska belöningar till landsting som är bra på att uppfylla måldatumen.

– Vi har fått i uppdrag att göra en modell för hur man kan mäta återbesök och dra nytta av det i den egna verksamheten. Vi har inte fått något uppdrag att lägga in några pengar, det är i så fall ett politiskt beslut, säger Gustav Ekbäck.

Harald Grönqvist tror dock att det kan vara svårt att skapa ett sådant system.

– Jag har svårt att se hur man över huvud taget skulle kunna göra det. I vårdgarantin, som kömiljarden utgår från, finns det en fast gräns. Här finns det inget ideal annat än att pricka måldatumet med vissa marginaler.

Samtidigt behöver man inte ha särskilt mycket fantasi för att föreställa sig att man kan försöka tänja lite på gränserna: »Du satte sex månader, kan du inte sätta åtta månader på de här patienterna? Då kommer vi att klara måldatumen bättre i landstinget.« Frågan är hur man undviker sådana risker.

– Min erfarenhet av vården är att de som väljer att arbeta inom vården har en integritet, och om en administratör säger att man ska skjuta på den medicinska prioriteringen så skulle man säga ifrån, svarar Harald Grönqvist.

Men det är ju det som läkarna i Läkarförbundets rapport vittnar om, att deras integritet inte respekteras. Man försöker ta ifrån dem besluten för att de beslutar »fel«.

– Jag tror inte att det är någon som sagt att läkarna beslutar fel, däremot beskriver de en känsla av vanmakt när de inte får förutsättningar att planera in sina återbesök inom den tid de behöver, säger Harald Grönqvist, som menar att skillnaden blir att läkarna nu får bättre argument.

– Man kommer att kunna peka och säga »det är inte bara en känsla jag har, utan mina patienter som jag hade prioriterat fick inte komma i tid«. I stället för bara en misstro mellan doktorer och administratörer får man ett språk att uttrycka detta. Det är det som är unikt.

* Intervjun gjordes före publiceringen av Socialstyrelsens uppföljning för 2012, se ruta.



Foto: Madeleine Ramberg Sundström

»Vårt förslag är att man ska mäta hela den tid som vårdprocessen tar. Då får man se var flaskhalsarna finns«, säger Läkarförbundets ordförande Marie Wedin.

»Modellen kommer inte att fånga all undanträngning«

Läkarförbundets ordförande Marie Wedin tycker att ansatsen att mäta återbesöken verkar god, även om hon ser en risk att det blir ytterligare en administrativ börda och menar att det hade varit en fördel om modellen testats i mindre skala innan den införs nationellt.

Samtidigt påpekar hon att det finns undanträngningseffekter till följd av kömiljarden som modellen inte kommer att kunna fånga.

– Det finns projekt där man säger man att patienterna själva ska beställa tid för återbesök, för att man ska klara vårdgarantin. En del patienter glömmer bort det, och det är en typ av undanträngning som man inte får tag på med den här modellen.

Även andra typer av undanträngning som läkarna i Läkarförbundets enkät lyfte fram förmår modellen inte upptäcka.

– En verksamhetschef kan gå in och rensa och säga att de här patienterna inte ska få återbesök för att vi inte har tid, eller att de ska ha återbesök i primärvården i stället.

Marie Wedin framhåller att varje gång man mäter något blir det intressant att förbättra just de sifforna. Därför är det viktigt att man mäter rätt sak.

– Även om man mäter återbesök finns det delar, till exempel utredningar, som man inte mäter. Vårt förslag är att man ska mäta hela den tid som vårdprocessen tar. Då får man se var flaskhalsarna finns.

Michael Lövtrup

ÅTERBESÖKEN KAN BLI DEL AV KÖMILJARDEN

Av 2013 års kömiljardsöverenskommelse mellan regeringen och SKL framgår att man har för avsikt att utveckla det prestationsbaserade ersättningssystemet (kömiljarden) och att man vill belöna fler led i patientens väg genom vårdkedjan i nästa års överenskommelse. Om även återbesöken kommer att bakas in framgår inte, däremot meddelar Socialdepartementet att ambitionen på sikt är att sätta specifika målnivåer för återbesöken precis som för de delar som i dag ingår i vårdgarantin. ■

Arbetsmiljöverket kräver besked om hyrläkarstoppet

Med anledning av Jämtlands läns landstings beslut att fram till årsskiftet inte anlita några hyrläkare i Östersund (se LT nr 19–20/2013) har Arbetsmiljöverket begärt att få se landstingets bedömning av de arbetsmiljörisker som stoppet kan medföra.

Enligt landstingets egen analys är beslutet förknippat med en rad allvarliga arbetsmiljörisker.

Det handlar om bland annat ökad sjukskrivning bland personal, personalflykt, ökad belastning för den kvarvarande personalen, kompetensdränage och sämre rekryteringsmöjligheter. Man listar en rad åtgärder som ska minska dessa risker. Enligt Johnny Jonasson, inspektör vid Arbetsmiljöverkets Härnösandsdistrikt, är flera av dem formulerade på ett så pass övergripande plan att det är svårt att bedöma om de är tillräckliga.

– Man svarar att man ska flytta arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper. Vi vill gärna veta vilka arbetsuppgifter, vem som utförde dem tidigare och hur man rustar till exempel sjuksköterskor som ska utföra sådant som läkare gjort hittills för dessa arbetsuppgifter.

En konsekvens som kan uppstå när hyrläkarna dras in är enligt Johnny Jonasson att patienter säker sig till akutmottagningen vi länssjukhuset i Östersund i stället för till vårdcentralerna.

– Vi kommer därför att begära att man gör en risk- och konsekvensbedömning för akutmottagningen kopplat till ökade patientströmmar där.

Landstinget ska redovisa en detaljerad åtgärdsplan den 28 maj. Först efter det kommer Arbetsmiljöverket att bedöma om man anser att åtgärderna räcker.

Michael Lövtrup

Åtgärdspaket i Västernorrland för att få bukt med hyrläkarbehovet

Höjda lönetillägg, pendlingsersättning inom EU och studielön för anställda som vill vidareutbilda sig. Landstinget i Västernorrland samordnar nu sina insatser för att klara rekryteringen till glesbygd och inom bristyrken.

Satsningen har särskilt fokus på ett flertal läkarspecialiteter som allmänläkare och psykiatriker. Samtidigt finns en ambition att gradvis fasa ut beroendet av hyrläkare men utan att gå samma väg som grannlandstinget Jämtland, där ett stopp för hyrläkare inom primärvården införs under sommaren.

– Jag är positiv till det åtgärdspaket som landstinget kommit fram till. Min förhoppning är att det kombineras med satsningar på utbildningsläkare och framför allt med fokus på arbetsmiljön, där många yngre läkare i dag har för hög jourbelastning kvällar och helger som gör det svårt att förena karriär med familjeliv, säger Bo-Göran Widman, ordförande i Ångermanlands läkarförening.

De nya förmånerna innebär en samordning av personalpolitiken inom Västernorrlands läns landsting, där olika enheters system för att klara svårare rekrytering varierat tidigare.

»Det är en bra helhet med en mix av rättigheter och skyldigheter ...«

Viktiga delar i »paketet« är ett lönetillägg på upp till 10 000 kronor per månad och studieersättning på maximalt 18 000 kronor per månad för vidareutbildning inom bristspecialiteter.

Västernorrlands läns landsting erbjuder även pendlingsersättning med en fri hemresa per månad inom EU och EES. Landstingspersonal som medverkar till en extern rekrytering kan också belönas med upp till 40 000 kronor i bonus.

– Det blir ett enklare system än tidigare, och beslutsmandat för ersättningarna kommer att finnas hos förvaltnings- och vårdområdeschefer, säger landstingets HR-direktör Lena Thelin.

Knut Meidell, familjeläkare i Örnsköldsviks kommun och SFAM-representant i Västernorrland, tycker att åtgärderna är bra.

– Det är en bra helhet med en mix av rättigheter och skyldigheter, exempelvis krav på att arbeta kvar i organisationen minst tre år för att få ut studielön eller startbidrag. Ett förbättringsområde är att arbetsgivaren behöver bli tydligare med sin personalpolitik och vilka behov av olika yrkeskategorier som kommer att finnas på kortare och längre sikt. Det tror jag skulle underlätta rekryteringen och då är detta åtgärdspaket ett viktigt och bra steg i rätt riktning, säger Knut Meidell.

Fredrik Mårtensson

Allt bättre resultat på AT-provet

AT-läkare presenterar bättre på AT-provet nu än för några år sedan, och det gäller oavsett var i Sverige man utbildats. Det visar en undersökning från Linköpings universitet.

För att få ut sin läkarlegitimation efter AT-tjänstgöringen krävs också att man bland annat genomgår en skriftlig examination, ett AT-prov. Vid en genomgång av resultaten från 1995–2008 visade det sig att de som studerat i Linköping hade i genomsnitt högst andel korrekta svar (76,2 procent) på AT-provet, medan de som gått i Stockholm låg lägst (74,0 procent) av de Sverigeutbildade läkarna (se LT nr 38/2009).



Umeås stadsvapen.

Men under den senaste tidsperioden, 2007–2012, har Umeå tagit täten med i genomsnitt 78,2 procent rätta svar. AT-läkare från alla de svenska fakulteterna har förbättrat sina resultat sedan förra mätningen, men skillnaden mellan dem är inte statistiskt säkerställd, förutom i förhållande till Stockholm som fortfarande ligger lägst med 76,4 procent rätta svar på provet.

De som utbildats i EU, utanför Norden, ligger i genomsnitt lägre än de Sverigeutbildade, och andelen korrekta svar i den gruppen har även sjunkit från förra tidsperioden, från 72,6 procent rätta svar till 71,0 procent. I den gruppen var också andelen underkända allra högst med 19,1 procent. Bland dem som utbildats vid svenska fakulteter varierar den siffran mellan 1,4 procent (Umeå) och 3,2 procent (Uppsala) som underkändes på AT-provet mellan 2007 och 2012.

Sara Gunnarsdotter



Under en heldag kunde 400 personer ta del av läkarkollegors karriärval.

Foto: Ann Eriksson



» Att bli rik stod långt ner på listan«, berättar gynekologen Håkan Baehrendtz om sin egen karriär som medgrundare till en vårdkoncern.

Foto: Ann Eriksson

Råd på Karriärmässan:

»Pröva på om du är nyfiken«

»Om du är nyfiken på en verksamhet – pröva på den! Oftast kan man gå tillbaka om det inte skulle fungera.« Det rådet gav Johanna Adami, akutläkare och direktör vid Vinnova, på Karriärmässan i Stockholm på lördagen.



Intresset var stortför Karriärmässan, som arrangerades av Läkarförbundet och Läkartidningen.

Foto: Ann Eriksson

Karriärmässan, som arrangerades av Läkarförbundet och Läkartidningen, kan ses som en fortsättning på de karriärkvällar som de senaste åren anordnats runt om i landet. Under en hel dag, på Hotel Rival i Stockholm, fick deltagarna lyssna till läkare som berättade om sina karriärval och vart de fört dem: till chefskap på sjukhus eller myndigheter, till forskning, egenföretagande eller utlandstjänst.

Deltagarantalet i den första Karriärmässan blev högt, omkring 400 personer. Och det var inte bara personer i början av karriären: cirka 40 procent av deltagarna var specialistläkare. Näst största kategori var ST-läkare, därefter AT-läkare och medicinstudenter.

– En mycket lyckad mässa, kommenterade Läkarförbundets vd Håkan Wittgren. Uppenbart är sådana här arenor något som våra medlemmar efterfrågar.

Är man läkare kan karriären se ut på många olika sätt. Johanna Adami kallar sig själv »akutläkaren som blev byråkrat«. Som chef för avdelningen Hälsa på Vinnova hanterar hon anslag på cirka 700 miljoner kronor per år, som ska fördelas till medicinska innovationsprojekt.

– Innovationer som pacemakern, strålkniven och Losec ligger till grund för dagens välfärdssamhälle, sade hon. Alla dessa har tagits fram i samverkan mellan samhälle, forskare och företag. Det är i den andan vi arbetar.

Att hon kommit dit hon är förklarade hon med något slags blandning av slumpen och medvetna val. Men hon rekommenderade alla att tänka efter vad man vill själv, och att prioritera. Risken med att pröva något nytt är inte så stor, framhöll hon:

»Lycka ska vara drivkraften i karriären.«

– Det finns inte någon arbetslöshet bland läkare i Sverige.

Allmänmedicinaren Johan Brun växlade spår i medelåldern. Efter 25 år som kliniker, större delen av tiden på vårdcentral, tackade han ja till ett anbud från AstraZeneca. I dag är han medicinsk direktör på Pfizer, en roll han betecknar som »företagets medicinska samvete«, och ett arbete han trivs med:

– Lycka ska vara drivkraften i karriären.

Charlotte Barouma, allmänmedicinare och klinikchef för privata Wästerläkarna i Göteborg, uttryckte det lite annorlunda:

– Karriär är när man orkar eller får möjlighet att förverkliga det man är bra på.

På Karriärmässan diskuterade hon att starta och driva egen verksamhet med två kollegor, som också har stor erfarenhet av detta. Gemensamt för alla är att de ville ha mer att säga till om.

– Vi ville bestämma själva, förklarade allmänmedicinaren Mikael Stolt när han berättade varför han och fem kollegor på 1990-talet startade en privat vårdcentral i Stockholm. En vårdcentral ska inte vara större än att hela personalen kan träffas och ha möten i ett rum.

Pengarna är mindre viktiga, sade gynekologen Håkan Baehrendtz, som bland annat var medgrundare till vårdkoncernen Proxima:

– Att bli rik stod långt ner på listan. Viktigare var att vi var trötta på att jobba i en stel, byråkratisk organisation.

Miki Agerberg

»Ny lag diskriminerar papperslösa«

Från den 1 juli får papperslösa vuxna samma rätt till subventionerad vård som asylsökande, det vill säga vård som inte kan anstå. Papperslösa barn får samma rätt till vård som andra barn i Sverige. Det föreskriver en ny lag, som antogs av riksdagen på onsdagen.

Lagen bygger på en uppgörelse mellan regeringen och Miljöpartiet, som egentligen hade velat ge också de vuxna papperslösa rätt till fullständig vård. Kompromissen innebär ändå ett steg framåt, skrev MP:s migrationspolitiska talesperson Maria Ferm i en kommentar. Hon pekade också på att lagen ger möjlighet för enskilda landsting att gå före och erbjuda vård på lika villkor.

Lagförslaget har mött hård kritik från Läkarförbundet och en rad andra organisationer inom vården och civilsamhället. Man vänder sig emot att vuxna papperslösa bara ska erbjudas »vård som inte kan anstå«, och vill ge dem samma möjligheter till sjukvård som alla andra.

Lagen diskriminerar vårdbehövande papperslösa människor och strider mot flera internationella konventioner, skrev representanter för fem vårdyrkesorganisationer i ett debattinlägg i Svenska Dagbladet några dagar före riksdagsbeslutet; undertecknarna företräder Läkarförbundet, Läkaresällskapet, Tandläkarförbundet, Vårdförbundet och Sjuksköterskeföreningen.

Miki Agerberg

PATIENTSÄKERHET ÄRENDE

Vårdskador kräver åtgärder för att förhindra upprepning

Det räcker inte med att förbättra dokumentation och avvikelserapportering inför framtida händelser, en vårdgivare måste också vidta åtgärder för minska risken att en vårdskada ska uppstå igen. (Soc 9.3.1-59236/2012)

En patient genomgick en laparoskopisk galloperation på ett närsjukhus. Operationen var besvärlig på grund av rikligt med adherenser samt en liten skrumpen gallblåsa som lätt gick sönder. Slutresultatet bedömdes dock som gott och patienten kunde gå hem samma dag.

Efter cirka en vecka inkom patienten till universitetssjukhusets akutmottagning på grund av akuta buksmärtor. En DT-undersökning av buken visade galläckage, och patienten opererades akut. Vid operationen upptäcktes att gallgången till stora delar var skadad och att endast en liten del av bakväggen var hel. En månad efter utförd hepatikojejunostomi var patienten åter arbetsförmögen.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Vårdgivaren uppger att skadan på gallgången sannolikt var orsakad av diatermi som använts under ingreppet. Vårdgivaren är också självkritisk beträffande dokumentationen eftersom det inte framgår av journalanteckningarna om indikationen för operationen var stark eller inte. I samband med händelseanalysen har det också bland annat framkommit att samtal mellan läkarna på närsjukhuset och universitetssjukhuset inte journalförts samt att inga journalkopior vare sig begärts av universitetssjukhuset eller skickats från närsjukhuset.

Socialstyrelsen kommenterar att de åtgärder som vårdgivaren redovisat helt är koncentrerade till att säkerställa dokumentation och avvikelserapportering, och myndigheten tycker att det är en brist att verksamheten inte redovisat vilka åtgärder som vidtagits för att i framtiden minska risken för gallgångsskador vid laparoskopisk gallgångsoperation.

SG

Redaktör:
Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se



1. Signifikant bättre effekt avseende HbA1c med tillägg av sitagliptin till pågående metforminbehandling jämfört med monoterapi på metformin 0,65%, p<0,001%. Charbonnel et al Diabetes Care 2006; 29: 2638-43.
2. Jämfört med tilläggsbehandling med SU. Nauck et al. Diabetes, Obesity and Metabolism, 9, 2007, 194–205.

JANUMET (sitagliptin/metformin) kombination av DPP-4-hämmare och metformin (Rx; SPC 2012-10-05) filmdragerade tabletter 50 mg/850 mg; 50 mg/1000 mg.

Indikationer: För patienter med diabetes mellitus typ 2 • som ett tillägg till kost och motion för att förbättra den glykemiska kontrollen hos patienter med otillräcklig glykemisk kontroll trots maximal tolererbar dos av metformin i monoterapi eller patienter som redan behandlas med en kombination av sitagliptin och metformin i separata tabletter • i kombination med en sulfonureid (dvs trippel kombinationsterapi) som ett tillägg till kost och motion hos patienter med otillräcklig glykemisk kontroll trots maximal tolererbar dos av metformin och en sulfonureid • som en trippel kombinationsterapi med en PPARγ-agonist (dvs en tiazolidinedion) som ett tillägg till kost och motion hos patienter med otillräcklig glykemisk kontroll trots maximal tolererbar dos av metformin och en PPARγ-agonist • som tilläggsbehandling till insulin (dvs trippel kombinationsterapi) för att förbättra den glykemiska kontrollen hos patienter där kost och motion tillsammans med stabil dosering av insulin och metformin inte ger tillfredsställande glykemisk kontroll. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne, diabetesketoacidos, diabetesprekoma, måttligt till kraftigt nedsatt njurfunktion, akuta tillstånd som eventuellt kan påverka njurfunktionen, akut eller kronisk sjukdom som kan orsaka vävnadshypoxi, nedsatt leverfunktion, akut alkoholförgiftning, alkoholism, amning. **Graviditet och amning:** (B:3) JANUMET ska inte användas under graviditet. JANUMET ska inte användas under amning.

JANUMET 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 www.fass.se.

MSD

Box 7125, 192 07 Sollentuna · Tel 08-578 135 00 · www.msd.se

11-14-DIAB-1060359-0000 November 2012

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CCAF

Hypertoni är största hotet mot global hälsa

Ger ökad risk för framför allt hjärt–kärlsjukdom, demens och njursjukdom



THOMAS KAHAN, professor, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus AB, Danderyd



BO CARLBERG, docent, överläkare, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, Umeå



PETER M NILSSON, professor, överläkare, Klinisk forskningsenhet, Skånes universitetssjukhus, Malmö peter.nilsson@med.lu.se

Förhöjt blodtryck är en betydande riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom i traditionell bemärkelse, men också för demens, njursjukdom, diabetesretinopati och hämmad fostertillväxt. Skador förorsakade av hypertoni är sannolikt underskattade. Som exempel kan nämnas att förändringar i hjärnans vitsubstans har samband med lindrig kognitiv svikt och kan utgöra en riskfaktor för framtida stroke och demens [1].

Resultat från projektet Global burden of disease 2012 kunde slå fast att hypertoni i dag är den avgjort viktigaste riskfaktorn för den totala sjukdomsbördan i världen [2]. Detta har betydelse för den enskilda individens hälsa och för folkhälsan på nationell nivå, liksom för sjukvårdens arbete, resursåtgång och kostnader.

World Health Day den 7 april med temat hypertoni, liksom World Hypertension Day den 17 maj, manifesterar detta viktiga folkhälsoproblem.

En internationell strategi av WHO för att bekämpa hypertoni [3] stöds av betydelsefulla internationella organisationer som International Society of Hypertension, World Hypertension League, European Society of Cardiology och European Society of Hypertension. Inom dessa organisationer har det genom åren även funnits en rad svenska och skandinaviska företrädare engagerade i forskning, prevention och kliniskt arbete [4].

»För att minska sjukdomsbördan förorsakad av hypertoni krävs såväl samhällsåtgärder som individuell prevention.«

Trender i hypertoniförekomst

Epidemiologiska studier har visat skillnader i hypertoniförekomst mellan olika befolkningar. Kostfaktorer, saltintag, fysisk aktivitet och socioekonomiska faktorer kan förklara en del av dessa skillnader.

Trots att BMI ökat i befolkningen, har det åldersjusterade medelblodtrycket i västerländska befolkningar glädjande nog sjunkit under 30-årsperioden 1980–2010 [5].

Detta har noterats även i Sverige för både män [6] och kvinnor [7] och kan delvis förklaras av bl a bättre diagnostik och behandling av hypertoni. Andra orsaker kan sökas i förbättrade hälsovillkor för barn och ungdomar under de senaste decennierna, vilket kan minska negativa effekter på hemodynamisk programmering under fosterperiod och tidiga levnadsår [8].



Illustration: David Mack/Science Photo Library/IBL

Högt blodtryck är den avgjort viktigaste faktorn för den totala sjukdomsbördan i världen.

Gynnsamma effekter av behandling

Det är övertygande visat att antihypertensiv terapi reducerar sjuklighet och död [9]. Livskvaliteten påverkas inte negativt. Behandlingen är kostnadseffektiv och ofta kostnadsbesparande [9].

Detta står i kontrast mot att bara en av tre behandlade patienter i svensk sjukvård når målblodtryck (lägre än 140/90 mm Hg) [10]. Orsakerna kan vara flera. Sjukvårdens utmaning är att med enkla medel förändra detta förhållande, vilket bör ge stora behandlingsvinster för ett mycket stort antal patienter.

Patientens delaktighet i och förståelse av behandlingen och dess värde är väsentliga framgångsfaktorer [11]. Studier visar att en fjärdedel av patienter som påbörjat antihypertensiv terapi upphör med sin medicinering inom 1 år.

Läkemedelsbiverkningar kan leda till bristande följsamhet men är i kontrollerade studier ovanliga och förklarar bara delvis en bristfällig behandlingspersistens.

Brister hos vårdgivare eller i vårdens organisation är också av betydelse. Ofta krävs en kombination av flera antihypertensiva läkemedelsklasser för att få blodtrycket under kontroll. Kardiovaskulära riskmottagningar som inbegriper vårdprogram med tydliga behand-

SAMMANFATTAT

Förhöjt blodtryck är i dag den viktigaste riskfaktorn av global betydelse för den totala sjukdomsbördan.
Medelblodtrycket (åldersjusterat) sjunker i västerländska befolkningar.
I Sverige beräknas omkring 2 miljoner individer ha hypertoni, och andelen ökar med en åldrande befolkning.
Behandling av hypertoni ger stora behandlingsvinster. Trots detta når bara en av tre behandlade patienter i svensk sjukvård målblodtryck (lägre än 140/90 mm Hg).

lingstrappor och utbildningsinsatser bör kunna prövas och utvärderas. Detta kan bidra till att patienter aktivt kallas för regelbunden uppföljning och strukturerad kvalitetsuppföljning.

Ökad samverkan mellan patient, vårdgivare och vårdens organisation kan då leda till förbättrade behandlingsresultat [11, 12], vilket har visats bl a i en randomiserad studie i engelsk primärvård [13].

Alternativa sätt att mäta blodtryck

Vid sjukvårdsbesök stiger ofta blodtrycket. Denna stressreaktion är vanligare hos rökare, kvinnor och äldre. Mellan 10 och 15 procent av patienter med förhöjt blodtryck på mottagningen har i själva verket ett blodtryck som inte kräver medicinsk intervention.

Vid okontrollerad hypertoni på mottagningen trots behandling med tre läkemedelsklasser är en tredjedel av patienterna faktiskt adekvat kontrollerade mätt med ambulatorisk blodtrycksmätning över dygnet [14]. Ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar ger därför viktig information utöver mätningar på mottagningen och bör utnyttjas oftare för att säkerställa diagnos och god blodtryckskontroll [15].

Också hemblodtrycksmätning ger värdefull information, om den genomförs rätt och om validerad oscillometrisk utrustning används [16]. Hemblodtrycksmätning ökar patientens delaktighet och bör utnyttjas mer.

Både ambulatoriskt blodtrycksmätning och hemblodtrycksmätning ökar möjligheterna att predicera organskada [17].

Viktigt upptäcka sekundär hypertoni

Hos uppskattningsvis 10 till 20 procent av patienter med hypertoni föreligger sekundär hypertoni. Primär aldosteronism och obstruktivt sömnapnésyndrom är underskattade mekanismer bakom hypertoni och är tillsammans med njursjukdom (njurparenkymskada och njurartärstenos) de vanligaste orsakerna till sekundär hypertoni.

Diagnostik av sekundär hypertoni är angelägen, eftersom specifik terapi finns i många fall. Om blodtrycket vid behandling med tre olika läkemedelsklasser (gärna inkluderande ett tiaziddiuretikum) i adekvat dosering är 140/90 mm Hg eller högre och andra kända orsaker har uteslutits, benämns detta terapiresistent hypertoni. Detta tillstånd föreligger hos 10 till 20 procent av alla hypertonipatienter, enligt befolkningsdata från USA [18].

Ofta ger tillägg av ytterligare läkemedel (t ex alfareceptorblockad, aldosteronantagonist eller centralt verkande läkemedel) önskvärd effekt. Andra terapeutiska möjligheter finns. Genom perkutan endovaskulär kateterburen metodik kan radiofrekvensablation åstadkomma selektiv sympatisk denervering av njurarna [19]. Läkartidningen presenterade nyligen svenska erfarenheter av denna lovande teknik [20].

Blodtrycksmål bör uppdateras

God blodtryckskontroll ger behandlingsvinster i proportion till patientens totala kardiovaskulära risk, ett synsätt som finns angivet även i Läkemedelsverkets riktlinjer från 2006 för att förebygga aterosklerotisk hjärt–kärlsjukdom [21].

Vid okomplicerad hypertoni är ett målblodtryck under 140/90 mm Hg väl dokumenterat [9, 21, 22].

För hypertonipatienter med hög kardiovaskulär risk (t ex samtidig diabetes, manifest aterosklerossjukdom eller njursjukdom) är målblodtrycket mindre väl studerat och föremål för diskussion. Baserat på tillgänglig evidens förefaller ett lägre behandlingsmål (sannolikt omkring 130–135/80–85 mm Hg) ha stöd vid hypertoni och samtidig hög kardiovaskulär risk [22, 23].

Med hänsyn till att nya europeiska riktlinjer för behandling av hypertoni och diabetes är att vänta under 2013 bör svenska riktlinjer uppdateras, vilket Läkemedelsverket nu aktivt planerar för.

Ett växande folkhälsoproblem

Hypertoni är ett växande folkhälsoproblem, även i vårt land där 2 miljoner individer beräknas ha hypertoni. En ökande andel äldre invånare medför att antalet patienter med hypertoni stiger, även om det åldersjusterade medelblodtrycket tenderar att sjunka i befolkningen.

Antihypertensiv behandling är kostnadseffektiv, och behandlingsvinsten är dokumenterad upp till åtminstone 85 års ålder [24]. För att minska sjukdomsbördan förorsakad av hypertoni krävs såväl samhällsåtgärder som individuell prevention.

Ökade kunskaper och engagemang hos den enskilda patienten och hos vårdgivare samt en förbättrad vårdorganisation bör leda till bättre blodtryckskontroll och minskat antal kardiovaskulära komplikationer. Intensiteten i behandling bör styras av absolut kardiovaskulär risk och, som alltid, anpassas till enskilda individers behov, önskemål, risk för polyfarmaci och tolerans för given behandling.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Thomas Kahan är ansvarig för forskningsprojekt inom vaskulär medicin med stöd till Karolinska institutet från Servier, Celladon Corp och Medtronic. Peter M Nilsson har deltagit i utbildningsaktiviteter i regi av läkemedelsföretag verksamma inom kardiovaskulär medicin samt i kliniska prövningar. Peter M Nilsson har även deltagit med expertsynpunkter i referensgrupper för Pfizer och MSD (lipidsänkare) samt AstraZeneca/Bristol-Myers Squibb, Boehringer-Ingelheim, MSD och Novartis (antidiabetesläkemedel). Därtill har Peter M Nilsson haft uppdrag efter jävsprövning för Läkemedelsverket, SBU och TLV (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket).

Thomas Kahan ingår i styrelsen för arbetsgruppen för hypertoni och hjärtsjukdom inom European Society of Cardiology (ESC) och i styrelsen för International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP). Bo Carlberg är styrelsemedlem i International Society of Hypertension (ISH). Peter M Nilsson är sekreterare i European Society of Hypertension (ESH) och styrelsemedlem i World Hypertension League (WHL).

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2224-60.
7. Danaei G, Finucane MM, Lin JK, et al; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure). National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5·4 million participants. Lancet. 2011;377:568-77.
13. Stewart S, Carrington MJ, Swemmer CH, et al; on behalf of the VIPER-BP study investigators. Effect of intensive structured care on individual blood pressure targets in primary care: multicentre randomised controlled trial. BMJ. 2012;345:e7156.
18. Roberie DR, Elliott WJ. What is the prevalence of resistant hypertension in the United States? Curr Opin Cardiol. 2012;27:386-91.
22. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-701. Erratum in: Eur Heart J. 2012;33(17):2126.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CCR7

ST-läkares FoU-utbildning måste definieras bättre



Illustration: Colourbox

Kravet på att ST-utbildningen ska ge kompetens i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete är otydligt.



ANDERS CARLSTEDT, med dr, samordnande studierektor, Landstinget i Värmland, Karlstad
anders.carlstedt@liv.se



BENGT SÄFSTEN, docent, ST-studierektor, Ersta sjukhus, Stockholm

Få moment i Socialstyrelsens riktlinjer för ST-utbildningen (SOSFS 2008:17) har skapat så mycket förvirring och gett upphov till så många olika tolkningar som delmålen 19 och 20 om kompetens i vetenskap och kvalitetsarbete [1] (se även artikeln av Anders Hansson och Bertil Marklund i detta nummer).

Förvirringen har flera orsaker. I grunden saknas en definition av vad som avses med »vetenskapligt synsätt« i Socialstyrelsens föreskrifter, och lärandemetod för delmål 19 varierar för olika specialiteter. I de flesta fall krävs genomgången kurs, men inte för alla specialiteter.

Vidare har specialistföreningarna utfärdat egna rekommendationer, som i flera fall är betydligt mer ambitiösa än Socialstyrelsens föreskrifter. Dessa rekommendationer uppfattas inte sällan av ST-läkare och handledare som krav.

Slutligen åligger det övergripande studierektorer och FoU-ansvariga inom respektive landsting att göra sin tolkning av bestämmelserna, vilket ska utmynna i lokala riktlinjer. I en enkät till samtliga landsting framkom stora skillnader [Robert Lundqvist, Luleå, pers medd; 2011]. Antalet kursdagar varierade mellan 4 och 20, och tidsåtgången för det vetenskapliga arbetet varierade inom spannet 4 till 15 veckor.

Enligt vår erfarenhet drar ST-läkares projektarbete ut på tiden, trots en ambitiös start och inspirerande metodkurs. Ibland har detta haft sin grund i att projektplanen från början varit för diffus eller för ambitiös, vilket avspeglar det faktum att kursgivare och handledare varit osäkra på vilka krav som egentligen ställs.

För många blivande specialister har det säkert upplevts som ett antiklimax när ett väl genomfört arbete inte alls uppmärksammas utöver handledarens intygande om godkänt skriftligt arbete.

Vi menar att det är stor risk att bristen på tydliga riktlinjer när det gäller målen »kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete« kan ha en avskräckande effekt på ST-läkaren snarare än att stimulera till fortsatt forskning.

Mot den bakgrunden välkomnar vi Anders Hanssons och Bertil Marklunds artikel. Det är tilltalande att den teoretiska utbildningen i forskningsmetodik integreras med projektarbetet och att man har en på förhand given tidsram för när såväl de teoretiska momenten som det skriftliga arbetet ska vara avklarade och redovisade.

»... ambitionsnivån för såväl kurs som skriftligt arbete bör stå i rimlig proportion till alla de övriga delmål som ska uppfyllas under specialiseringstjänstgöringen.«

Målsättningen att »skapa goda och kritiska konsumenter av vetenskaplig litteratur« är tilltalande, och kursen synes ha goda möjligheter att uppfylla det målet. Det är dock samtidigt viktigt att tillräckligt utrymme och tid ges för det skriftliga individuella arbetet.

Vi är eniga med författarna om vikten av att entusiasmera ST-läkarna för forskning och utvecklingsarbete, men att ambitionsnivån för såväl kurs som skriftligt arbete bör stå i rimlig proportion till alla de övriga delmål som ska uppfyllas under specialiseringstjänstgöringen.

Det är av värde att ST-läkaren kan bedöma och värdera arbeten som gjorts utifrån vedertagen forskningsmetodik. Detta krävs för att självständigt kunna arbeta evidensbaserat och kunna kommunicera med patienter, forskare och läkemedelsindustrins representanter. Kraven på framtidens specialistläkare kommer härvidlag att öka.

Det är däremot inte rimligt att förvänta sig att alla ST-läkare ska kunna genomföra ett vetenskapligt projekt och skriva en vetenskaplig artikel på under 10 veckor. Att tillägna sig ett »medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt« är inte detsamma som en forskarutbildning.

Vi menar i likhet med författarna att utbildningen i vetenskap bör skräddarsys för ST-läkarnas behov och inte ersättas med en metodkurs för doktorander.

I Socialstyrelsens revision av föreskrifterna för ST-utbildningen som just nu pågår ser vi det som angeläget att tydliggöra vad delmål 19 om kompetens inom medicinsk vetenskap verkligen ska innebära. Målbeskrivning, lärandemetod och uppföljning bör i princip vara desamma för alla specialiteter.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Kollegor i samordnande studierektorsnätverket har varit med och påverkat olika delar av manuskriptet: Lars Hedlund, Dalarna; Marja Jurvanen, Region Skåne; Pelle Forsgren, Gävleborg; Thomas Lavergren, Kalmar; Anna Ormegard, Sörmland; Gunnar Ramstedt, Gotland; Örjan Skogar, Jönköping; Eva Hesse-Sundin, Sörmland; Sven-Anders Sölveborn, Region Skåne, och Ulrika Winninge, Dalarna.

LÄS MER Artikel sidan 1098

REFERENSER

1. Djärv T, Ljung R, Lagergren J. Så nås ST-läkarnas delmål för medicinsk vetenskap på ett högkvalitativt sätt. Läkartidningen. 2013;110(4):163.
2. Gemensamt uttalande från Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation och Sveriges läkarförbunds utbildnings- och forskningsdelegation. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund; 2009.

SAMMANFATTAT

Kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete är viktiga delmål i Socialstyrelsens föreskrifter för den nya ST-utbildningen.
Kraven för att uppfylla delmålet »Att ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt« är dåligt definierade avseende både kursinnehåll och det skriftliga individuella arbetet.
I den pågående revisionen av föreskrifterna för ST behövs ett förtydligande av kraven för kompetens i medicinsk vetenskap. Kraven bör vara desamma för alla specialiteter.

DET FINNS SKÄL ATT UNDVIKA PNEUMOKOCKSJUKDOM





Äldre vuxna – liksom små barn och kroniskt sjuka personer i alla åldrar – löper ökad risk att drabbas av allvarliga pneumokocksjukdomar som pneumoni, bakteremi och meningit.[1] Konjugerat vaccin finns numera för både barn och vuxna.[2]

PREVENAR 13:

Det första och enda konjugerade pneumokockvaccinet för vuxna 50 år och äldre.[2, 3]

Prevenar 13®
polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat, 13-valent

Referenser: 1. Smittskyddsinstitutet. http://www.smi.se/amnesomraden/vaccinationer/vaccinationer-a-o/pneumokocker/ **2.** Produktresumé Prevenar 13. www.fass.se **3.** Produktresumé Synflorix. www.fass.se

PREVENAR 13. Rx. Polysackaridvaccin mot pneumokockinfektioner, konjugerat, adsorberat, 13-valent. 0,5 ml injektionsvätska, suspension i förfylld spruta. Pneumokockpolysackarid serotyp 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F om vardera 2,2 µg samt 6B om 4,4 µg. Serotyperna är konjugerade till bärarprotein CRM197 och adsorberad till aluminiumfosfat. ATC-kod: J07AL02. Indikationer: Aktiv immunisering för förebyggande av invasiv sjukdom, pneumoni och akut otitis media orsakad av Streptococcus pneumoniae hos barn i åldern 6 veckor till 17 år. Aktiv immunisering för förebyggande av invasiv sjukdom orsakad av Streptococcus pneumoniae hos vuxna 50 år och äldre. Användningen av Prevenar 13 skall baseras på officiella Prevenar 13 rekommendationer, där hänsyn tas till såväl betydelsen av invasiv pneumokocksjukdom i olika åldersgrupper som variationen i förekomst av serotyper i olika geografiska områden. Varningsföreskrifter, begränsningar och information om hjälpämnen hänvisas till www.fass.se SPC reviderad: 20 december 2012. Prevenar 13 ingår inte i läkemedelsförmånen. www.pfizer.se

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

Pfizer

PRE20130306PSE06

nya.ron@lakartidningen.se

Låg risk för hjärtstopp under Vasaloppet och maraton

AUTOREFERAT. Fysisk aktivitet betraktas som hälsofrämjande, men kraftigare ansträngning kan ge ischemisk hjärtsjukdom och arytmier. Vi har beskrivit tre fall av hjärtstopp [Läkartidningen. 2010;107:2720-2]. År 2013 inträffade fyra hjärtstopp under Vasaloppsveckan. Tre av dessa patienter kunde räddas till livet.

Kim et al har beskrivit hjärtstopp under långdistanslöpning (maraton) [N Engl J Med. 2012;366(2):130-40]. Denna studie föranledde oss att undersöka eventuella likheter och skillnader jämfört med hjärtstopp under Vasaloppet. Studien publicerades i Journal of the American College of Cardiology.

Mellan 1922 (det första Vasaloppet) och 2010 hade 926 350 deltagare startat i de olika loppen, och nästan hälften under de sista tio åren, då också kortare lopp har lagts till det traditionella på 90 km. 20 fall av hjärtstopp (medelålder 55 år) inträffade till och med 2010, av vilka fem överlevde (medelålder 47 år). Alla var män och fick snabb hjälp med hjärt–lungräddning av medtävlare, ofta med medicinsk skolning. 16 av fallen var kranskärlssjukdom, 2 hypertrofisk kardiomyopati, 1 myokardit och 1 ventrikelflimmer av okänd bakgrund.

Risken att insjukna var 2,16 per 100 000 startande skidåkare, vilket innebar 0,31 per 100 000 skidtimmar. I maratonstudien identifierades 59 hjärtstopp (51 män, medelålder 42 år) bland 10,9 miljoner startande. Risken för löparna var 1,01 per 100 000 vid maraton och 0,27 vid halvmaraton. I maraton sågs 0,20 hjärtstopp per 100 000 löptimmar, medan siffran var något högre vid skidåkningen (0,31). Risken måste bedömas som densamma.

En skillnad är dock att en stor andel av hjärtstoppen i maraton sker under sista milen, vilket inte är fallet i Vasaloppen, där de sker mer utspritt. I maraton finns bland obducerade en hög andel med hypertrofisk kardiomyopati och färre med kranskärlssjukdom. Gemensamt för båda typerna av lopp är andelen som räddats till livet med hjärt–lungräddning, som är ca 25–30 procent. Chansen att överleva beror sannolikt på hur snabbt HLR-hjälp kan fås i väntan på ambulans.

»En skillnad är dock att en stor andel av hjärtstoppen i maraton sker under sista milen ...«

Insjuknandet i hjärtstopp i Sverige rapporteras till Nationella hjärtstoppsregistret. Incidensen av fall som inträffar utanför sjukhus skiljer sig åt regionalt. Den är 13–52 fall per 100 000 personår, att jämföra med 4 030 per 100 000 personår i Vasaloppsspåret. Den relativa risken är högre under den fysiska ansträngningen, där också andra mekanismer kan spela roll. Den absoluta risken är mycket låg. Att insjukna under loppen med närhet till snabb hjälp kan vara gynnsamt i sig.

Ulf Hållmarker
överläkare, medicinkliniken, Mora lasarett; doktorand
Stefan James
överläkare, kardiologkliniken, Akademiska sjukhuset; docent; båda institutionen för medicin, Uppsala universitet

Hållmarker U, et al. J Am Coll Cardiol. 2012;60(15):1431-2.

Sjukdomar relaterade till resor kan undvikas

Många utlandsresenärer kommer hem med sjukdomar som kunde ha undvikits. Det visar en studie i Annals of Internal Medicine.

I och med dagens ökande resande får allt fler resenärer problem med sjukdomar de ådragit sig i utlandet. För att följa upp incidensen av reserelaterade hälsobesvär har man bildat nätverket GeoSentinel som omfattar 53 kliniker i 24 länder. Data från mer än 170 000 patienter finns samlade sedan 1995. I en analys av data från 2007–2011 har man nu granskat frekvensen rapporterade sjukdomar från olika regioner i världen bland hemkommande resenärer som uppsökt en klinik efter sin resa och blivit diagnostiserade med minst en reserelaterad sjukdom.



Foto: Colourbox

En särskild riskgrupp bland utlandsresenärer är de som besöker sina ursprungliga hemländer. Få av dem har uppsökt rådgivning eller fått vaccination före resan.

Totalt identifierades 42 173 sjuka resenärer under uppföljningstiden. Den största andelen sjuka hade besökt Asien (33 procent), följt av Afrika söder om Sahara (27 procent) och Latinamerika/Karibien (19 procent). Runt 41 procent av resenärerna hade uppsökt sjukvården för rådgivning före avresan, men detta varierade per region och syfte med resan.

Gastrointestinala infektioner var överlägset vanligast (34 procent av samtliga som sökt), och postinfektiös irritabel tarm (IBS) var vanlig bland dem. 23 procent av alla sökande hade febersjukdom, t ex malaria, denguefeber och tyfoidfeber. Sjukdomar som kunnat förebyggas med vaccination, bl a fästingburen encefalit (TBE), salmonella av tyfoidtyp och hepatit A, förekom hos 737 resenärer, av vilka endast 20 procent hade uppsökt rådgivning före resan. Även barnsjukdomar som är möjliga att förebygga, t ex mässling, difteri, pertussis och rubella, förekom. Resenärer ådrog sig sjukdomar även inom Europa, exempelvis 30 procent av alla Legionella-infektioner, 20 procent av alla mässlingsfall och 15 procent av alla akuta HIV-infektioner.

En särskild riskgrupp tycks vara personer som hälsar på vänner/släktingar i sitt ursprungliga hemland. Av dessa hade endast 18 procent uppsökt rådgivning före resan men samtidigt stod de exempelvis för 62 procent av fallen av Plasmodium falciparum-malaria.

Sammantaget konstaterades att andelen resenärer som uppsökt sjukvården för rådgivning inför resan är låg. 20 procent av alla med hepatit A hade dock fått rådgivning – men inte vaccination – före resan. Vidare noterades att de som besökt anhöriga i hemlandet kan utgöra en särskild riskgrupp i behov av mer information.

Karin Sundström
läkare, med dr, Karolinska institutet, Stockholm

Leder K, et al. Ann Intern Med. 2013;158(6):456-68.

Svenskinspirerad mödra- och barnhälsovård räddar liv i Indien

AUTOREFERAT. I WHO:s millenniemål (4 och 5) är en minskning av barna- och mödramortaliteten central. Indien är ett land med hög mödra- och barnadödlighet. Landstinget i Östergötland och Hälsouniversitetet i Linköping har haft ett långvarigt samarbete med en stiftelse, Pravara Medical Trust, i ett fattigt jordbruksområde i delstaten Maharashtra. Åren 2006–2009 genomfördes ett gemensamt projekt kring förebyggande mödra- och barnhälsovård baserat på tillämpliga delar av det svenska MVC- och BVC-programmet. Erfarenheterna från projektet har nyligen publicerats i den elektroniska tidskriften Rural and Remote Health.

Projektet bedrevs i ett område med en befolkning på ca 450 000, hög analfabetism och 55 procent av familjerna under fattigdomsgränsen. Cirka hälften av mödrarna kontrollerades någon gång under graviditeten. Tre fjärdedelar förlöstes i hemmet, oftast utan professionellt stöd. Organiserad uppföljning av barnen förekom inte.

Nio fasta och fem mobila primärvårdsenheter sattes upp, de senare för att nå de mest avlägsna av de 235 byarna i projektet. Sjuksköterskor med endast ettårig utbildning och läkare med traditionell ayurvedautbildning anställdes för att utföra kontrollerna av de gravida och barnen. Sjuksköterskor och läkare med längre, västerländsk utbildning tränades till att kunna utbilda dem som arbetade på fältet.

Målet var att öka teoretisk kunskap och undersökningsteknik samt främja patientcentrerad vård. Journaler, manualer och utbildningsmaterial på det lokala språket togs fram. Så kallade female health volunteers, betrodda kvinnor i byarna som kunde läsa och skriva, rekryterades och var nyckelpersoner för att övertyga familjerna om vikten av att komma till kontroller.

Verksamheten blev populär i byarna. Andelen mödrar som kom till kontroll före vecka 16 ökade från 32 till 62 procent. Antalet institutionsförlossningar (allt från sjukhus till vårdcentraler) ökade från 40 till 74 procent, och andelen assisterade hemförlossningar steg från 20 till 90 procent. Antalet barn som kom för hälsokontroll ökade trefalt. Mödramortaliteten sjönk med tre fjärdedelar till 121 per 100 000 födslar och spädbarnsdödligheten halverades till 43 per 1 000 levande födda; bägge skillnaderna statistiskt signifikanta.

> »Mödramortaliteten sjönk med tre fjärdedelar till 121 per 100 000 födslar ...«

Resultatet visar att det är möjligt att i ett fattigt och avlägset jordbruksområde påverka människors förståelse för värdet av förebyggande vård och talar för att det går att sänka mödra- och spädbarnsdödligheten.

Orvar Finnström
professor, barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset, Linköping
AnnaKarin Johansson
docent, sjuksköterska, institutionen för medicin och hälsa, Hälsouniversitetet, Linköping

Alehagen S, Finnström O, Hermansson G, Somasundaram KV, Bangal VB, Patil A, Chandekar P, Johansson AK. Rural Remote Health. 2012;12: 2140.

Råd och träning gav viktnedgång bland psykiatriska patienter

Övervikt och fetma är inte ovanligt bland patienter med psykiatriska sjukdomar. Bidragande är bland annat att behandling med neuroleptika är förknippad med stor risk för viktuppgång. Trots det har relativt få studier gjorts vad gäller viktnedgång bland patienter med psykiatrisk problematik.

Nu presenteras en undersökning i New England Journal of Medicine där man tittat på just detta. Undersökningen har gjorts i USA och omfattar 291 patienter. Av dessa hade 22 procent bipolär sjukdom, 12 procent depression och 58 procent schizofreni eller schizoaffektiv sjukdom. Patienterna kommer från tio olika centra. Då studien påbörjades hade deltagarna en genomsnittlig kroppsvikt på 102,7 kilo och ett BMI på 36,3.

Deltagarna delades in i två grupper. En interventionsgrupp fick rådgivning om kost och motion både i grupp och individuellt. De fick också träna (fysisk aktivitet) i grupp. En kontrollgrupp fick initialt information om kost och motion och därefter allmänna hälsorelaterade råd som inte var kopplade till viktnedgång. Studien pågick i 18 månader. Rådgivning och träning pågick under hela perioden, om än mer intensivt under det första halvåret. Deltagarna var i genomsnitt med på 46 träningstillfällen/möten under det första halvåret och 31 möten/träningstillfällen under månad 7 till 18.

Efter 18 månader var kontrollgruppens genomsnittliga vikt i princip oförändrad (en nedgång på 0,2 kilo) jämfört med en genomsnittlig viktnedgång på 3,4 kilo i behandlingsgruppen. Värt att notera är att 37,8 procent av deltagarna i behandlingsgruppen gick ned minst fem procent av kroppsvikten, vilket uppnåddes av 22,7 procent i kontrollgruppen.

I viktnedgångsstudier är en generell svårighet ofta att visa bestående resultat. Det finns åtskilliga studier i vilka deltagarna nått den maximala viktnedgången efter cirka sex månader. Därefter tenderar vikten att öka igen. Det har således visat sig svårt för bantningsmetoder och viktnedgångspreparat att visa bestående effekt för tidsperioder över ett år.

I den aktuella studien hade behandlingsgruppen gått ned i vikt efter sex månader men sedan fortsatte viktnedgången under resterande tolv månader, vilket således innebär att effekten höll i sig under längre tid än vad som brukar vara fallet vid den här typen av studier.

Författarna sammanfattar resultaten med att rätt stöd och behandling kan hjälpa överviktiga patienter med svåra psykiatriska sjukdomar att gå ned i vikt.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist
andershansen74@hotmail.com

Daumit G, et al. N Engl J Med. 2013;368(17);1594-602. doi: 10.1056/NEJMoa1214530



Foto: Colourbox

Behandlingsgruppen gick ned i vikt efter sex månader, och viktnedgången höll i sig under längre tid än vad som är vanligt i den här typen av studier.

Ökande antal svårt sjuka av grupp A-streptokocker

Hög dödlighet vid invasiv infektion – tidig diagnos kan rädda liv

HEDVIG GLANS, ST-läkare, infektionskliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde
hedvig.glans@vgregion.se
KRISTINA RÖNNBÄCK, specialistläkare, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset
INGELA BERGGREN, biträdande smittskyddsläkare, Smittskydd Stockholm, Stockholms läns landsting
JESSICA DARENBERG, molekylärbiolog
ANNIKA LINDE, överläkare; de två sistnämnda Smittskyddsinstitutet, Solna
BJÖRN KG ERIKSSON, biträdande smittskyddsläkare, Smittskydd Stockholm, Stockholms läns landsting

Betahemolytiska streptokocker grupp A (grupp A-streptokocker, GAS, Streptococcus pyogenes) är hos människa en vanlig patogen som kan ge varierande symtombild, från lindrig faryngit och impetigo till allvarliga sjukdomstillstånd som nekrotiserande fasciit och streptokocktoxiskt chocksyndrom (STSS; streptococcal toxic shock syndrome). Bärarskap ska normalt inte behandlas, och en behandlingsrekommendation för faryngotonsillit togs fram av Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet hösten 2012 [1].

Förr associerades bakterien med framför allt barnsängsfeber, scharlakansfeber och postinfektiösa tillstånd som reumatisk feber och akut glomerulonefrit. I västvärlden i dag är det framför allt invasiva infektioner, inkluderande nekrotiserande fasciit och STSS, som är visserligen ovanliga men mycket allvarliga konsekvenser av GAS-infektion.

Allvarliga infektioner av GAS rapporteras varje år i låg frekvens men vissa år i ökat antal. Under 2012 anmäldes 584 fall, det högsta antalet sedan invasiv GAS-infektion blev anmälningspliktig 2004, och ökningen har fortsatt under början av 2013.

Allvarliga fall väcker frågor kring invasiv GAS-infektion

I Fakta 1 beskrivs två mycket allvarliga infektionsförlopp av invasiva GAS, kopplade till en tydlig smittspridning i förskolemiljö. Dessa fall aktualiserar flera frågor.

- Hur goda är våra behandlingsmöjligheter vid dessa mycket svåra infektionstillstånd, som kan drabba tidigare helt friska unga individer, ibland med stympande ingrepp som följd?
- Vad kan vi göra för att hotande, svåra infektioner ska kunna identifieras tidigt i förloppet?
- Hur vanligt är det att vi ser flera invasiva GAS-infektioner kopplade till en familj eller annan grupp, eller till annan synlig smittspridning?
- Finns det möjligheter till, och evidens för, profylaktiska åtgärder?
- Hur vanlig är invasiv GAS-infektion, och har vi rapportering och typning som ger en fullständig bild av problemet?
- Hur kan vi förbättra övervakningen av dessa infektioner?

Nedan försöker vi belysa en del av dessa frågor.

Chocksyndrom relativt nyligen uppmärksammad sjukdom

Under slutet av 1980-talet rapporterades ett ökat antal svåra

»Under 2012 anmäldes 584 fall, det högsta antalet sedan invasiv GAS-infektion blev anmälningspliktig 2004, och ökningen har fortsatt ...«

sjukdomstillstånd orsakade av invasiva GAS-infektioner i västvärlden. Första fallet av ett STSS-liknade syndrom rapporterades 1987 [2], och 1993 publicerades en klassificering av GAS-infektioner och falldefinition av STSS [3].

Definitionen av STSS [3] (Fakta 2) är klinisk hypotoni (systoliskt blodtryck <90 mm Hg hos vuxna) i kombination med påverkan på två eller flera organ. Hit räknas påverkan på njurfunktion, leverfunktion, koagulation eller lungor (med akut svår andningsinsufficiens [ARDS; acute respiratory distress syndrome). Dessutom uppträder ibland ett skarlatiniformt exantem och smultrontunga, vilket kan följas av fjällning. Även nekrotiserande mjukdelsinfektion som nekrotiserande fasciit, myosit eller gangrän räknas som organpåverkan.

För att konfirmera ett misstänkt fall av STSS krävs växt av GAS i en steril lokal. Trots det allvarliga förloppet finner man växt i blododlingar i endast 60 procent av fallen [2, 4]. I de fall där man finner växt av GAS endast i en icke-steril lokal vid klinisk bild förenlig med STSS sätts diagnosen trolig STSS. Även trolig STSS ska anmälas enligt smittskyddslagen.

Den vanligaste fokala manifestationen vid invasiv GAS-infektion är hud- och mjukdelsinfektion [5]. Ofta rör det sig om äldre individer med erysipelas/cellulit kombinerat med positiv blododling. Omvänt är blododling positiv i <5 procent vid erysipelas/cellulit [6]. Även ytliga hudinfektioner kan utgöra fokus för invasiv GAS-infektion. Nekrotiserande fasciit är relativt ovanlig som utgångsfokus vid invasiv GAS-infektion, ofta <10 procent. Vanligare är bakteriemi utan identifierat fokus.

Pneumoni förekommer oftare hos barn än hos vuxna, ibland med utveckling av empyem. Faryngotonsillit eller annan övre luftvägsinfektion är ovanlig som utgångsfokus vid invasiv GAS-infektion [1]. Utveckling av STSS ses oftare hos

SAMMANFATTAT

Antalet anmälda fall av invasiva infektioner orsakade av grupp A-streptokocker, såsom nekrotiserande fasciit och streptokocktoxiskt chocksyndrom, har under 2012 varit det högsta sedan 2004, och ökningen har fortsatt under 2013.
Dödligheten vid invasiv infektion med grupp A-streptokocker är hög, och det är av yttersta vikt att diagnostisera och behandla infektionen tidigt.
Ökad incidens kräver ökad vaksamhet, och därför är klinisk anmälan och laboratorieanmälan enligt smittskyddslagen viktig.
Vissa undertyper av grupp A-streptokocker ger oftare svår sjukdom, och epidemiologisk typning kan förbättra övervakningen.
Förebyggande behandling av kontakter till allvarliga fall är sällan indicerad, men kan övervägas, t ex om man identifierat flera allvarliga fall inom en grupp.

FAKTA 1. Två fall med anknytning till förskola

En tidigare väsentligen frisk man i 45-årsåldern sökte i februari 2012 vård på grund av hög feber, hosta, kräkningar och diarré sedan fyra dagar. Hustrun och några av parets barn var samtidigt sjuka med feber och luftvägssymtom. Ankomstdagen hade mannen på eftermiddagen försämrats med värk över bröstet, hosta och snabbt påkommen andnöd.

I status vid ankomsten klockan 22 noterades: Vaken och lucid, ej nackstel, högfebril, kraftigt andningspåverkad med andningsfrekvens 45/min, 70 procents syresaturation på luft, omätbart blodtryck, takykardi ca 150/min, ingen rodnad i svalget, petekier i armveck och ljumskar.

Laboratorieprov var derangerade med CRP 432 mg/l, kreatinin 321 µmol/l, LPK $1{,}8 \times 10^9$/l, TPK 111×10^9/l, APT-tid 47 s, PK/INR 1,1 och laktat 9,1 mmol/l.

På akutmottagningen fick patienten syrgas och vätska samt efter blododling antibiotika i form av meropenem. Odling togs också från nasofarynx, svalg och urin. Prov för pneumokock- och legionellaantigen i urin togs liksom nasofarynxaspirat för influensadiagnostik. Lungröntgen visade bilaterala underlobsinfiltrat. Patienten fick tillägg av moxifloxacin och överfördes till IVA.

Under natten progredierade den respiratoriska insufficiensen, och patienten intuberades. Trots massiv inotropi och tillägg av kortison blev han cirkulatoriskt försämrad. På morgonen undersöktes patientens hustru och barn på akutmottagningen, och ett av barnen hade positivt snabbtest för GAS. Snabbtest för GAS på patienten var också positivt, och tillståndet bedömdes som STSS. Intravenöst gammaglobulin gavs (0,5 g/kg kroppsvikt). Strax därefter fick patienten hjärtstopp, som man lyckades häva. ECMO-behandling (extrakorporeal membranoxygenering) initierades, och klindamycin lades till antibiotikabehandlingen.

I odlingar från blod, svalg och nasofarynx samt bronksköljvätska växte GAS. Stammarna sändes till Smittskyddsinstitutet och typades senare till T1/emm1. Patienten visade sig också vara positiv för influensa A (ej H1N1). I svalgodlingar från patientens barn växte samma typ av GAS.

Patientens tillstånd var fortsatt mycket kritiskt och krävde behandling på ECMO-enheten i en dryg vecka innan han överfördes till brännskadeintensiven på grund av svåra hudnekroser. Dessa ledde senare till amputation av höger lårben, vänster underben och höger underarm. Efter 10 veckors intensivvård följd av fortsatt vård och rehabilitering skrevs patienten hem efter drygt 7 månaders sjukhusvistelse.

Ytterligare ett fall

Tidigt i förloppet framkom att en kvinna med barn på samma förskola som patientens barn nyligen vårdats på IVA med allvarlig sepsis som krävde ECMO-behandling. Ingen växt påvisades i blododling, men den kliniska bilden överensstämde med streptokocksepsis, och i svalgodling växte GAS, som dock inte typades. Hennes tillstånd stabiliserades snabbt, och hon kunde skrivas ut efter ett par veckors vård.

Förebyggande åtgärder på förskolan

I februari 2012 informerades smittskyddsläkaren om att dessa båda personer insjuknat i allvarlig invasiv GAS-infektion. Det framkom att båda hade barn i samma förskola. Smittskyddsläkaren bedömde att smittspridning av en virulent GAS-stam förekom på förskolan och beslöt att antibiotikabehandla samtliga familjer med barn i förskolan, liksom personal och deras familjer, för att förhindra ytterligare allvarliga sjukdomsfall.

Ett informationsmöte för föräldrar och personal hölls på förskolan. Samtliga familjemedlemmar listades med namn, personnummer, vikt och eventuell överkänslighet/allergi. Listorna lämnades till de vårdcentraler där familjerna var listade. Verksamhetschef och smittskyddsansvarig läkare/sköterska på respektive vårdcentral informerades och ansvarade för klinisk bedömning av personer med symtom, provtagning och receptförskrivning enligt smittskyddsläkarens direktiv.

Symtomfria personer behandlades med penicillin V i 5 dagar utan föregående provtagning. Personer med symtom undersöktes av läkare, odlades från svalg och fick 10 dagars behandling med penicillin V. Läkemedlen skrevs ut kostnadsfritt för patienten enligt smittskyddslagen. Behandlingarna påbörjades samtidigt en fredag, och barn och personal bedömdes vara smittfria då förskolan öppnade igen på måndagen. Sedvanliga hygienråd vid streptokockutbrott gavs.

Sammanlagt svalgodlades 28 personer med luftvägssymtom och/eller feber. Av dessa odlingar var 8 positiva med växt av GAS; 7 barn på förskolan (5 flickor och 2 pojkar, 2–5 år gamla) och en kvinna, 64 år, mor till en av personalen. Samtliga isolat typades på Smittskyddsinstitutet, och alla var typ T1/emm1. Misstanken om spridning av en specifik stam på förskolan kunde därmed bekräftas. Inga ytterligare fall av invasiv GAS-infektion med anknytning till förskolan har rapporterats.

patienter med nekrotiserande fasciit, pneumoni eller bakteriemi utan identifierat fokus [5].

Patogenesen vid invasiv GAS-infektion och streptokocktoxiskt chocksyndrom är inte fullt klarlagd. Såväl värdfaktorer, som ålder och underliggande sjukdomar, som bakteriella toxiner och immunitet mot dessa har betydelse [2, 4, 5]. GAS producerar både ytproteiner som försvårar fagocytos och exotoxiner med flera olika angreppsmekanismer, bl a som superantigener med stor betydelse för inflammatoriska reaktioner. Superantigener binder till MHC II-receptorer och T-cellsreceptorer samtidigt utan konventionell antigenpresentation och ger därmed upphov till massiv aktivering av T-celler och produktion av cytokiner [2].

Snabbt insatt terapi är nödvändig

GAS är alltid helt känsliga för penicillin. Ingen penicillinresistens finns rapporterad. Men vid stora infektionsinokulat kan bakterierna bli långsamväxande och gå in i en stationär fas, varvid penicillinbindande proteiner på cellytan nedregleras [7]. Därmed minskar effekten av penicillin. Vid stora mängder av GAS i vävnaden, som vid nekrotiserande fasciit, har därför penicillin inte lika bra klinisk effekt som vid lindrigare streptokockinfektioner.

Klindamycin anses ha gynnsam effekt i sådana situationer och påverkas inte av inokulatets storlek. Klindamycin hämmar den bakteriella proteinsyntesen. Detta kan minska produktionen av toxiner och M-protein, vilket i sin tur underlättar fagocytos. Andra faktorer som kan bidra till god effekt av klindamycin är längre halveringstid än penicillin och intracellulär effekt [4]. Klindamycin rekommenderas därför som tillägg till penicillin vid svår invasiv GAS-infektion. Resistens mot klindamycin är ovanlig, men resistensbestämning av GAS-isolatet rekommenderas.

Det finns flera rapporter om god effekt av högdos intravenöst immunglobulin (ivIg) vid svår invasiv GAS-infektion. Ökad överlevnad, snabbare återhämtning från organsvikt och minskat behov av kirurgiska ingrepp har rapporterats [8, 9]. En randomiserad multicenterstudie av ivIg som tilläggsbehandlig vid STSS fick avbrytas på grund av att för få patienter kunde inkluderas. Överlevnaden var större i gruppen som fick ivIg, men skillnaden var inte statistiskt signifikant [8]. I Stor-

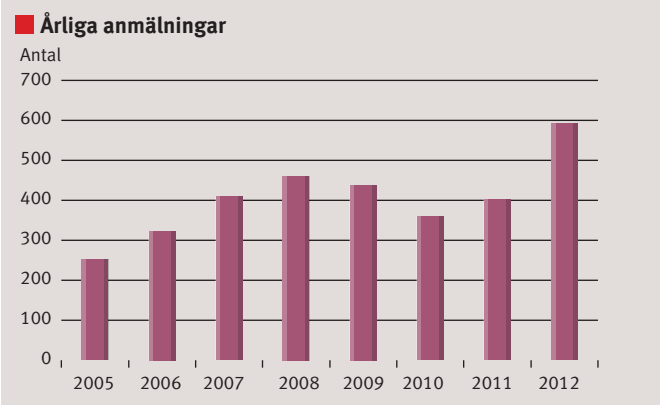
FAKTA 2. Invasiv GAS-infektion är anmälningspliktig

Socialstyrelsens falldefinition för anmälan av invasiv infektion av betahemolytiska grupp A-streptokocker (GAS, Streptococcus pyogenes) [20].

Misstänkt fall. Klinisk bild förenlig med STSS (streptokocktoxiskt chocksyndrom), nekrotiserande fasciit eller puerperal sepsis + påvisande av Streptococcus pyogenes i (annan än nedan angiven) relevant lokal.

Bekräftat fall. Laboratorieverifierat fall.

Laboratoriekriterier för diagnos. Isolering av Streptococcus pyogenes (GAS) från blod, likvor eller annan normalt steril lokal.



Figur 1. Årligt antal anmälningar av invasiva grupp A-streptokocker 2005–2012. Anmälningsrutinerna påbörjades i juli 2004.

britannien rekommenderas ivIg om patienten inte svarar på aktiv behandling, fokus inte går att revidera eller om patienten har kvarstående oliguri och lungödem [2].

I behandlingsrekommendationer för svår sepsis och septisk chock från Läkemedelsverket 2004 anges ivIg som möjlig tilläggsbehandling vid misstänkt GAS-infektion och septisk chock [10].

ivIg verkar genom flera mekanismer, bl a genom att neutralisera superantigener, hämma komplementaktivering och underlätta opsonisering av bakterier. Genom att lägga till ivIg i behandlingen minskas den inflammatoriska kaskaden [8].

Tidig diagnos och behandling är av stor betydelse. Tydliga fokala symtom kan saknas vid invasiv GAS-infektion och STSS, och tillståndet kan misstolkas som en viral infektion. Vissa patienter har initialt kräkningar och diarré som huvudsymtom, vilket kan misstolkas som gastrointestinal infektion. Vid nekrotiserande fasciit är kardinalsymtomet svår lokal smärta med ofta sparsamma eller inga lokala statusfynd. Feber kan saknas, och tillståndet kan misstolkas som annat smärttillstånd. Detta kan fördröja kirurgi, som är livräddande vid nekrotiserande fasciit.

Profylax kan behöva ges till kontakter

Det är väl känt att GAS ofta sprids till närkontakter, och det finns ökad risk för sekundärfall vid invasiv sjukdom. Ett fåtal studier rapporterar mellan 19 och 200 gånger ökad relativ risk för invasiv GAS-infektion bland närkontakter, men den absoluta risken är mycket låg [11]. Studier som utvärderar antibiotikaprofylax saknas. Många patienter med invasiv GAS-infektion är äldre individer med mjukdelsinfektioner av typ erysipelas/cellulit med positiv blododling, och någon smittkälla eller smittspridning kan som regel inte identifieras.

Rutinmässig profylax till närkontakter rekommenderas därför inte, utan hushållskontakter bör informeras och rekommenderas att söka sjukvård vid symtom [11]. I vårt beskrivna fall fanns emellertid en tydlig koppling mellan två mycket allvarliga fall av invasiv GAS-infektion. Förskolan bedömdes i detta fall vara likställd med ett hushåll beträffande risken för sekundärfall. Detta föranledde beslutet att identifiera och behandla samtliga med symtom och dessutom ge profylax brett till övriga kontakter för att begränsa den risken.

Invasiv streptokockinfektion anmälningspliktig 2004

GAS är vanligt förekommande och koloniserar framför allt svalget hos barn. Asymtomatiskt bärarskap anses förekomma hos mellan 3 och 30 procent och genomsnittligt hos cirka 12 procent av barn och ungdomar under 18 år [1].

Invasiva streptokockinfektioner blev anmälningspliktiga i Sverige 2004. Mellan 2006 och 2011 varierade antalet anmälda fall mellan 252 och 461, med det högsta antalet 2008 (Figur 1). Under 2012 var antalet fall högre än tidigare år, 584 fall, med runt 55–60 fall per månad (Figur 2). Under januari 2013 rapporterades 92 fall. Ökningen i antal fall under 2012 var jämfört med tidigare år störst hos barn 0–19 år och hos äldre >80 år. Numerärt ökade antalet fall/100 000/år från 1,2 år 2006 till 2,1 år 2012 hos barn i åldrarna 0–19 år och från 13,4 till 26,8 hos äldre >80 år [12]. Den årliga incidensen i Sverige beräknades under 1990-talet till ca 3/100 000/år [5] men har de senaste åren varit 4–6/100 000 invånare/år [13].

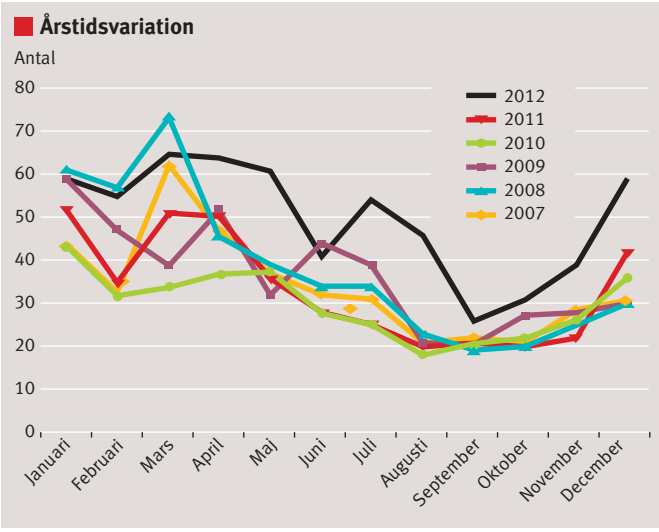
Flera internationella studier har belyst epidemiologin vid invasiva infektioner. Under 2003–2004 gjordes en jämförande studie av invasiv GAS-infektion i 11 europiska länder med insamling av såväl bakteriella som kliniska data. En mortalitet på 19 procent vid sju dagar noterades. Mortaliteten var dock betydligt högre vid mer allvarliga sjukdomsmanifestationer som nekrotiserande fasciit (32 procent) och STSS (44 procent). Incidens och mortalitet varierade mellan länderna, vilket delvis kunde förklaras av skillnader i vilka GAS-typer som var vanligast förekommande [13, 14].

Mikrobiologisk typning viktig vid allvarliga infektioner

GAS typas traditionellt med T- eller M-serotypning. Den senare är numera vanligen ersatt av sekvensbaserad emm-typning, och fler än 150 emm-typer är i dag identifierade. Framför allt är M/emm 1, 3 och 6 vanliga bland allvarliga invasiva infektioner som orsakar nekrotiserande fasciit och STSS [15]. Både T- och M-proteinet finns på cellytan och förekommer i vissa givna kombinationer där flera M/emm-typer kan återfinnas inom samma T-typ. T-typ 1 är dock så gott som alltid även M/emm 1 [14, 16].

Också inom Sverige har olika GAS-typer varierat över tid. I slutet av 1980-talet, under pågående utbrott av allvarliga infektioner, var 80 procent av fallen M1-/T1-typ [17]. Åren 1996–1997 dominerade i stället emm28/T28 (29 procent) och under 2002–2004 utgjorde emm89 och emm81 de mest frekventa serotyperna [18, 19]. Under början av 2007 såg vi återigen en ökning av allvarliga GAS-infektioner i landet, och 45 procent av de invasiva stammarna under årets sju första månader var T1. År 2009 gjordes en ny nationell insamling av invasiva GAS-isolat, återigen var T1 vanligast (27 procent) följt av T28 (21 procent) [13].

Alla serotyper kan ge upphov till allvarliga invasiva GAS-infektioner. Omvänt gäller att även stammar av serotyper som anses ha högre virulens, t ex emm1/M1/T1, oftast endast orsa-



Figur 2. Årstidsvariation för antalet anmälda fall av invasiva grupp A-streptokocker 2007–2012.

kar asymtomatiskt bärarskap. Värdfaktorer har således stor betydelse.

Rutiner för anmälan och typning kan förbättras

Typning av GAS görs av epidemiologiska skäl. För handläggning av den individuella patienten saknar typningen betydelse. Men övervakning av invasiva GAS-infektioner kombinerad med typning kan ge en tydligare bild av vilka GAS-stammar som är mest frekventa och om en ökning av antalet fall domineras av en viss stam. I kombination med kliniska rapporter kan det ge indikationer om en viss stam är kopplad till ökad morbiditet eller mortalitet. Detta ger i sin tur underlag för bättre information till vården.

År 2004 blev invasiva GAS-infektioner och andra allvarliga GAS-infektioner anmälningspliktiga, och 2006 fastställdes falldefinitionen för rapportering av Socialstyrelsen (Fakta 2). Invasiva isolat ska anmälas från både laboratoriet och kliniken. Anmälan görs i anmälningssystemet SmiNet.

En brist i övervakningen, som är mer påtaglig för GAS än för andra sjukdomar, är att många fall anmäls bara av de mikrobiologiska laboratorierna, baserat på fynd av GAS i material från »normalt steril lokal«. Klinisk anmälan fanns bara för 66 procent av de laboratorieanmälda fallen 2012. Många kliniskt verksamma läkare kan vara omedvetna om anmälningsplikten för invasiv GAS-infektion och att även fall av STSS och nekrotiserande fasciit med fynd av GAS i material från icke-steril lokal ska anmälas som troligt fall av invasiv GAS-infektion, enligt Socialstyrelsens falldefinition.

I de kliniska anmälningarna saknas också ofta information om allvarliga symtom, som streptokocktoxiskt chocksyndrom eller nekrotiserande fasciit. Detta kan anges på anmälningsblanketten som en kommentar i en fritextruta, men sådan kommentar saknas vanligen. En förbättrad anmälningsblankett med fält för information om allvarlig klinisk bild har nu tagits fram vid Smittskyddsinstitutet. Detta kombinerat med utökad typning av invasiva isolat kan göra det lättare att identifiera utbrott av svår sjukdom och spridning av aggressiva stammar.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning
Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Handläggning av faryngotonsillit i öppenvård – ny rekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2012;(6)23:18-25.
2. Lappin E, Ferguson AJ. Gram-positive toxic shock syndromes. Lancet Infect Dis. 2009;9:281-90.
3. The Working Group on Severe Streptococcal Infections. Defining the group A streptococcal toxic shock syndrome. Rationale and consensus definition. JAMA. 1993;269:390-1.
4. Stevens DL. Streptococcal toxic shock syndrome: spectrum of diseases, pathogenesis, and new concept in treatment. Emerg Infect Dis. 1995;1(3):69-78.
5. Svensson N, Henriques B, Holm S, et al. Invasive group A streptococcal infections in Sweden in 1994 and 1995: epidemiology and clinical spectrum. Scand J Infect Dis. 2000;32:609-14.
6. Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, et al. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. Clin Infect Dis. 1996;23:1091-8.
7. Stevens DL, Gibbons AE, Bergstrom R, et al. The Eagle effect revisited: efficacy of clindamycin, erythromycin, and penicillin in the treatment of streptococcal myositis. J Infect Dis. 1988; 158:23-8.
8. Darenberg J, Ihendyane N, Sjölin J, et al. Intravenous immunoglobulin G therapy in streptococcal toxic shock syndrome: a European randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Infect Dis. 2003;37:333-40.
9. Norrby-Teglund A, Muller M, McGeer A, et al. Successful management of severe group A streptococcal soft tissue infections using an aggressive medical regimen including intravenous polyspecific immunoglobulin together with a conservative surgical approach. Scand J Infect Dis. 2005;37:166-72.
10. Behandlingsrekommendation. Behandling av svår sepsis och septisk chock. Information från Läkemedelsverket. 2004;(1)15:7-18.
11. Smith A, Lamagni TL, Oliver I, et al. Invasive group A streptococcal disease: should close contacts routinely receive antibiotic prophylaxis? Lancet Infect Dis. 2005;5(8):494-500.
12. Increased incidence of invasive group A streptococcal infections in Sweden, January 2012–February 2013. Eurosurveillance. 2013;14 (18). http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20443
13. Smittskyddsinstitutet. Statistik för betahemolytiska grupp A-streptokocker (GAS) – invasiv [citerat 11 dec 2012]. http://smi.se/statistik/betahemolyserande-streptokocker-grupp-a-gas/?t=com#statistics-nav
14. Luca-Harari B, Darenberg J, S Neal S, et al. Clinical and microbiological characteristics of severe Streptococcus pyogenes disease in Europe. J Clin Microbiol. 2009;47(4):1155-65.
15. Lamagni T, Darenberg J, Luca-Harari B, et al. Epidemiology of severe Streptococcus pyogenes disease in Europe. J Clin Microbiol. 2008; 46(7):2359-67.
16. Johnson DR, Kaplan EL, Van Gheem A, et al. Characterization of group A streptococci (Streptococcus pyogenes): correlation of M-protein and emm-gene type with T-protein agglutination pattern and serum opacity factor. J Med Microbiol. 2006;55:157-64.
17. Strömberg A, Romanus V, Burman LG. Outbreak of group A streptococcal bacteremia in Sweden: an epidemiological and clinical study. J Infect Dis. 1991;164(3):595-8.
18. Eriksson BK, Norgren M, McGregor K, et al. Group A streptococcal infections in Sweden: a comparative study of invasive and noninvasive infections and analysis of dominant T28 emm28 isolates. Clin Infect Dis. 2003;37(9):1189-93.
19. Darenberg J, Luca-Harari B, Jasir A, et al. Molecular and clinical characteristics of invasive group A streptococcal infection in Sweden. Clin Infect Dis. 2007;45(4):450-8.
20. Socialstyrelsen. Falldefinitioner – vid anmälan enligt smittskyddslagen [citerat maj 2012]. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18700/2012-5-11.pdf

Interaktiv workshop

Patient Empowerment:
Towards Improved Adherence

Hjälp dina patienter att följa ordinationer, vare sig det gäller läkemedel, livsstil eller träning!

Välkommen på interaktiv workshop, lunch till lunch, i Jönköping 21 – 22 augusti, 2013.

Det är vanligt att våra patienter inte lyckas följa de ordinationer de fått – varför? Vad kan man göra för att öka följsamheten till rekommenderad behandling? Professor Usha Satish, PhD, och professor Mantosh Dewan, MD, amerikanska gästprofessorer vid Jönköping Academy, beskriver hur man kan öka patienters möjligheter att följa ordinationer utifrån sin forskning inom kognitiv simulering av beslutsfattande.

Läs mer och anmäl Dig idag på: **www.jonkopingacademy.se**

THE JÖNKÖPING ACADEMY
FOR IMPROVEMENT OF HEALTH AND WELFARE

Landstinget i Jönköpings län
www.lj.se/futurum

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CCP4

ST-läkare vill se praktisk nytta av FoU-kurser

Intervjustudie visar på viljan att lära vetenskapligt kritiskt tänkande

ANDERS HANSSON, PhD, distriktsläkare, studierektor, Primärvårdens FoUU-enhet i Fyrbodal
anders.hansson@vgregion.se

BERTIL MARKLUND, distriktsläkare, professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet

Enligt delmål 19 i Socialstyrelsens målbeskrivning för blivande specialister ska ST-läkaren tillägna sig ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt [1]. Målet ska uppnås genom kurs, interprofessionell reflexion i grupp och teoretiska studier. Kunskaperna ska redovisas i ett skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer. Uppföljning ska ske genom intyg om godkänt skriftligt individuellt arbete, utfärdat av aktuell handledare, och intyg om godkänd kurs. Denna del av målbeskrivningen är tvingande och gemensam för alla specialiteter.

Till målbeskrivningen kommer specialistföreningarnas anvisningar, som är mer specificerade och av bör-karaktär. I t ex allmänmedicin bör det vetenskapliga arbetet omfatta minst 10 veckors heltidsarbete och ha allmänmedicinsk relevans.

Sedan 2010 ger Enheten för allmänmedicin vid Göteborgs universitet en forskningsmetodikkurs (MFM310) motsvarande 7,5 högskolepoäng (halvt basblock på doktorandnivå), som ska täcka det obligatoriska FoU-momentet i specialistutbildningen i Borås, Göteborg och Vänersborg. Kursen är öppen för alla personalkategorier med behörighet, och deltagande ST-läkare har i Fyrbodal rekryterats från alla specialiteter. Förutom obligatorisk närvaro under 10 kursdagar (en dag varannan vecka) krävs att man löser en hemuppgift i litteraturgranskning, skriver en projektplan, gör en Powerpoint-presentation och en muntlig presentation och klarar ett skriftligt prov. Kursen innehåller följande moment: forskningsmetodik, litteratursökning, kvantitativa metoder och statistik, kvalitativa metoder, etik och presentationsteknik.

Tidigare utvärderingar

Trots att kursen har fått bra omdömen från deltagarna, har det framförts kritik mot målsättning och utformning. Många anser att kursens ambitionsnivå varit för hög – de flesta ST-läkare är inte primärt intresserade av forskning och tänker inte bli forskare. Kunskaperna anses inte relevanta för deras vardag.

Kursen har saknat utbildning i evidensbaserad medicin, och många har efterlyst mer utbildning i att kritiskt granska vetenskapliga artiklar och behandlingsmetoder. Kursen har byggt för mycket på katedrala föreläsningar och för lite på deltagarnas egna aktiviteter i grupparbete. Projektplanen har varit svår att skriva för dem som inte redan är engagerade i något projekt på den egna kliniken. Det har varit svårt att hitta ämnen, tiden för att genomföra ett projekt med vetenskapliga förtecken har varit för kort, och det har saknats bl a kompetent handledning.

SYFTE

Mot bakgrund av kritiken ansågs det relevant att direkt fråga ST-läkarna: Hur vill du att en obligatorisk forskningsmetodikkurs är utformad för att väcka intresse för forskning och forskningsfrågor? Vad tror du menas med att du ska tillägna dig »ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt«? Vad bör du som ST-läkare ha med dig av kunskaper och metoder efter att ha deltagit i en kurs i forskningsmetodik, och vilka kunskaper har du användning för i din vardagspraktik?

METOD

Under en ledarskapskurs i Ed i Dalsland intervjuades tio ST-läkare i två fokusgrupper. ST-läkarna var anställda i NU-sjukvården och primärvården i Fyrbodal (norra Västra Götalandsregionen) och representerade specialiteterna allmänmedicin, gynekologi, neurologi, psykiatri, kardiologi, infektion, ortopedi och internmedicin. Intervjuerna (som vardera tog ca 1 timme i anspråk) bandades och skrevs ut ordagrant.

RESULTAT

Hur definierade ST-läkarna forskning och ett »vetenskapligt förhållningssätt«? Forskning är att söka kunskap om en fråga som man vill besvara. Man har oftast ett syfte eller ett mål som man vill uppnå. Forska gör man för att förbättra och effektivisera sin verksamhet inför framtiden.

Ett vetenskapligt förhållningssätt är att ifrågasätta det man gör och att basera sin verksamhet på vetenskapliga studier, dvs att kritiskt granska forskningsresultat och medicinska artiklar. Det innebär även förståelse för att det finns många olika perspektiv och att det inte är bara en sanning som gäller.

Vilka förkunskaper om FoU hade ST-läkarna? Förkunskaperna var högst varierande, alltifrån någon statistikvecka till ett 10-veckors projektarbete under termin 10. Särskilt ST-läkare med utländsk examen hade mycket liten erfarenhet av forsknings- och utvecklingsarbete. Trots att man i dag kanske får en avancerad FoU-utbildning under grundutbildningen, är det mycket mer givande när man kan koppla kunskaperna till den specialitet man valt.

Vilka forskningskunskaper ansåg ST-läkarna att man bör ha med sig som doktor? Tre skäl till att en doktor bör ha ett vetenskapligt förhållningssätt kunde urskiljas i intervjuerna:

1. Som doktor behöver man grundkunskaper om vetenskapliga metoder för att kritiskt kunna granska och bedöma t ex en vetenskaplig artikel. Man måste kunna se vad som är relevant i en studie och om den är av god eller dålig kvalitet.

SAMMANFATTAT

Enligt Socialstyrelsens målbeskrivning för läkarnas specialistutbildning ska ST-läkaren tillägna sig ett vetenskapligt förhållningssätt.
Det är oklart vad målet innebär och hur det ska tolkas, vilket speglas i de olika specialistföreningarnas olika anvisningar och kursernas olika utformning.
De traditionella FoU-kurser som erbjuds har inte alltid motsvarat ST-läkarnas förväntningar.
Två fokusgruppsintervjuer med ST-läkare från olika specialiteter visar att ST-läkare anser att det är viktigt att tillägna sig ett vetenskapligt kritiskt tänkande för att kunna granska sina egna behandlingsmetoder och bemöta patienternas frågor.

»Förhoppningsvis blir några av deltagarna också så entusiastiska att de väljer att gå vidare som forskare.«

Speciellt viktigt är det att kunna bedöma det som läkemedelsindustrin presenterar vid sina dragningar.

2. Det är viktigt, inte minst i primärvården, att kunna diskutera nya medicinska rön (som t ex beskrivs i någon kvällstidning) och risker och chanser för olika behandlingsalternativ med sina patienter. Man måste kunna hitta ny information på nätet för att kunna bemöta och svara på patienternas frågor.
3. För att inte fastna i gamla rutiner behöver man söka och kunna använda ny kunskap, som kan vara till nytta i det kliniska arbetet. Eftersom vi läkare har så stora möjligheter att bestämma i vårt arbete, måste vi ha evidens för det vi gör och inte handla utifrån löst tyckande och känsla. Om vi går utanför ramarna måste vi kunna motivera varför vi gör det, annars riskerar vi att förlora respekt i samhället och beskyllas för att vara »ovetenskapliga«. Om doktorer säger olika saker, finns det fog för patienterna att påstå att man till slut inte kan lita på någon. I dag är det för mycket fria tyglar, och olika sjukhus behandlar samma tillstånd på olika sätt. Utan ett vetenskapligt förhållningssätt riskerar sjukvården att förvandlas till ett område där var och en gör som de känner eller tycker och där det finns för lite intern granskning: ett »High Chaparral«, som en av informanterna uttryckte det.

Hur väcks intresset för forskning enligt ST-läkarna? Det är viktigt att man kan relatera till den kunskap som lärs ut och att den kan vara till nytta i någon situation man kan möta i sitt arbete. Motivationen ökar om kunskaperna går att relatera till den egna specialiteten. Det måste finnas tillräckligt med tid avsatt. Speciellt i början behöver man en bra och engagerad handledare, som kan ge tydlig och instruktiv handledning. Handledarna kan spinna vidare på det man lär sig under föreläsningarna så att det kopplas till ens egen praktik. Det är bra om det finns pågående projekt eller färdiga förslag som man kan haka på, särskilt om man inte själv kan komma på några idéer. Det är en fördel om kursen är uppdelad i perioder om 2–3 dagar så att man hinner komma in i ämnet ordentligt vid varje tillfälle. Över huvud taget betonade ST-läkarna friheten att kunna utforma kursen och inriktningen efter egna intressen och förmågor.

Varför tappar man intresset och motivationen för FoU? Det primära intresset för flertalet ST-läkare var att bilda familj och att hitta sin yrkesroll som specialist. Statistikundervisningen kan te sig skrämmande, särskilt när man har dåliga förkunskaper. Om undervisningen är för avancerad med mycket teori, för få praktiska moment och för svag relation till det man gör, tappar man lätt intresset. En annan orsak kan vara bristande handledning. Det finns många doktorer på landsortssjukhusen som är inspirerande och engagerande förebilder, men de håller tyvärr sällan på med forskning.

DISKUSSION

Många av våra diskussioner kring undervisningen på de tidigare FoU-kurserna har handlat om undervisningsmetoder och om bra eller mindre bra föreläsningar, ofta utifrån studenternas utvärderingar. Ramsden rekommenderar i »Learning to teach in higher education« (som i dag är kursbok i högskolepedagogikkursen på Sahlgrenska akademin i Göteborg) att man i stället fokuserar på innehållet i undervisningen [2]. I första hand bör man alltså diskutera och bestämma målsättning med en kurs och vad en färdig specialist ska behärska. Först därefter kan det bli aktuellt att bestämma metoderna för hur målen ska förmedlas och uppnås samt hur utbildningsmetoderna och studenternas kunskaper ska utvärderas.

Traditionell medicinarutbildning bygger på kunskapsöverföring från en part till en annan. Många studenter är fortfarande efter utbildningen ovana vid det som Ramsden kallar »djuplärande« och att tänka självständigt. Man är skolad i ett biomedicinskt och naturvetenskapligt förhållningssätt, där otvetydiga och »rätta« svar och förklaringsmodeller på problemen [3] är vanligt förekommande.

En kurs i vetenskapligt förhållningssätt bör förslagsvis vara utformad så att den möter studenterna på den kunskaps- och färdighetsnivå där de befinner sig (och inte utifrån en konstruerad förväntan på deras kompetens). Man kan sällan med t ex tvång, ökade krav, förmaningar och pekpinnar »ändra« ST-läkarnas inställning. Men genom att förändra kursens målsättning, innehåll, utformning och formerna för utvärdering kan man försöka förändra studenternas uppfattning och inställning till forskning och till vad ett vetenskapligt förhållningssätt kan innebära i praktiken.

En annan målsättning bör vara att studenterna ska lära sig ett förhållningssätt och en metod som de kan använda i sin praktiska vardag – en metod för att kritiskt kunna granska sin yrkespraktik. Genom att introducera problembaserat lärande (vilket har visat sig vara den överlägset bästa metoden för utbildning i evidensbaserad medicin) [4] och egenstyrt arbete i smågrupper, kan man bidra till att ge ST-läkarna en metod för kontinuerlig professionell utveckling i kollegiala grupper, vilket också framhålls i flera av delmålen i målbeskrivningen.

Ramsdens rekommendationer stämmer väl med vad som framkom i våra intervjuer. Informanterna betonade vikten av kunskaper och färdigheter i forskningsmetodik som går att tillämpa i vardagen – för att granska sin egen praktik och bemöta patienternas frågor. Samtidigt önskar de sig en kurs som tar hänsyn till varierande förkunskaper och väcker intresse för fortsatt forskning genom kunniga och engagerade handledare.

Målsättningen med en kurs i vetenskapligt förhållningssätt bör vara att skapa goda och kritiska konsumenter av vetenskaplig litteratur och medicinskt vetenskapliga rön. Studenterna bör efter kursen kunna formulera en forskningsfråga, fördjupa sig i den medicinska litteraturen och dra slutsatser som är giltiga för den egna praktiken. Kursen bör kunna väcka studenternas engagemang och nyfikenhet på forskning och utvecklingsarbete. Förhoppningsvis blir några av deltagarna också så entusiastiska att de väljer att gå vidare som forskare.

I ett försök att tillgodose ST-läkarnas förväntningar startades 2012 i Fyrbodal en kurs i vetenskapligt förhållningssätt, med en liknande kurs i forskningsträning vid Köpenhamns universitet som förebild ‹http://almenpraksis.ku.dk/forskningstraening›.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Kommentar sidan 1090.

Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Föreskrifter och allmänna råd. Målbeskrivningar 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8763/2008-126-2_20081263.pdf
2. Ramsden P. Learning to teach in higher education. London: Routledge Farmer; 2003.
3. Kneebone R. Total internal reflection: an essay on paradigms. Med Educ. 2002;36:514-8.
4. Greenhalgh T. Att använda smågrupper i vidare- och fortbildning. In: Elwyn G, Greenhalgh T, Macfarlane F, eds. Grupper: Att leda små grupper inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 215-25.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CCT4

Många hjärtinfarktpatienter har också diabetes

Strukturerat samarbete kardiologer–diabetologer gav sänkta HbA_{1c}-värden

MARGRÉT LEÓSDÓTTIR, med dr, specialistläkare, kranskärlskliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Margret.Leosdottir@skane.se
HELENA GRUFMAN, överläkare, kardiologen, Lasarettet i Ystad
ANDERS FRID, med dr, överläkare
KERSTIN BERNTORP, docent, överläkare; de båda sistnämnda endokrinologiska kliniken
PATRIK TYDÉN, med dr, överläkare, kranskärlskliniken; de tre sistnämnda Skånes universitetssjukhus, Malmö

Diabetes mellitus och prediabetes (nedsatt glukostolerans och förhöjt fasteglukosvärde) är väletablerade riskfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom [1, 2]. Incidensen för glukosmetabola rubbningar ökar i västvärlden, och likaså blir andelen patienter med ischemisk hjärtsjukdom som samtidigt har diabetes allt större [3, 4]. Av de patienter som vårdas på Sveriges hjärtinfarktavdelningar (HIA) för akut hjärtinfarkt har 24 procent diagnostiserad diabetes, enligt Riks-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård) [5]. Förbättrat akut omhändertagande av hjärtinfarktpatienter och förbättrad sekundärprevention har det senaste årtiondet minskat mortaliteten i denna sjukdom. Prognosen för hjärtinfarktpatienter med diabetes är dock tyvärr fortfarande ofördelaktig, med en 50-procentig relativ riskökning för död inom 1 år [5].

En betydande andel av hjärtinfarktpatienterna har alltså rubbningar i glukosmetabolismen, men vårdas av kardiologer. Vi önskade förbättra omhändertagandet av dessa patienter och skapa en länk mellan kardiologi och diabetologi. Det första steget var att bilda en gemensam grupp, som hade ett första möte 2004 och fick namnet EndoKard. Denna grupp har därefter träffats två gånger årligen och har bl a initierat samarbete om gemensamma rutiner och behandlingsdokument.

Tidigt uppkom också önskemål om terapikonferenser, och 2006 startades behandlingskonferenser på kranskärlskliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. De patienter som tas upp för diskussion är patienter med

- känd typ 1- eller typ 2-diabetes med inadekvat glukoskontroll (HbA_{1c} >52 mmol/mol)
- nyupptäckt diabetes
- prediabetes eller misstänkt diabetes utan säkerställd diagnos.

Alla patienter som varit inlagda för akut koronart syndrom eller vårdats efter genomgången bypassoperation och som uppfyller ovannämnda kriterier sätts upp för diskussion på konferensen. En preventionsinriktad kardiolog, en diabetolog och en preventionssjuksköterska deltar i konferensen, som hålls cirka fyra gånger per termin. Glukosbelastning utförs inför konferensen om diagnosen är oklar, dvs om patienterna haft förhöjt glukosvärde fastande eller postprandialt eller gränsförhöjt HbA_{1c} under vårdtiden utan att diabetesdiagnos kunnat ställas. Lämplig diabetesbehandling och uppföljning diskuteras, och rekommendationer skickas till patienternas ordinarie läkare; alternativt fattas beslut om remiss till endokrinologiska kliniken för omhändertagande.

Om diagnosen diabetes ställs på konferensen sätts i de flesta fall medikamentell behandling in, och sjuksköterska diskuterar sedan föreslagen behandling med patienten. Antal diskuterade patienter per år har ökat stadigt sedan 2006, från 36 patienter det första året till i genomsnitt 130 patienter årligen.

> »... behandlingskonferensen har varit ett effektivt redskap ...«

I denna artikel presenteras en retrospektiv genomgång av samtliga patienter som diskuterats på behandlingskonferensen under 2008–2009. Syftet med genomgången var att utvärdera patientflödet, behandlingsbeslut och förändringar i HbA_{1c}-värde efter diskussion på konferensen.

METOD

Uppgifter om samtliga patienter diskuterade på behandlingskonferensen 2008 och 2009 hämtades från medicinska journaler och Skånes centrala laboratoriedatabas. Variabler som registrerades var ålder, kön, diagnoser, antal utförda glukosbelastningar och resultatet av dem, beslut på konferensen avseende behandling och uppföljning samt HbA_{1c}-värde i anslutning till konferensen och ca 1 år senare. HbA_{1c} mäts hos alla patienter som vårdas för ischemisk hjärtsjukdom på kliniken. Eftersom inte alla patienter som diskuterats på konferensen är kvar som patienter på vår mottagning 1 år senare, letade vi fram HbA_{1c}-prov analyserade på Klinisk kemi vid Skånes universitetssjukhus i Malmö (som också sköter provtagning för primärvården) ungefär 1 år efter diskussion på konferensen. Det värde som låg närmast i tid 1 år efter konferensen användes.

HbA_{1c} mättes enligt svensk Mono-S-standard (procent) [6] men omräknades i efterhand till IFCC-enheter (mmol/mol) [7]. Glukosbelastning utfördes enligt WHO:s riktlinjer (kapillär provtagning av plasmaglukos före och 2 timmar efter intag av 75 g glukos) [8]. Plasmaglukos bestämdes med HemoCue.

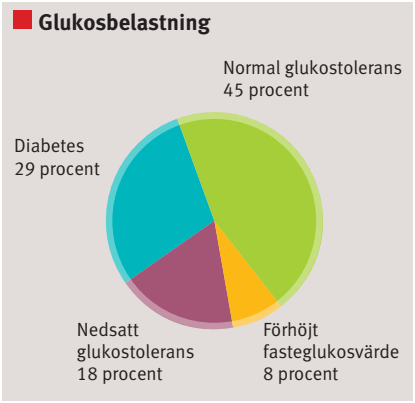
I en kompletterande analys beräknades medelvärden av HbA_{1c} tagna i samband med inläggning respektive 1 år senare för alla patienter ≤75 år med känd diabetes inlagda för hjärtinfarkt på HIA vid Skånes universitetssjukhus i Malmö respektive Lund 2008–2009. Data hämtades från SEPHIA, det nationella kvalitetsregistret för sekundärprevention efter hjärtinfarkt, och från patienternas journaler och den centrala laboratoriedatabasen.

SAMMANFATTAT

För att förbättra omhändertagandet av hjärtinfarktpatienter med glukosmetabola rubbningar startades 2006 i Malmö behandlingskonferenser med kardiolog, diabetolog och preventionssjuksköterska.
I en retrospektiv genomgång av patientmaterialet 2008–2009 (n = 224) observerades en sänkning av HbA_{1c} taget i samband med konferensen jämfört med 1 år senare hos patienter med känd diabetes men inadekvat glukoskontroll (65 ± 14 vs 59 ± 13 mmol/mol; P < 0,0001) och hos patienter med nyupptäckt diabetes (50 ± 17 vs 45 ± 7 mmol/mol; P = 0,03).
Enligt vår uppfattning har konferensen gett oss ökad beredskap att upptäcka glukosmetabola rubbningar, vilket resulterat i fler aktiva förändringar av diabetesbehandlingen och ett mer enhetligt omhändertagande.

TABELL I. Baslinjedata för de 224 patienter som diskuterades på behandlingskonferenser år 2008–2009.

Variabel	
Män/kvinnor, procent (antal)	72/28 (161/63)
Medianålder, år (spridning)	62 (36–83)
Indikation för diskussion:	
Känd diabetes med inadekvat glukoskontroll, procent (antal)	42 (94)
Nyupptäckt diabetes under vårdtiden, procent (antal)	15 (34)
Misstänkt men ej bekräftad diabetes, procent (antal)	43 (96)
Ischemisk hjärtsjukdom, procent (antal)	95 (213)



Figur 1. Resultat av glukosbelastningar (n=96) utförda på patienter inför diskussion på behandlingskonferens år 2008–2009.

Data presenteras som median- och medelvärden, spridning och procent. Jämförelse mellan HbA_{1c}-värde i anslutning till konferensen och 1 år senare gjordes med parat t-test. Ett P-värde <0,05 tolkades som signifikant. Beräkningar gjordes i SPSS 19.0 (SPSS Inc, IL, USA). Patientsamtycke och godkännande från etikprövningsnämnd har inte inhämtats, eftersom arbetet är ett retrospektivt kvalitetsprojekt vid den egna arbetsplatsen.

RESULTAT

Under 2008–2009 diskuterades totalt 224 patientärenden på behandlingskonferenser. Sex patienter diskuterades två gånger (av olika anledningar: t ex återinlagda för ny ischemisk händelse, fortsatt inadekvat glukoskontroll). Tabell I sammanfattar baslinjedata för de 224 patientärendena.

Av totalt 96 glukosbelastade patienter kunde 43 fall klassificeras som diabetes och 45 fall som prediabetes. Glukosbelastningen genomfördes i genomsnitt 10 (0–31) veckor efter sjukhusvistelsen. Den procentuella fördelningen av glukostoleransstatus visas i Figur 1. Det bör påpekas att fördelningen inte återspeglar den absoluta förekomsten av glukosrubbningar bland ischemipatienterna, eftersom endast de med misstanke om störd glukosomsättning genomgick glukosbelastning.

Tabell II visar de behandlingsåtgärder och beslut om uppföljning som fattades av konferensen. Den avser enbart behandling av diabetes (tablettbehandling och insulin). Ändringar i övrig riskfaktorbehandling redovisas inte här. Samtliga patienter ≤75 år som vårdats för akut koronart syndrom eller efter genomgången bypassoperation erbjuds dock uppföljning på kranskärlsmottagningen, vår sekundärpreventiva mottagning, där livsstil diskuteras och medicinsk behandling ges för övriga riskfaktorer. Med nyinsatt eller ändrad diabetesbehandling avses även sådan behandling som gjordes under den tid då patienten var inlagd på kranskärlsklinikens vårdavdelning, dvs innan patienten sattes upp för vidare diskussion på behandlingskonferensen.

Inte hos någon av patienterna med förhöjt fasteglukos sattes behandling in, men hos ungefär en tredjedel av patienterna med nedsatt glukostolerans (10 av 28) sattes behandling med metformin in. För majoriteten av individer med prediabetes skickades dock remiss till vårdcentral, där glukosrubbningen uppmärksammades och regelbundna kontroller av glukosomsättningen samt adekvata livsstilsåtgärder för att förebygga utveckling av diabetes rekommenderades. Hos patienter med nyupptäckt diabetes vidtogs i 99 procent av fallen någon behandlingsåtgärd. Hos dem som hade känd diabetes med inadekvat glukoskontroll vidtogs ingen behandlingsåtgärd i 34 procent av fallen; samtliga dessa patienter följdes dock redan antingen på endokrinologiska kliniken eller på vårdcentral, som i dessa fall uppmärksammades på inadekvata HbA_{1c}-värden via journalkopior.

Ett första HbA_{1c}-värde fanns hos samtliga patienter, medan ett senare värde fattades hos 11 patienter. Ytterligare 9 patienter exkluderades, eftersom det senare värdet togs <4 månader efter diskussionen på konferensen. Det senare HbA_{1c}-värdet mättes i genomsnitt 11 (±4) månader efter konferensen. Medel-HbA_{1c} före diskussion på behandlingskonferensen var 55 ± 16 mmol/mol jämfört med 51 ± 12 mmol/mol 1 år senare (P < 0,0001). Figur 2 visar förändring i HbA_{1c}-värdet. HbA_{1c}-värdet sjönk signifikant hos dem med känd diabetes (n = 91) (65 ± 14 vs 59 ± 13 mmol/mol; P < 0,0001) och nyupptäckt diabetes (n = 65) (50 ± 17 vs 45 ± 7 mmol/mol; P = 0,03). Ingen signifikant sänkning sågs hos patienter med prediabetes (n = 41) (45 ± 6 vs 44 ± 3 mmol/mol; P = 0,09) eller patienter utan glukosrubbning (n = 7) (42 ± 5 vs 41 ± 5 mmol/mol; P = 0,2).

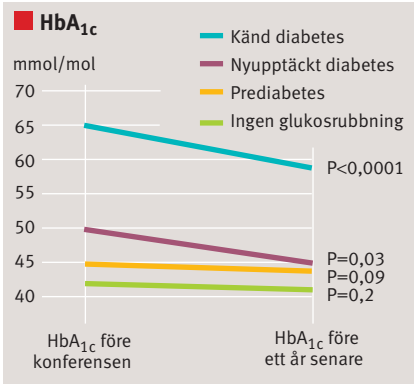
Medel-HbA_{1c} för patienter ≤75 år med känd diabetes inlagda för hjärtinfarkt på HIA i Malmö och som registrerats i SEPHIA 2008–2009 (n = 122) var 60 ± 18 mmol/mol, medan det var 56 ± 16 mmol/mol 1 år senare (P = 0,01). Motsvarande siffror för samma patientgrupp på HIA vid Skånes universitetssjukhus i Lund (n = 48) var 57 ± 15 mmol/mol respektive 55 ± 13 mmol/mol (P = 0,4).

DISKUSSION

Under de två år som granskats i denna genomgång observera-

TABELL II. Behandlingsåtgärder och beslut om uppföljning tagna av behandlingskonferenser år 2008–2009. Procent (antal).

	Normal glukostolerans	Prediabetes	Nyupptäckt diabetes	Känd diabetes
Behandlingsåtgärd				
Nyinsatt behandling	0 (0)	21 (10)	88 (64)	12 (11)
Ändrad behandling	0 (0)	0 (0)	3 (2)	28 (26)
Rekommenderad behandling/ändring	0 (0)	0 (0)	8 (6)	26 (25)
Ingen åtgärd	100 (9)	79 (37)	1 (1)	34 (32)
Uppföljning				
Remiss till vårdcentral	89 (8)	77 (36)	93 (68)	68 (63)
Remiss till endokrinologiska kliniken	0 (0)	4 (2)	0 (0)	17 (16)
Annan/ingen uppföljning	11 (1)	19 (9)	7 (5)	15 (14)



Figur 2. Förändring i HbA_{1c} från tidpunkt för diskussion på behandlingskonferens till ny mätning 1 år senare, uppdelat på diagnoser.

des en signifikant sänkning av HbA_{1c}-värdet taget i samband med behandlingskonferensen vid ny mätning 1 år senare. Den erhållna sänkningen av HbA_{1c} är på samma nivå som observerats i kliniska prövningar av nya antidiabetiska läkemedel [9]. HbA_{1c} sjönk signifikant såväl hos dem med känd diabetes som hos dem med nyupptäckt diabetes. I majoriteten av fallen vidtogs en aktiv behandlingsåtgärd, antingen i form av nyinsättning av mediciner, medicinjusteringar eller rekommendationer till primärvården om förändrad behandling.

Eftersom denna studie är en retrospektiv genomgång av en etablerad arbetsrutin där jämförelsegrupp saknas, kan man inte dra någon slutsats om huruvida förbättringen i HbA_{1c} beror på behandlingskonferensen eller någon annan faktor. Som ett sätt att få en jämförelse tittade vi dock på medel-HbA_{1c} hos patienter med känd diabetes som vårdades 2008–2009 för hjärtinfarkt på de två sjukhus som i dag tillhör Skånes universitetssjukhus (i Malmö respektive Lund). Den kompletterande analysen visade att HbA_{1c}-värdet sjönk signifikant i patientgruppen som vårdades i Malmö, medan sänkningen som sågs hos patienter i Lund var mindre och icke-signifikant.

Sedan behandlingskonferensen infördes har dessutom remisser från kranskärlskliniken till endokrinologiska kliniken årligen halverats. Samtidigt har Skånes universitetssjukhus i Malmö fortsatt att ligga väl över de senaste årens riksgenomsnitt på 70 procent av patienter med diabetes som uppnår HbA_{1c} <52 mmol/mol vid 1-årsuppföljning, enligt SEPHIA [5]. Skånes universitetssjukhus i Malmö har varit bland de fem högst noterade sjukhusen avseende uppnått HbA_{1c}-mål och andel patienter med insulin eller perorala antidiabetika vid såväl första som andra registeruppföljningen (6–10 veckor respektive 1 år). Mellan 2006 och 2010 ökade andelen patienter som behandlas med perorala antidiabetika vid 1-årsuppföljningen i Malmö från 16 procent till 29 procent, medan riksgenomsnittet varit oförändrat på 12–13 procent. Likaså har andelen behandlade patienter ökat med 5–6 procent mellan första och andra uppföljningen i Malmö de senaste åren, medan motsvarande procentsats för riket varit 1–2 procent.

Observationsstudier har konsekvent visat en korrelation mellan högre HbA_{1c}-värden och ökad risk för nya ischemiska händelser och hjärtsvikt hos patienter med diabetes och ischemisk hjärtsjukdom [10-12]. Även om viss osäkerhet däremot råder om nyttan av intensiv antihyperglykemisk behandling [13-15], har Europeiska kardiologföreningen i sina riktlinjer rekommenderat behandling till HbA_{1c}-värden så nära normalt som möjligt för att minska risken för makrovaskulära komplikationer och död [16]. Nyttan av att upptäcka och behandla tidigare okänd diabetes och i tidigt skede sätta in preventiv läkemedels- och livsstilsbehandling hos patienter med prediabetes är mindre kontroversiell [17-19].

Det är vår uppfattning, med stöd av data som presenteras i denna artikel, att behandlingskonferensen har varit ett effektivt redskap för just detta. Således har screening för tidigare okända glukosmetabola rubbningar bland våra ischemipatienter skärpts och flera ändringar i diabetesbehandlingen har gjorts; omhändertagandet har blivit mer enhetligt och strukturerat och med målvärden även för god glukoskontroll i fokus.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Samtliga författare har haft uppdrag (klinisk prövningar, föreläsningar eller konsultuppdrag) för olika företag verksamma inom kardiovaskulär medicin och diabetes.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se
KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and glucose tolerance as risk factors for cardiovascular disease: the Framingham study. Diabetes Care. 1979;2(2):120-6.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case–control study. Lancet. 2004;364 (9438):937-52.
3. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27(5):1047-53.
4. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al; EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010;17(5):530-40.
5. Jernberg T, Held C, Johansson P. Årsrapport Swedeheart 2010 [citerat 22 mar 2012]. www.swedeheart.se
6. Jeppsson JO, Jerntorp P, Sundkvist G, et al. Measurements of hemoglobin A_{1c} by a new liquid-chromatographic assay: methodology, clinical utility and relation to glucose tolerance evaluated. Clin Chem. 1986;32:1867-72.
7. Hoelzel W, Weykamp C, Jeppsson JO, et al. IFCC reference system for measurement of hemoglobin A1c in human blood and the national standardization schemes in the United States, Japan, and Sweden: a method-comparison study. Clin Chem. 2004;50(1):166-74.
8. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland: Department of Noncommunicable Disease Surveillance; 1999.
9. Raz I, Hanefeld M, Xu L, et al. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetologia. 2006;49(11):2564-71.
10. Camafort M, Alvarez-Rodriguez LR, Munoz-Torrero JF, et al. Glucose control and outcome in patients with stable diabetes and previous coronary, cerebrovascular or peripheral artery disease. Findings from the FRENA Registry. Diabet Med. 2011;28(1):73-80.
11. Held C, Gerstein HC, Yusuf S, et al. Glucose levels predict hospitalization for congestive heart failure in patients at high cardiovascular risk. Circulation. 2007;115(11): 1371-5.
12. van Melle JP, Bot M, de Jonge P, et al. Diabetes, glycemic control, and new-onset heart failure in patients with stable coronary artery disease: data from the heart and soul study. Diabetes Care. 2010;33(9): 2084-9.
13. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358(24):2560-72.
14. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358(24):2545-59.
15. Turnbull FM, Abraira C, Anderson RJ, et al. Intensive glucose control and macrovascular outcomes in type 2 diabetes. Diabetologia. 2009;52(11):2288-98.
16. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33(13):1635-701.
17. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet. 1998;352(9131):854-65.
18. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;358(6):580-91.
19. Eriksson KF, Lindgärde F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study. Diabetologia. 1991;34(12):891-8.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CCAH

Diabetes möjlig differential-diagnos vid blöjdermatit

GEORGIA MOISSIDIS, ST-läkare
georgia.moissidis@liv.se
MARIA FORSSBERG, överläkare
maria.forssberg@liv.se
CARL-AXEL HEDEROS, överläkare, med dr; samtliga vid Barn- och ungdomsmedicin, Centralsjukhuset, Karlstad

I en artikel i Läkartidningen 2011 påpekades att diabetesdebut är vanligt i förskoleåldern och att det finns risk för att symtomen initialt misstolkas [1]. Vi vill bidra till diskussionen genom att rapportera om en studie vi genomfört i Värmland utifrån ett patientfall. Hypotesen var att blöjdermatit är ovanligt och därmed kan vara ett symtom på odiagnostiserad diabetes. Målet med studien var därför att uppmärksamma vårdpersonal på att det kan finnas anledning att misstänka diabetes hos barn med blöjdermatit.

Diabetessjukdomen kännetecknas av nedsatt glukostolerans och relativ eller absolut insulinbrist. Cirka 98 procent av alla barn med diabetes i Sverige har typ 1-diabetes. Den vanligaste åldern för insjuknande är 11–14 år, men den största incidensökningen de senaste tio åren ses hos barn under 5 års ålder. Hos spädbarn och småbarn är sjukdomshistorien ofta kort (från några dagar till någon vecka), medan äldre barn kan ha haft symtom i 2–4 veckor [2].

Ju yngre barnet är vid diabetesdebuten desto mer dramatiska kan symtomen vara. Utan insulin i kroppen ökar frisättningen och nedbrytningen av fettsyror. Utan behandling, tillförsel av insulin, leder sjukdomen till dehydrering och metabol acidos med ketos (ketoacidos). I Sverige har ett av sex barn (17–18 procent) ketoacidos vid diabetesdebuten [3]. Trots modern behandling inträffar i Sverige fortfarande enstaka dödsfall pga diabetisk ketoacidos. I internationell litteratur anges mortaliteten till 0,15–0,30 procent vid diabetisk ketoacidos. Den främsta orsaken är akut hjärnödem [4].

Förekomsten av blöjdermatit har minskat. Blöjkonstruktionen och materialet som används vid blöjtillverkningen har ändrats. Moderna blöjor »andas« och har större kapacitet att ta emot vätska, och därmed torrare ytskikt. Detta har sannolikt, tillsammans med ökad kunskap hos föräldrarna om värdet av tätare blöjbyten, medfört den positiva incidensminskningen av blöjdermatit. En studie år 2001 visade en minskning av Candida-infektioner med 38–50 procent bland barn som fick använda den nya sortens torrare blöjor [5].

Då glukoshalten stiger i blodet och passerar njurtröskeln utsöndras glukos i urinen. Detta gynnar tillväxten av mikroorganismer och irritation uppstår i huden. En fallbeskrivning från 2008 kopplade blöjdermatit till diabetesdebut med ketoacidos [6]. Ett liknande fall i Värmland väckte vårt intresse för att studera sambandet mellan diabetesdebut och blöjdermatit (Fall 1).

FALL 1

Föräldrarna till en ettårig flicka, som tidigare varit frisk och utvecklats normalt, hade veckorna före ett akutbesök sett att flickan fått utslag/eksem på sina yttre genitalia.

Föräldrarna sökte först vård för flickan på vårdcentral och rekommenderades då antimykotisk salva, men eksemet förvärrades.

Föräldrarna kom med flickan till akutmottagningen på natten pga att hon fått feber utan förkylningssymtom. De hade också noterat en tilltagande trötthet hos flickan, och hon andades flämtande och hade kräkts vid två tillfällen. Det framkom även att hon haft polydipsi samt polyuri de senaste dagarna.

Flickans yttre genitalia uppvisade en vätskande dermatit och odling visade växt av C albicans. Blodprov visade ett högt B-glukosvärde, 28,7 mmol/l, och kapillärt syra–basstatus var pH 6,92. Fynden talade alltså för ketoacidos.

METOD

Alla journalanteckningar med ICD-koderna L22.9 (blöjdermatit) och E10.0–E10.9 (diabetes mellitus typ 1) i barnklinikens registrering gicks igenom, och journalanteckningar för de diabetespatienter som åren 2005–2010 uppfyllde kriteriet »debut av diabetes före 4 års ålder« studerades. En enkätundersökning skickades till föräldrarna till alla nydiagnostiserade diabetespatienter under 4 års ålder. Föräldrarna fick besvara frågor om blöjanvändande samt huruvida barnen haft eventuella irritationer i sina yttre genitalia strax innan diabetesdebuten. En kontrollgrupp »friska barn« i åldrarna 6 månader (det är mycket ovanligt att barn <6 månader insjuknar i diabetes) upp till 4 år valdes ut från en barnavårdscentral. Endast barn som använde blöja inkluderades. Under fyra veckor (två veckor i juni respektive september 2011) registrerades alla besök (oavsett orsak) av barn i de utvalda åldrarna och antalet barn med blöjdermatit noterades. Litteratursökning, med och utan kombination av orden »diabetes«, »blöjdermatit« och/eller »ketoacidos«, gjordes i Pubmed med MeSH-termer.

RESULTAT

Åren 2005–2010 fick 147 barn i åldrarna 0–18 år i Värmland diagnosen diabetes mellitus. 17 barn (12 procent) var yngre än 4 år när diagnosen ställdes. Alla 17 (sju pojkar och tio flickor) inkluderades i studien. Två av barnen hade ketoacidos vid diagnostillfället. I tre fall hade man i journalen noterat »irritation i underlivet«. Från ett av de tre barnen togs prov från utslagen, och odlingen visade växt av C albicans (Fall 1).

Enkätundersökningen besvarades av 13 av 17 familjer. Elva familjer uppgav att barnet använde blöja vid tiden för diabetesinsjuknandet. I sex familjer kunde man minnas en irritation/dermatit i underlivet på barnet några dagar till ett par veckor innan diagnosen ställdes.

För att få en uppfattning om förekomsten av blöjdermatit valdes »friska barn« från en barnavårdscentral ut som kontrollgrupp. Barnavårdscentralen har ett upptagningsområde på ca 750 barn. Totalt besökte 108 barn barnavårdscentralen under de två studieperioderna. Två barn hade en lindrig irritation i sina yttre genitalia. Föräldrarna rekommenderades att lufta barnet samt använda vätskeavvisande salva som behandling. Samma sorts sk högpresterande blöjor användes åren 2005–2010 (patientgruppens inklusionsår) som under kontrollgruppens undersökningsår 2011.

I den utförliga litteratursökningen återfanns inga studier el-

SAMMANFATTAT

Blöjdermatit är i dag ett ovanligt tillstånd.
Glukosuri gynnar tillväxten av mikroorganismer, särskilt vid en fuktig omgivning.
Denna studie gjord i Värmland utgår från journalanteckningar och en enkätundersökning som skickades till föräldrar till barn under 4 år med nydiagnostiserad diabetes typ 1.
Vid oklar irritation i underlivet hos barn finns anledninga att misstänka diabetesdebut.

ler översikter (förutom fallbeskrivningen från 2008 [6]) som beskriver eller bekräftar blöjdermatit som symtom vid diabetes.

DISKUSSION

Incidensen av diabetes mellitus typ 1 har stabiliserats de senaste åren, och trots en relativ ökning av debut hos förskolebarn är antalet fall litet [2]. Vi valde därför att göra en retrospektiv analys vid genomgången av journaler för små barn med nydiagnostiserad diabetes, trots de risker som finns med denna metodik i form av brister i journalernas innehåll och glömska. I vår studie av friska kontrollbarn fann vi att blöjdermatit är en ovanlig diagnos. Endast två barn av 108 (<2 procent) hade sådana besvär.

Det vetenskapliga underlaget vad gäller studier av blöjdermatit som debutsymtom vid diabetes hos små barn är begränsat, men på vår medelstora barnklinik i Värmlands län (ca 53 000 barn i upptagningsområdet) väcktes ändå tanken utifrån kliniska erfarenheter. Den undersökta populationen är liten, men i enkätsvaren angav 46 procent av föräldrarna till barn där diabetes debuterat före 4 års ålder att barnet haft irritation/dermatit i underlivet, jämfört med knappt två procent hos friska barn som besökte BVC. Föräldrarna kan också antas glömma lindrigare symtom när en allvarlig sjukdomsdiagnos ställts. Man kan därför misstänka att prevalensen hos barn med nydiagnostiserad diabetes riskerar att bli underrapporterad då man utgår från en enkätstudie som besvaras flera år efter insjuknandet. Även behandlande läkare/sköterska kan tänkas underrapportera symtom som irritation i underlivet i samband med det akuta omhändertagandet eftersom fokus då ligger på vitala parametrar som acidos och grad av dehydrering.

I vår studie har vi fokuserat på barn som använder blöja och försökt hitta ett samband mellan blöjdermatit och diabetes. Även barn som inte använder blöja kan självfallet ha irritationer i underlivet vid diabetesdebut, på samma sätt som äldre prepubertala barn kan uppvisa tecken på Candida-infektion. Innan behandling ges bör i sådana fall behandlande läkare/sköterska väcka misstanke om diabetes och/eller utesluta diagnosen, åtminstone genom ett urinprov.

I dag är det fortfarande omöjligt att förhindra typ 1-diabetes. Däremot kan vi med tidig upptäckt förhoppningsvis hindra att barnet utvecklar en livshotande ketoacidos. I Sverige är mortaliteten vid diagnostillfället för typ 1-diabetes låg jämfört med i många andra länder. Dock är det av stor vikt att ställa tidig diagnos för att kunna ha en viss kvarvarande endogen insulinproduktion som stöd under den första tidens insulinbehandling. Därmed kan man minska behovet av intensivvård initialt och inte minst göra den första tiden mindre traumatisk, såväl medicinskt som psykologiskt, för familjen.

»... eftersom blöjdermatit numera är ett sällsynt tillstånd hos friska barn bör vårdgivaren reagera när ett barn uppvisar irritation i underlivet.«

I litteraturen anges kortare sjukdomshistoria för diabetes hos små barn [2]. Genom att vara mer uppmärksamma på och medvetna om debutsymtom, även blöjdermatit, har vi större chans att fånga barnen tidigt i förloppet. Att utesluta diabetes med ett urinprov för glukos och ketoner (kompress eller liknande i blöjan kan användas) och/eller kapillärt glukosprov (behöver inte vara fastande) är viktigt, och bör ske skyndsamt med tanke på det snabba sjukdomsförloppet hos små barn. Om provet är positivt ska barnet remitteras till barnklinik samma dag. Vid terapiresistent dermatit i underlivet, där diabetes har uteslutits, bör andra orsaker som t ex bristande omvårdnad, dermatofytinfektion, zinkbrist, kongenital syfilis och Langerhans' cellhistiocytos uteslutas.

Vår slutsats är att eftersom blöjdermatit numera är ett sällsynt tillstånd hos friska barn bör vårdgivaren reagera när ett barn uppvisar irritation i underlivet. Misstanke om diabetesdebut bör väckas.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Jansson A, Elimam A, Forsberg L, et al. Barn och ungdomar med nydebuterad diabetes är akuta sjukhusfall. Läkartidningen. 2011; 46;2352-3.
2. Sture Sjöblad, redaktör. Barn- och ungdomsdiabetes. Lund: Studentlitteratur; 2008.
3. Nationella diabetesregistret. SWEDIABKIDS. https://ndr.nu/ndr2/
4. Dunger D, Sperling M, Acerini C, et al. ESPE/LWPES consensus statement on diabetic ketoacidosis in children and adolescents. Pediatrics. 2004;(2):e113-40.
5. Akin F, Spraker M, Aly R, et al. Effects of breathable disposable diapers: reduced prevalence of Candida and common diaper dermatitis. Pediatr Dermatol. 2001; 18(4):282-90.
6. Williams MD, Sallee D, Robinson M. Diabetic ketoacidosis in toddler with a diaper rash. Am J Emerg Med. 2008;26(7):834.e1-2.

Sommaradress?

Om du vill ta med Läkartidningen på semestern, anmäl då detta senast den 7 juni 2013.

Tel: 08-790 33 41

Fax: 08-20 21 50

E-post: pren@lakartidningen.se

Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CCDM

Systematisk klinisk bedömning av vikt vid läkemedelsgenomgångar

KATHARINA SCHMIDT-MENDE, forskar-ST allmänmedicin, specialist internmedicin
katharina.schmidt-mende@ki.se
JAN HASSELSTRÖM, med dr, specialist i allmänmedicin och klinisk farmakologi; båda Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Att äldre patienter kan drabbas av allvarliga läkemedelsbiverkningar är väl känt. Här beskrivs ett fall där patienten drabbades av stupor, skakningar och frånvaroattacker. Dålig vårdkontinuitet och avsaknad av sammanhållen journalföring kan vara en orsak till att polyfarmaci kan uppstå i en omfattning som (i detta fall) kan bedömas som oetisk, men även automatiserad läkemedelstillförsel (ApoDos) kan ha bidragit till att patienten hamnade i detta tillstånd.

FALLBESKRIVNING

En 77-årig man på ett gruppboende uppvisade varierande vakenhetsgrad med flera timmar långa perioder av stupor, skakningar i armarna samt minutlånga frånvaroattacker. I journalen framkom att patienten under ett år vid 6 tillfällen hade bedömts på akutmottagning eller blivit inlagd. Han hade fått olika neurologiska diagnoser, bland annat transitorisk ischemisk attack (TIA) och epilepsi. Han hade också behandlats för pneumoni med sepsis.

Vid undersökning av primärvårdsläkare var patienten sängliggande. Han kunde inte väckas (6/15 poäng på Glasgow Coma Scale) och kunde därför inte medverka vid undersökningen. Mannen var afebril och hade normal puls, normalt blodtryck och normal andningsfrekvens. Pupillerna var likstora och svarade med normal ljusreflex.

Läkemedelslistan omfattade 17 läkemedel, varav 15 skulle tas regelbundet och två var vidbehovsläkemedel. Listan inkluderade sju CNS-aktiva läkemedel (oxikodon, karbamazepin, lamotrigin, levomepromazin, klozapin, propiomazin, venlafaxin) (Tabell I). Patienten fick dosexpedierade läkemedel (ApoDos), och intaget övervakades av personalen.

Avsaknaden av en sammanhållen journalföring med diagnoslista gjorde att det var svårt att få reda på varför patienten behandlades med så många läkemedel. Det tog tid att diskutera patientens tillstånd med vårdpersonalen, läsa igenom journalanteckningar och beställa journalhandlingar från tidigare vårdgivare.

Den slutliga diagnoslistan omfattade bland annat encefalit i barndomen med påföljande utvecklingsstörning, ischemisk hjärtsjukdom med hjärtinfarkt 1999, misstanke om TIA, schizofreni, ospecifierad demens, epilepsi, osteoporos, högersidig höftplastik på grund av artros, hypotyreos, benign prostatahyperplasi samt kronisk förstoppning.

Kreatininvärdet uppmättes till 58 µmol/l. Att få en aktuell viktuppgift var inte möjligt då patienten var sängliggande. Njurfunktionen beräknades med en skattad vikt på 85 kg och bedömdes vara normal (>90 ml/min enligt Cockcroft–Gaults formel).

Initialt uppstod misstanke om att patientens fluktuerande stuporösa tillstånd kunde ha ett samband med läkemedelsbehandlingen. På grund av de psykiatriska sjukdomarna skickades även remiss till geriatrisk psykiatri. Där menade man att patienten i första hand borde bedömas på neurologklinik. Det senaste EEG:t var flera år gammalt, och remissen till neurologkliniken för nytt ställningstagande kring den antiepileptiska läkemedelsbehandlingen returnerades med rekommendation om kompletterande EEG hos primärvården. Då patienten inte kunde flyttas gick detta inte att genomföra.

Efter omprövning av indikationerna till läkemedelsbehandling, samråd med psykiater (gruppmöte) och klinisk farmakolog (telefonkonsultation) utfördes stegvis följande förändringar i läkemedelslistan: 9 av 15 (60 procent) regelbundet intagna läkemedel sattes ut. Fem av dessa sattes ut pga avsaknad av indikation eller pga att tidigare indikation inte kvarstod (Tabell I). I samråd med psykiater renodlades de CNS-aktiva läkemedlen. Levomepromazin, som har kraftigt sederande effekt, trappades stegvis ner, liksom venlafaxin, då båda misstänktes ha orsakat det stuporösa tillståndet. Däremot ökades doserna av lamotrigin och klozapin under kontroll av plasmakoncentrationen. TSH-värdet var för högt, varför levotyroxin ökades, medan doseringen av karbamazepin minskades då plasmakoncentrationen var för hög. Patienten led av höftvärk, smärta i samband med mobilisering och kontrakturer i nedre extremiteten. Smärtbehandling var därmed nödvändig, men i stället för oxikodon ordinerades paracetamol. Diazepam sattes ut som vidbehovsmedicin.

Behovet att utvärdera varje enskild läkemedelsändring ledde till att det tog flera månader att utföra läkemedelsgenomgången. Vid återbesök efter fyra månader satt patienten vaken i sin rullstol, frånvaroattackerna hade minskat i frekvens och skakningarna i armarna sågs inte längre. Doseringen av makrogol ökades pga förstoppning, sannolikt orsakad av sängliggandet. Patienten hade utvecklat oro, ångest och ett skrikbeteende i samband med nedtrappningen av de olika läkemedlen. Mirtazapin sattes därför in, men fick måttlig effekt. På telefon förklarade farmakolog den måttliga effekten med att mirtazapin interagerar med karbamazepin, vilken fungerar som enzyminducerare (C4-interaktion). Med hjälp av interaktionsdatabasen SFINX (Swedish Finnish Interaction X-referencing) [1] upptäcktes ytterligare tre C-interaktioner i läkemedelslistan. Samtliga inkluderade karbamazepin och accepterades under samtidig uppföljning av plasmakoncentration, levertoxicitet och blodstatus. Den slutgiltiga läkemedelslistan framgår av Tabell II.

DISKUSSION

Att äldre patienter drabbas av allvarliga läkemedelsbiverkningar som kan leda till sjukhusinläggning är ett välkänt problem [2, 3]. Patienten i det aktuella fallet uppvisade biverkningar i form av stupor, skakningar och frånvaroattacker. Det finns inga enkla svar på varför polyfarmacin

SAMMANFATTAT

Här beskrivs ett fall med en sängliggande 77-årig patient som regelbundet behandlades med 15 olika läkemedel. Mannen hade symtom som bedömdes som läkemedelsbiverkningar. **Kritiskt ifrågasättande av** indikationen i förhållande till patientens diagnoser, bedömning av patientens symtom genom att efterfråga läkemedelsbiverkningar samt uppföljning av läkemedelsändringar är viktigt vid läkemedelsgenomgångar. **Hos patienten i fallbeskrivningen** ledde läkemedelsgenomgången till minskat behov av slutenvård. **Randomiserade kontrollerade** studier som utvärderar de kliniska effekterna av läkemedelsgenomgångar behövs.

kunde uppstå i en omfattning som kan bedömas som oetisk, men den kan anses bero på dålig vårdkontinuitet och avsaknad av en sammanhållen journalföring [4]. Även läkemedelstillförsel genom ApoDos kan ha bidragit till att patienten hamnade i detta tillstånd, då ApoDos underlättar att läkemedel förnyas utan tillräckligt ingående omprövning [5]. Ett otydligt formulerat primärvårdsuppdrag och bristande finansiering, med ett regelverk som inte stöder övergripande medicinskt ansvar i relation till en enskild patients läkemedelslista, kan också ha spelat in.

Hos denna patient sattes 9 regelbundet intagna läkemedel ut, varav 5 pga att indikation saknades eller inte längre kvarstod (Tabell I). Att avsaknad av indikation är bland de vanligaste läkemedelsrelaterade problemen bland äldre patienter har visats förut [6]. I en israelisk studie begränsades läkemedelsgenomgången hos multisjuka äldre till ett noggrant omprövande av indikationer till läkemedelsbehandlingen [7]. I snitt minskades antalet läkemedel med 4,4 per patient. Efter i genomsnitt 19 månaders uppföljning hade 67 procent av patienterna förbättrats signifikant på en global 5-poängshälsoskala. Tre patienter ökade med 9, 10 respektive 16 poäng på skalan Mini-mental state examination (MMSE). Även om denna studie inte var randomiserad och endast omfattade 70 patienter är det slående hur mycket som kunde åstadkommas enbart genom att ompröva indikationer för läkemedelsbehandling. Detta anses vara läkemedelsgenomgångens viktigaste moment.

Att simvastatin seponerades i detta fall kan ifrågasättas, då patienten hade indikation för statinbehandling på grund av ischemisk hjärtsjukdom. Läkemedlet togs ändå bort med tanke på polyfarmacin, patientens allmänna hälsotillstånd och den biologiska åldern, som bedömdes vara >80 år. Enligt utlåtandet från Stockholms läns läkemedelskommittés expertgrupp för hjärt–kärlsjukdomar är statinbehandling »väl dokumenterad för äldre patienter« [8]. Hos den multisjuka patienten i fallbeskrivningen fattades ändå beslutet att riskerna med statinbehandlingen övervägde de eventuella vinsterna.

Stuporn tolkades som läkemedelsbiverkning, och ledde till utsättning av tre läkemedel (Tabell I). Standardiserade symtomskattningsformulär för att upptäcka frekventa läkemedelsbiverkningar används numera i flera landsting [9]. Nedsatt vakenhetsgrad (trötthet, dåsighet) räknas som en vanlig läkemedelsbiverkning och ingår i formuläret [9]. Stupor får dock förmodas vara mycket sällsynt. Att ha i åtanke att ett symtom kan vara läkemedelsbiverkan är ytterligare ett vik-

TABELL I. Läkemedelslistan före läkemedelsgenomgång: indikationer, problem [20], åtgärder och kommentarer.

Läkemedel före läkemedelsgenomgång	Indikation	Läkemedelsrelaterat problem	Åtgärd	Kommentar
Regelbundna läkemedel				
Acetylsalicylsyra 75 mg, 1–0–0	Ischemisk hjärtsjukdom	–	–	–
Dipyridamol 200 mg, 1–0–1	Misstanke TIA	Indikation Interaktion	Utsättning	Tveksam indikation TIA. Diagnos ställd då pat redan hade stupor (biverkning). CO-interaktion med omeprazol: tveksam biotillgänglighet
Isosorbidmononitrat 30 mg, 1–0–0	Ischemisk hjärtsjukdom	Indikation	Utsättning	Ingen angina rapporterad.
Simvastatin 40 mg, 0–0–1	Ischemisk hjärtsjukdom	Tveksamt huruvida nytta överväger risk	Utsättning	Polyfarmaci, allmäntillstånd, biologisk ålder >80 år
Omeprazol 20 mg, 1–0–0	Oklar	Indikation	Utsättning	Varken magsår, reflux eller esofagit journalförda
Levotyroxin 50 µg, 1–0–0	Hypotyreos Struma	Dosering för låg	Ökning	TSH för högt
Oxikodon 5 mg, 1–0–1	»allmän värk«	Läkemedels-biverkning	Utsättning	Oklar indikation; bidragit till läkemedels-biverkning (stupor)
Karbamazepin 200 mg, 2–0–2	Epilepsi (grand mal)	Dosering för hög	Minskning	Plasmakoncentration över terapeutiskt område
Lamotrigin 25 mg, 2–0–0	Epilepsi (grand mal)	–	–	Plasmakoncentration normal
Levomepromazin 100 mg, 0–0–1	Schizofreni	Läkemedelsbiverk-ning. Indikation	Nedtrappning och utsättning	Bidrag till läkemedelsbiverkning (stupor)
Klozapin 50 mg, 2,5–0–3	Schizofreni	–	Ökning	Pga utsättning av levomepromazin och venlafaxin. Blodstatus kontrollerades regelbundet.
Propiomazin 25 mg, 0–0–2	Oro, sömn-svårigheter	Läkemedels-biverkning	Utsättning	Bidrag till läkemedelsbiverkning (stupor)
Venlafaxin 75 mg, 1–0–0	Oklar	Indikation	Nedtrappning och utsättning	Ingen depression journalförd
Finasterid 5 mg, 1–0–0	Benign prosta-tahyperplasi	Indikation	Utsättning	Omprövning av indikation, ingen urinretention efter utsättning
Makrogolpåse, 2–0–0	Obstipation	–	Ökning	Nytillkommet fekalom
Vidbehovsläkemedel				
Nitroglycerin	Ischemisk hjärtsjukdom	Indikation	Utsättning	Ingen angina rapporterad
Diazepam	Oro, sömn-svårigheter	Läkemedels-biverkning	Utsättning	Bidrag till läkemedelsbiverkning (stupor)
Obehandlat				
	Osteoporos	–	–	Ingen fallrisk
	Ospecificerad demens	–	–	Bedömdes inte som alzheimerdemens, ingen läkemedelsbehandling

TABELL II. Läkemedelsbehandling efter läkemedelsgenomgång samt indikationer.

Läkemedel	Indikation
Acetylsalicylsyra 75 mg, 1–0–0	Ischemisk hjärtsjukdom
Levotyroxin 50 mcg, 1–0–0	Hypotyreos, struma
Karbamazepin 200 mg, 1,5–0–1	Epilepsi (grand mal)
Lamotrigin 25 mg, 2–0–0	Epilepsi (grand mal)
Klozapin 50 mg, 2–0–2–4	Schizofreni
Makrogolpåse, 2–0–1	Obstipation
Paracetamol 1g, 1–1–1	Höftvärk pga artros
Mirtazapin 15mg, 0–0–1	Oro

tigt steg i läkemedelsgenomgången.Endast ett läkemedel sattes ut på grund av möjlig läkemedelsinteraktion. Denna interaktion upptäcktes av farmakolog och gällde dipyridamol, där C0-interaktion med omeprazol ger minskad biotillgänglighet. Samtidigt var även indikationen tveksam. Patienten hade fått diagnosen TIA på akutmottagning samtidigt som han regelbundet behandlades med 15 olika läkemedel och uppvisade stupor.

Ett mycket viktigt fynd är att läkemedelsinteraktionerna minskade när läkemedel som saknade indikation eller som hade orsakat läkemedelsbiverkning sattes ut [10]. Detta är intressant även med tanke på förslaget om prestationsbaserad ersättning för läkemedelsanvändning bland äldre patienter på särskilda boenden [11]. I den kvarvarande läkemedelslistan fanns fyra C-interaktioner som accepterades. I samtliga ingick karbamazepin.

Kontroll av läkemedelsinteraktioner är endast ett av hjälpmedlen vid läkemedelsgenomgångar. Den utförs efter rensning i läkemedelslistan, omprövning av behandlingsindikationer samt efterforskning av möjliga biverkningar. Ytterligare viktiga steg i läkemedelsgenomgången var att ta hänsyn till nedsatt njurfunktion och att identifiera underbehandling [12, 13].

Överdosering i samband med nedsatt njurfunktion har visats vara orsak till 30 procent av alla allvarliga läkemedelsbiverkningar bland äldre, multisjuka patienter [12]. I detta fall var patientens njurfunktion normal.

Underbehandlingen upptäcktes i samband med att de CNS-aktiva läkemedlen renodlades. Patienten blev då orolig och utvecklade ett skrikbeteende, vilket ledde till nyinsättning av mirtazapin. Vi avstod från att behandla ytterligare sjukdomstillstånd som till exempel osteoporos eftersom patienten var immobiliserad och frakturrisken liten.

Att granska läkemedelsanvändningen genom läkemedelsgenomgångar, och därigenom kunna minska riskerna för att patienten kommer till skada, har föreslagits av många [14]. I Stockholm finns en rekommendation sedan år 2008, med ett ekonomiskt incitament till vårdcentralen [15]. En läkemedelsgenomgång kan ibland vara så tidskrävande som i det här exemplet (6 läkarbesök 2010, 7 läkarbesök 2011, och många hembesök av distriktssköterska), men här bidrog den till att patientens slutenvårdskonsumtion minskade. År 2010 blev patienten vid sex tillfällen behandlad på akutmottagning eller inlagd på vårdavdelning, men bara två gånger år 2011.

I vetenskapliga studier är stödet svagt för att dödligheten och slutenvårdskonsumtionen minskar och/eller att livskvaliteten ökar efter läkemedelsgenomgångar [16, 17]. I en intressant svensk studie i sjukhusmiljö minskade dock behovet av sjukhusvård efter regelbunden läkemedelsrevision [18]. För att belysa de olika situationer och patientpopulationer där läkemedelsgenomgångar kan bli aktuella är det angeläget med randomiserade kontrollerade studier som undersöker deras kliniska effekt.

Läkemedelsgenomgångar förutsätter en tydligt strukturerad manual som stöd för vårdpersonalen [19]. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer kan vara ett hjälpmedel [14]. Dokumentet är indelat i läkemedelsspecifika och diagnosspecifika indikatorer och är mycket omfattande. Ur kliniskt perspektiv måste man göra ett situationsanpassat förnuftigt urval ur denna lista. I det här exemplet beskrevs en mycket omfattande läkemedelsgenomgång. Om rutiner för regelbundna årliga genomgångar hade funnits skulle den antagligen inte ha blivit så tidskrävande, och patienten skulle förhoppningsvis inte ha hamnat i detta bedrövliga tillstånd.

Denna läkemedelsgenomgång handlade inte i första hand om farmakologi, utan snarare om en genomtänkt klinisk bedömning med efterföljande åtgärder. Viktiga delar var att ifrågasätta indikationer för läkemedelsbehandlingen, aktivt efterfråga läkemedelsbiverkningar, samt att följa upp läkemedelsändringar. De läkare som använder sina kliniska och medicinska kunskaper kommer mycket långt på vägen mot en lämplig läkemedelsanvändning för den enskilde patienten. I detta fall noterades en vaknare patient med minskad slutenvårdskonsumtion, vilket balanserades av ett ökat antal öppenvårdsbesök.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Camilla Hilliges och Birgit Eiermann har bidragit med synpunkter på manuskriptet.*

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. SFINX interaktionstjänst. Janusinfo. Stockholms läns landsting.
2. Mjörndal T, Boman MD, Hägg S, et al. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2002;11(1):65-72.
3. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. N Engl J Med. 2011;365:2002-12.
4. Fastbom J, Bernsten C, Olsson J, et al. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
5. Sjöberg C, Edward C, Fastbom J, et al. Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment – a register-based study. PLoS One. 2011;6(10):e26574.
6. Bregnhøj L, Thirstrup S, Kristensen MB, et al. Combined intervention programme reduces inappropriate prescribing in elderly patients exposed to polypharmacy in primary care. Eur J Clin Pharmacol. 2009;65:199–207.
7. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-54.
8. Simvastatin för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. Stockholm: Janusinfo: 2009.
9. Hedström M, Lidström B, Hulter Åsberg K. PHASE-20: ett nytt instrument för skattning av möjliga läkemedelsrelaterade symtom hos äldre personer i äldreboende. Vård Nord Utveckl Forsk. 2009;4:9-14.
10. Johnell K, Klarin I. The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly. Drug Safety. 2007; 30(10):911-18.
11. Läkemedelsindikatorer och resultat. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2012.
12. Helldén A, Bergman U, von Euler M, et al. Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. Drugs Aging. 2009; 26(7):595-606.
13. Björkman I, Lieberman-Ram H, Petersson S. Vägen till strukturerade läkemedelsgenomgångar i primärvården. Stockholm: Nestor FoU-center; 2011. Rapport 110601.
14. Fastbom J, Schmidt I. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Remiss. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
15. Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting; 2008.
16. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 193.
17. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet. 2007;370(9582):173-8.
18. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009; 169(9):894-900.
19. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
20. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, et al. Drug-related problems: their structure and function. DICP. 1990;(11):1093-7.

Redaktör: Jan Lind: 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Behöver vi ett läkarlöfte som etiskt stöd?

Journalisten Maciej Zarembas reportage om sjukvårdskrisen har fått starkt gensvar också hos företrädare för Svenska Läkaresällskapet. Varför har läkarna, speciellt läkarföreträdarna och medicinetikerna, fram till nu varit så relativt tysta i dessa frågor? Behöver vi ett läkarlöfte som moraliskt stöd när läkaretiken hotas?

I Maciej Zarembas bok »Patientens pris – ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden« [1] finns en kommenterande artikel, »NPM på svenska« (NPM = New public management) av statsvetarna Shirin Ahlbäck Öberg och Sten Widmalm [2]. De skriver »att det i grunden inom svensk politik, över parti- och blockgränserna, finns en djup misstro mot offentliganställda« såsom »läkare, lärare, socialarbetare och domare«. NPM-reformerna har varit till för att »säkerställa att dessa grupper arbetar ordentligt och inte försvårar förverkligandet av politiska beslut«. Därför ingår ökad resultatmätning och utvärdering [2].

Även om det ligger en del sanning i detta fanns även andra skäl att införa NPM. I den tidigare anslagsstyrda verksamheten saknades ofta återkoppling om vad som åstadkommits med de offentliga medlen.

Som klinikchef deltog jag i NPM-styrningens start i slutet på 1980-talet med beställare och utförare i ett köp- och säljsystem och med införande av olika ekonomiska styrmodeller med Dalamodellen som flaggskeppet. DRG (diagnosrelaterade grupper) infördes i en del landsting för att beskriva och i vissa fall sätta pris på sjukvårdens tjänster. Zaremba avslöjar obarmhärtigt vilka oönskade effekter DRG-systemet i sig kan leda till, men också hur det på sina håll har manipulerats. Sjukvården har alltför ensidigt kommit att handla om ekonomi och om att köpa och sälja varor och tjänster på en marknad som vilken som helst. I denna marknad ses patienter som kunder och investeringsobjekt.



JAN HALLDIN
leg läkare, med dr, Danderyd
jan.halldin@gmail.com

I Vårdval Stockholm prioriteras lätta okomplicerade läkarbesök framför läkarbesök av patienter med sammansatta vårdbehov, vilket distriktsläkare vittnat om i intervjuer och artiklar under senare år. Vårdval Stockholm infördes 2008 och ger samma besöksersättning oberoende av sjukdomens svårighetsgrad. Beteendet strider mot våra läkaretiska regler och mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård på lika villkor och att de med störst behov ska gå före.

Ovanstående visar hur ett orättfärdigt ersättningssystem tvingar delar av läkarkåren, speciellt i utsatta områden, till oetiska beteenden för att få en vårdcentrals ekonomi att gå ihop. Det speciella socioekonomiska indexet, som tidigare gynnade vårdcentraler i utsatta områden, togs bort när Vårdval Stockholms infördes. Det gjorde att vårdcentraler i utsatta områden förlorade i genomsnitt ett par miljoner kronor i jämförelse med vårdcentraler i mer förmögna områden.

Hur kan vi som läkare tillåta detta? Jag har i många år i artiklar i både dags- och fackpress påtalat konsekvenserna av denna ensidiga ekonomiska sjukvårdsstyrning. En del andra läkare har också gått in i debatten men sett till totalantalet läkare är det ganska få.

Samtidigt har det, fram till nu, varit relativt tyst från Läkarförbundet, Läkaresällskapet och våra akademiska medicinetiker i dessa för sjukvården så centrala frågor.



Foto: Colourbox

Skulle ett formellt läkarlöfte ge läkare mer råg i ryggen att säga ifrån när missförhållanden uppenbaras?

Så kommer då Zarembas artiklar i Dagens Nyheter om sjukvården i februari–april i år, artiklar som nu samlats i en bok med kommentarer [1]. Plötsligt blir det en ketchupeffekt. Ett flertal seminarier med utgångspunkt från Zarembas bok håller på att genomföras, bl a av Läkarförbundet i Almedalen i sommar [3]. Tre ledande företrädare för Läkaresällskapet skriver en insiktsfull och till dagens sjukvårdsstyrning starkt kritisk artikel, »Läkekonst har ersatts av sjukvårdsproduktion«, på DN Debatt den 7 april i år [4].

Allt detta är mycket bra, men varför har företrädarna för läkarkåren och flertalet enskilda läkare dröjt så länge med att gå in och säga ifrån i dessa frågor?

Att enskilda läkare inte så ofta går in i debatten kan avspegla en oro för eventuella negativa konsekvenser för dem själva. Svårare att förstå är den relativa tystnaden från Läkarförbundet, Läkaresällskapet och medicinetiker.

Jag tycker att vi med tanke på vad som hänt borde diskutera om vi i Sverige, liksom fallet är i Danmark, skulle ha nytta av att avlägga ett läkarlöfte (i Finland en läkared) att ha som moraliskt stöd framdeles i situationer när läkaretiken riskerar att sättas ur spel.

En bra sjukvård bygger på tillit mellan patient och läkare, men också på tillit mellan läkare, administratörer och politiker. Den senare tilliten har det varit si och så med under senare år. Låt oss diskutera hur vi ska få tillbaka den. Kanske en början kan vara en vårdens framtidskommission, som distriktsläkare Bengt Järhult har föreslagit [5].

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Zaremba M. Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler förlag; 2013.
2. Ahlbäck Öberg S, Widmalm S. NPM på svenska. I: Zaremba M. Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden. Stockholm: Weyler förlag; 2013. pp. 122-53.
3. Wedin M. Ta vara på professionalismen! Läkartidningen. 2013;110: 927.
4. Friberg P, Engström I, Nyberg F. »Läkekonst har ersatts av sjukvårdsproduktion.« DN Debatt. 7 april 2013.
5. Järhult B. Efter Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter: Tillsätt en vårdens framtidskommission. Läkartidningen. 2013;110:636-7.

LÄSARKOMMENTARER

Patienter i landstinget i Uppsala kan sedan ett halvår läsa sina journaler på nätet, berättade Läkartidningen.se den 17 maj. Här är utdrag ur några av läsarkommentarerna.

För mig är det helt ofattbart att man låter patienter få labsvar, baktsvar eller histologiska svar utan att de har kunskap att tolka svaren.

Ragner Liedman, Lund

Vem är det som får tillgång till barnets journal? Jo, föräldrarna när det gäller omyndiga. Det kan definitivt missbrukas.

Sten Dreborg, UAS

Hedersproblematiken hanteras genom en »förseglingsknapp« som innebär att funktionen stängs av för patienten.

Leif Lyttkens, Landstinget i Uppsala län

»Ge kniven vidare« – kampanj för bättre kirurgisk träning för ST-läkare

Efter danskt föredöme har ett antal föreningar för ST-läkare startat kampanjen »Ge kniven vidare« med målet att förbättra den kirurgiska träningen för blivande specialister.

»Ge kniven vidare« är en nationell kampanj för att förbättra den kirurgiska träningen i den vardagliga kliniska verksamheten. Kampanjen har startat under våren 2013 och är ett samarbete mellan flera föreningar för ST-läkare: OGU (Obstetriker och gynekologer under utbildning); KIRUB (Kirurger under utbildning); BUS (Blivande urologer i Sverige); Epiphysen (ST-läkare inom ortopedi); Otoliten (ÖNH-ST-läkarförening), samt ST-läkarna i barnkirurgi.

Vår inspiration kommer från Danmark. Bland danska gynekologer hade de unga kollegorna blivit både yngre och mer oerfarna när de påbörjade sin ST, och många av de erfarna kollegorna närmade sig pensionsåldern. Det var hög tid att föra den kirurgiska kompetensen vidare. För två år sedan genomförde därför föreningen för danska ST-läkare i gynekologi och obstetrik (FYGO) en kampanj för att säkerställa den framtida tillgången på kompetenta kirurger inom sin specialitet ‹www.fygo.dk›.

Kampanjen kallades »Giv kniven videre«. Den bestod dels av spridning av insamlade konkreta förslag till hur kirurgisk träning kan underlättas, dels av en nationell tävling där ST-läkarna under sex månader bokförde hur många operationer som helt eller delvis utfördes av ST-läkare. Kampanjen fick ett positivt gensvar och har lett till många permanenta förbättringar.

I Sverige har vi delvis samma problem. Socialstyrelsen varnar i »Nationella planeringsstödet 2013 – tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård« för att bristen på specialistläkare inom nästan alla specialiteter kommer att förvärras med tanke på åldersstrukturen i läkarkåren. I nya ST ställs höga krav på ST-läkaren utöver specialitetsspecifika kunskaper, såsom ledarskap, kommunikation, vetenskap och organisation. Många av oss ST-läkare upplever att vi har svårt att få ihop tillräckligt med operationstid. Det är inte alltid lätt att på egen hand driva på och få till utbildning, handledning och egen operationstid i sparbetingens, högspecialiseringens och produktionskravens tid.

Därför tog OGU initiativ till kampanjen »Ge kniven vidare« och bjöd in övriga föreningar att delta. Vi vill hjälpa till genom att initiera en diskussion ute på klinikerna om hur vi kan använda våra operationer på bästa sätt: inte bara som tillfälle att bota patienten utan också som ett inlärningstillfälle för ST-läkaren. Vi har sammanställt förslag och goda exempel på hur olika kliniker har löst kunskapsöverföringen från våra erfarna kollegor till oss vetgiriga ST-läkare.

Kampanjen fokuserar huvudsakligen på tre områden:
1. Vad ST-läkaren kan göra.
2. Vad den handledande kollegan kan göra.
3. Vad organisationen kan göra.

Några goda exempel som kommit fram när vi diskuterat våra erfarenheter mellan specialiteterna är att vi som ST-läkare ska våga ta samtalet med instruktören: Vad kan, får och vill jag göra i dag? Likaledes ska den handledande kollegan tänka till: Vad kan jag lära ut, delegera och stimulera till i dag? Och efteråt för båda parter: Hur gick det? Vad behöver ST-läkaren träna på? Vilka teoretiska kunskaper saknar ST-läkaren? Vad ska jag som ST-läkare göra bättre nästa gång?

Vi har börjat dela ut en checklista i fickformat som kan användas som stöd för kommunikation före och efter operationen.



Bilder: René Sune Sørensen och Sideprojects

»Här ska du skära!« Illustration ur kampanjmaterialet.

Det finns mer att läsa om kampanjen på ST-föreningarnas webbplatser och i specialistföreningarnas medlemsblad. Själva arbetet har påbörjats/påbörjas i samband med föreningarnas olika ST-läkardagar och specialistveckor. Kampanjen kommer att spridas till klinikerna av en lokal ST-läkare samt en specialist med hjälp av det materialet som vi har sammanställt. I det ingår en PowerPoint-presentation och ett manuskript samt plancher med information till operationsavdelningarna och laminerade lathundar i fickformat. För ST-läkaren kan projektet mycket väl utvecklas till det obligatoriska kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Genom samarbetet med flera ST-läkarföreningar hoppas vi uppnå ett brett genomslag på alla operationsavdelningar. Konceptet »Ge kniven vidare« ska vara välkänt, oavsett om man arbetar på en operationssal där det utförs hysterektomi, höftplastik, tonsillektomi, prostatektomi, appendektomi eller hemikolektomi. Kanske kan vi på detta sätt lättare lyfta fram frågan om operationens utbildningspotential redan vid operationsplaneringen?

Vi tror att en förbättrad kirurgisk träning kommer att resultera i mer kompetenta nya specialister och därmed ökad patientsäkerhet. Vi hoppas och tror att kampanjen »Ge kniven vidare« kommer att öka arbetsglädjen för både ST-läkarna och handledarna!

Titta gärna på våra webbplatser för mer information! Fundera på vad som fungerar bra på era kliniker och skicka in era idéer till oss så sammanställer vi dem!

Vill du vara kontaktperson på din klinik och sprida budskapet vidare: Hör av dig till oss på adresserna nedan!

- *OGU:* verena.sengpiel@obgyn.gu.se
- *KIRUB:* sofia.westermark@ lvn.se
- *BUS:* anna.rossander@vgregion.se
- *Epiphysen:* camilla.m.bergh @vgregion.se
- *Otoliten:* annaoldaeus@gmail.com
- *Barnkirurgi:* elin.g.svensson@vgregion.se



VERENA SENGPIEL
ST-läkare, kvinnosjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
verena.sengpiel@obgyn.gu.se

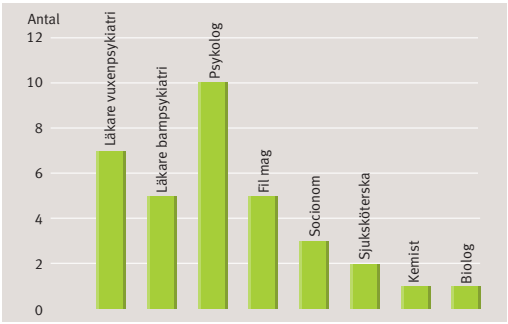
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Upprop: 883 avhandlingar i psykiatri i Sverige 1858–2012

Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) beräknade för något år sedan att de psykiatriska sjukdomarna kostar Sverige minst 75 miljarder kronor per år, förutom allt personligt lidande. Anslagen till psykiatrisk forskning motsvarar bara 0,1–0,2 procent av vad dessa sjukdomar kostar landet. Svensk cancerforskning får 2 procent av landets kostnader för cancervård, alltså över tio gånger mer.

Den psykiatriska forskningen är alltså eftersatt. Utbildning och vård av patienter blir lidande. KVA föreslog att den psykiatriska forskningen skulle stärkas med 90 miljoner kronor per år. Hur skulle dessa miljoner användas, och vad kan vi göra?

Men hur aktiv har svensk psykiatrisk forskning varit hittills? Vi har redan sammanställt samtliga 883 svenska avhandlingar skrivna mellan 1858 och 2012 vid någon svensk akademisk psykiatrisk universitetsinstitution eller sektion. Informationen finns i såväl kronologisk som alfabetisk följd, och vi planerar att publicera den både på webben och i tryckt form. Varje avhandling har tilldelats ett »P-nummer« samt årtal för disputation, namn på universitet och institution, doktorandens namn och yrke och avhandlingens titel.



Figur 1. Trettiofyra avhandlingar i psykiatri i Sverige 2012 utifrån avhandlingsförfattarnas bakgrund.

Någon liknande sammanställning har inte gjorts tidigare. Informationen finns varken hos Statistiska centralbyrån (SCB), Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, Kungliga biblioteket eller hos KVA. Vi planerar att ett exemplar av varje avhandling ska finnas på den psykiatriska avdelningen av Medicinhistoriska museet i Uppsala, som invigdes den 3 mars 2013. Dit ber vi varje disputand i psykiatri att sända ett »pliktexemplar«.

Utöver läkarna bidrar psykologer, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper mer och mer till psykiatrisk forskning. Den första kvinnan disputerade 1953, och den första icke-läkaren 1971. De senaste tio åren har i genomsnitt 35 personer disputerat varje år. Under 2012 disputerade 34 doktorander (Figur 1); av dem var tolv läkare, varav endast sju inom vuxenpsykiatrin (20 procent). Den minskande andelen läkare anser vi vara ett strategiskt problem.

»Vi skulle vilja veta om andelen disputerade läkare minskat också inom andra ämnesområden.«

Hur ser det ut inom andra medicinska specialiteter – kliniska och prekliniska? Vi skulle vilja veta om andelen disputerade läkare minskat också inom andra ämnesområden. Lämna gärna era svar direkt till oss eller som en läsarkommentar till denna artikel i Läkartidningen!

Hans Ågren
professor emeritus,
Sahlgrenska akademin
hans.agren@gu.se
Lennart Wetterberg
professor emeritus,
Karolinska institutet
lennart.wetterberg@ki.se

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Om modern behandling vid retinal venocklusion genomförs fullt ut i Sverige, står vi inför en potentiell årskostnad på 100-tals miljoner kronor, konstaterade Bertil Lindblom i artikeln »Hur mycket får en rad på syntavlan kosta?« (Läkartidningen. 2013;110:CAHH). Han diskuterade vidare om behandlingens »ganska måttliga effekt« är värd dessa pengar. Läs kommentarer och replik på Läkartidningen.se/Opinion/Debatt

En rad på syntavlan kan vara värd mycket

»Glaskroppsinjektioner innebär ett systemskifte som ökar patienternas chans till synförbättring. Särskilt för patienter som drabbats av centralvenstrombos är detta en avgörande förändring eftersom det tidigare inte funnits någon behandling. /…/ För den enskilda patienten kan även en måttlig synförbättring vara värdefull och utgöra skillnaden mellan att få respektive att inte få köra bil eller mellan att kunna läsa dagstidningen eller inte.«

Elisabet Granstam, Inger Westborg, Monica Lövestam Adrian, Kristina Holm, Kerstin Hallnäs, Grete Garberg

Paradigmskifte i behandling av retinala venocklusioner

»Som ögonläkare kan vi glädjas åt att vi i dag inte står handfallna när en patient med venös ocklusion kommer till vår mottagning. Synvinsten är snabb och uppenbar för patienten. Kostnaden är rimlig. Ögonsjukvården år 2013 är glädjande nog inte längre bara droppar och laser. Naturligtvis är det vår skyldighet att behandla patienten även om han eller hon har ett andra seende öga.«

David Epstein, Urban Eriksson, Stefan Seregard

Viktigt att identifiera lämpliga kandidater för behandling

»Jag vill först tacka de två grupperna författare för deras inlägg – tanken med min artikel var ju att skapa debatt och eftertanke. /…/ Anti-VEGF-behandling av framför allt centralvensocklusion har en plats i ögonsjukvården, men vi måste anstränga oss mycket mer för att identifiera lämpliga kandidater för behandling, och inte till en mycket hög samhällelig kostnad behandla alla rutinmässigt.«

Bertil Lindblom

Mer debatt på webben:

Äntligen får vi arbeta i Sverige!

»Redan till sommaren kommer ett tjugotal utlandsstudenter att få arbeta på sjukhus runt om i landet. Detta eftersom Socialstyrelsen, efter fem års hårt arbete inom MSF Utland, påbörjat en enskild bedömning av de utländska universiteten. /…/Detta är en glädjande nyhet för både studenter och arbetsgivare och vi hoppas att ännu fler utlandsstudenter får möjligheten att arbeta som underläkare till nästa sommar.

Ulrika Berglund



Foto: Colourbox

Ett tjugotal utlandsstuderande kommer att få arbeta som underläkare på sjukhus i Sverige i sommar.

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



BEHANDLINGEN

- Sängvila.
- Lugnande medicin och sömnmedicin – regelrätta psykofarmaka kom först på 1950-talet.
- El-, insulin-, och pentrozolbehandling som förorsakade kramper vilka ansågs läkande.
- Sysselsättningsterapi; bland annat stickning, måleri, skomakeri och trädgårdsarbete.
- »Förströelse« i form av film, fester, båtutfärder, bibliotek och gudstjänster.

När kvinnors vantrivsel klassades som sjukdom

För sextio år sedan ansåg man att kvinnor som inte trivdes i sitt äktenskap var neurotiska. En vistelse på sinnessjukhus kunde återanpassa kvinnan till den förväntade rollen som mor och maka. En nutida blick på psykiatrijournaler från den tiden visar hur kulturella föreställningar genomsyrar den förment objektiva medicinen.

Läkarnas bedömningsarbete på Ulleråkers sjukhus år 1948 påminner mycket om det arbete som görs i psykiatrin i dag. Journaler från denna tid (se faktaruta om studien på nästa sida) visar att man tar en noggrann anamnes om hereditet, uppväxtförhållanden, somatisk och psykiatrisk sjukhistoria. Även patientens familjeförhållanden, annat umgänge och arbetshistoria får sin beskrivning. Det aktuella insjuknandet återges med hjälp av uppgifter från patienten (i den mån det går), från anhöriga och ibland polis och/eller provinsialläkare. Specifika symtom rörande sinnesstämning, tankeliv och beteende noteras.

Vanliga ord vid depression är ångest, deprimerad, hämmad, försyndelseidéer, initiativlös, människoskygg, sömnsvårigheter, minnessvårigheter, huvudvärk, suicidala tankar och suicidalförsök.

De patienter som får diagnosen hysteri har ofta haft antingen vredesutbrott eller pratat för sig själva, haft hallucinationer av olika slag, förföljelseidéer, varit förvirrade, okontaktbara eller pratat osammanhängande. Ibland nämns också kräkningar och matvägran.

UNDER YTAN

Rent och snyggt i sjukhussalen på Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Året är 1949 och sjukjournalerna med läkarnas bedömningar av patienternas psykiska hälsa talar tidens dialekt. Beskrivningar av psykiska symtom influeras av rådande kulturella föreställningar om »normalt« och »onormalt«.

Foto: Axel Sagerholm

Patienter med den ospecificerade diagnosen »psykogen sinnessjukdom« har liknande symtom men ibland också sexuella och/eller religiösa vanföreställningar. Vanföreställningar om tankepåverkan och styrningsupplevelser föranleder misstanke om schizofreni, och ibland fastslås schizofrenidiagnos vid förnyad sjukdom. Journalerna innehåller också mer eller mindre fylliga statusnoteringar och uppföljningsanteckningar under vårdtiden. Däremot hittas nästan inga resonemang kring diagnostik eller val av behandling (se faktaruta ovan).

Men samtidigt som mycket är välbekant för en nutida läsare, finns det sådant som sticker i ögonen. Patientens känslor och känslouttryck utgör en aspekt av de psykiska symtom som läkarna noterar i sin strävan att nagla fast patientens diagnos. Känslor och känslouttryck är samtidigt ett område som influeras av rådande kulturella föreställningar om vad som är »normalt« och vad som inte är det.

I journalerna noteras ofta om patienten varit »känslig« redan som barn. En kvinnlig patient har »i stort sett varit frisk och kry, men alltid varit känslig och ibland ängslig och sömnlös«. En äldre kvinna har »varit en känslomänniska hela livet, haft lätt för att gråta och skratta«, medan en ung kvinna berättar att hon varit »hysterisk som barn, trotsig, känslig«.

»Känslighet« tycks alltså innebära att man lätt – lättare än andra? – ger uttryck för sina känslor. I många beskrivningar kan vi ana läkarens attityd: »Inga beteenderubbningar som barn, men vek och

känslig«. Vi anar en kulturell/moralisk värdering som antyder att patienten borde »skärpa sig«.

Den negativa hållningen till »känslighet« gäller båda könen. Journalen om en ung man – som tidigare blivit sinnessjuk flera gånger i samband med infektioner – noterar, när patienten har något förhöjd kroppstemperatur, att han är »mkt känslig och barnslig och tror sig vara sämre än han egentl. är«. Det tycks finnas en oartikulerad norm kring när oro är rimlig och när den inte är det.

En viktig aspekt av »känsligheten« är hur den kommer till uttryck i relation till omgivningen. En ung man har visserligen »alltid varit känslig« men enligt fadern har han »ej visat någon benägenhet att dramatisera sig själv [...] utan tvärtom [...] alltid varit tillbakadragen«. Vi hittar otaliga fall där det centrala tycks vara på vilket sätt patienten brutit mot sociala normer för känslouttryck. En kvinnlig hysteripatient har före intagningen varit »mycket påfrestande för omgivningen« och även senare åter »mycket besvärlig i hemmet. Matvägrat och legat till sängs, tyranniserat hela familjen«.

Vredesutbrott är särskilt oacceptabla. En kvinna har fått »anfall av plötslig natur: fäktar och slår sig omkring, har insikt om sitt befängda tilltag men säger sig drivas av oemotståndlig lust 'att vilja ut'«. Är det instängda känslor hon vill uttrycka? Senare noteras att patienten »diskuterar sina svårigheter på ett sansat sätt, är mycket bekymrad över sitt sjukliga reaktionssätt och inställd på att göra sitt bästa för att komma över det«.

Man drar sig inte heller för att dra slutsatser om vad patienter känner utan att de uttalat sig om saken. Ett exempel är anteckningen: »Besök av maken och dottern. Sade att det var roligt [...], men verkade ganska känslolös när hon talade om dottern«. En man uppträder vid undersökning »nonchalant och övermodigt. [---] Tycks vara känslokall«.

(Tidigare forskning visar att det är först från och med 1960-talet som vi ser att läkarna uttrycker sitt intryck av något. Fram till dess beskriver man hur något är.)

Ett annat tema som får stor plats, åtminstone när det gäller kvinnliga patienter, är äktenskapssvårigheter. Men inte som orsak till olika symtom – utan tvärtom som en följd av sinnessjukdom. Kulturella föreställningar spelar här en tydlig roll.

Samtidens syn på kvinnans roll som maka framgår i formuleringar som följande om ett »ogift hembiträde«: »Hon kan knappast tänkas kunna försörja sig i den öppna marknaden. Kan hon bli gift är det troligt, att hon skulle kunna sköta sitt hem o. sålunda anses mer arbetsför.«

Även läkarnas syn på modersrollen framgår, som i en notering om en deprimerad kvinna: »knappast alls affektivt bunden till sin familj [...] fullt medveten om sina bristande känslor för make och barn, men tycks icke på ngt sätt uppröras av detta missförhållande.«

I samtal med en annan kvinna som repat sig efter elbehandling framgår att hon »tror att nedstämdheten började när sista barnet föddes. Men är mycket glad över barnet. [...] Inga förebråelser nu. Dottern är trevlig och rar. Längtar mycket hem.« Formuleringarna visar att det var i det närmaste otänkbart att kvinnor inte skulle vara känslomässigt bundna till sin familj, vilket gjorde att upplevelserna sjukförklarades. Notera också avslutningen som visar att patienten tillfrisknat när hon nu längtar hem till sin dotter.

ORDNING OCH REDA
Journalerna på Ulleråker av 1949 berättar då och då om kvinnliga patienters »äktenskapsproblem«. Svårigheterna anges inte som orsak till olika psykiska symtom utan tvärtom som en följd av sinnessjukdom hos kvinnan.
Foto: Axel Sagerholm



Manliga patienters äktenskapssvårigheter diskuteras inte alls i samma utsträckning som kvinnligas. Inte en enda man får heller en diagnos som anknyter till äktenskapssvårigheter, trots att flera har sådana problem. I stället betonar man, i det fåtal fall där diagnosen specificeras, arbetsrelaterade orsaker – trots att patienten kanske inte arbetat på lång tid.

En typisk berättelse i journalerna är den som får ett »lyckligt slut«. Kvinnan är missnöjd i äktenskapet, men ändrar sig efter egen eller makes sjukhusvistelse och återgår till sitt äktenskap. Ett exempel är en kvinna som inte trivs med hemarbetet men inte får förvärvsarbeta för sin man. I början av sjukhusvistelsen uttrycker hon »när hon kommer in på makens bristande förståelse för hennes arbetsbörda en viss bitterhet« och »att hon ej ämnar gå tillbaka till maken«, men efter elbehandling har hon »inget säkert minne av sjukdomstiden« och uppger att »maken har varit förstående«, är »glad och vänlig«; efter utskrivningen meddelar maken att patienten »sköter hem och barn på ett fullt tillfredsställande sätt«. Minnesstörningen efter elbehandling, en vanlig biverkning, kanske ibland var synnerligen välkommen.

Som ett resultat av tanken om kvinnors naturliga fallenhet och uppgift att ta hand om hushåll och barn sjukförklaras de kvinnor som inte klarar av eller trivs med de uppgifterna. När kvinnliga patienter sedan lever upp till rådande förväntningar om kvinnlighet, ses det som ett tecken på tillfrisknande.

I och med att äktenskapet som institution inte ifrågasätts år 1948, kan läkarna inte uppfatta äktenskapssvårigheter som en giltig sjukdomsorsak. Problemet har inte heller formulerats som något som kan bli föremål för åtgärder från vårdens sida. Därmed finns ingen behandling att tillgå. Familjerådgivningen etablerades först under 1950-talet i samband med att skilsmässofrekvensen ökade.

Den medicinsk-psykiatriska bedömningen görs i en kulturell och historisk kontext som här bli tydligare för oss genom avståndet i tid.

Inna Sevelius
frilansjournalist

Artikeln bygger på författarens masteruppsats i idé- och lärdomshistoria, som tidigare gett upphov till en artikel i Forskning & Framsteg nr 2/2012.

STUDIEN

Frågeställning: bedömningen av patienter på Ulleråker sjukhus år 1948:

- 46 journaler; 33 kvinnor, 13 män.
- Diagnos psykogen sinnessjukdom (tillstånd som antogs orsakade av psykiska faktorer), av typen hysteri eller »annan form«.
- Ålder 17–67 år, flest personer i åldern 28–37 år.
- Varierande symtom och svårighetsgrad (alltifrån »klassiskt« hysteriska utbrott och depressiva symtom till hallucinationer och vanföreställningar).
- Hälften av patienterna har eller har haft äktenskapssvårigheter.

Karriär&Arbete

SVERIGES LEDANDE ANNONSFORUM FÖR LEDIGA LÄKARJÄNSTER

Lediga tjänster, kurser och stipendier. Listan är uppställd i enlighet med Socialstyrelsens förteckning över medicinska specialiteter. **Om inte specialiteten tydligt framgår i annonsen, läggs notisen under Övriga läkartjänster/Övriga tjänster.** På **www.lakartidningen.se** finns all information om bokning av platsannonser, materialkrav etc. Annonser skickas till **annonser@lakartidningen.se**. För mer information ring 08-790 35 60.

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
AKUTSJUKVÅRD			
Överläkare/Spec-läkare Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	–	21	1059
Distr-läkare Vårdcentralen Kronoparken Karlstad	–	21	1058
Sektionschef kirurgi, anestesi eller annan specialitet			
ALLERGISJUKDOMAR			
Seksjonsleder Oslo	16/6	21	1058
ALLMÄNMEDICIN			
Vårdcentralschef/Distr-läkare Närhälsan Alingsås	–	21	1052
Spec-läkare och MAL geriatrik eller allmänmedicin el annan spec Team Äldredoktorn Huddinge	–	19–20	976
Distr-läkare (två) Gammelstad hälsocentral Gammelstad	–	22	1123
Distr-läkare Vårdcentralen Solnas hjärta Solna	–	22	1072
Spec-läkare Aleris Försäkringsmottagning Sabbatsberg Stockholm	–	22	1125
Allmänläkare CityAkuten Stockholm, Linköping	–	19–20	985
Distr-läkare Vårdcentralen Eda/Vårdcentralen Verkstaden Arvika	–	19–20	990
Spec-läkare Primärvården Skåne, Vårdcentralen Oxie	–	19–20	990
Allmänspecialist Privatläkarna, Dignus medical Helsingborg	–	22	1115
Spec-läkare Vårdcentral Hallstahammar	–	21	1068
Spec-läkare B&B Husläkare Vallentuna	–	22	1127
Vikariat i Norge som allmänläkare Norge	–	22	1119
Spec-läkare Vårdcentralen Bohuslinden Strömstad	–	22	1117
Spec-läkare Capio Vårdcentral Högdalen Stockholm	–	22	1123
Distr-läkare Tallhöjdens Vårdcentral Södertälje	–	21	1068
Läkare/underläkare Vårdcentralen Rud Karlstad	–	21	1067
Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin Malmö	–	21	1059
Primärvårdsläkare Norslunds vårdcentral Falun	–	21	1068
Spec-läkare Aleris Vårdcentral Östertull Norrköping	–	22	1128
Spec-läkare Vårdcentralen Rosengården Malmö	–	22	1122
Distr-läkare/allmänläkare Aleris Vårdcentral Tyresöhälsan Tyresö	31/5	22	1127
Distr-läkare Närhälsan Kyrkbyn vårdcentral Göteborg	31/5	19–20	971
Distr-läkare och eller ST-läkare Närhälsan Hjällbo vårdcentral Göteborg	7/6	21	1050
Distr-läkare Eksjö vårdcentral Eksjö	12/6	21	1058
Spec-läkare Capio Vårdcentral Gubbängen Stockholm	14/6	22	1124
Specialist i Allmänmedicin Stockholm	15/6	22	1123
Spec-läkare Vaxholms Vårdcentral AB Vaxholm	20/6	22	1115
Spec-läkare Kolbäcks Familjeläkarmottagning Västmanland	30/6	22	1124
Fam-läkare Ullvi-Tuna vårdcentral Köping	14/7	22	1122
ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD			
Verksamhetschef Centrallasarettet Växjö	–	22	1126
Spec-läkare REMO-kliniken, AGA Gas AB, Linde Healtchare Stockholm	–	19–20	974
Narkosläkare Centrallasarettet Karlstad	–	19–20	989
Anestesilege Volvat Medisinske Senter, Ulriksdal Sykehus Norge, Bergen	7/6	21	1051
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN			
Barnläkare gastroenterologisk inriktning, Landstinget Västmanland	–	19–20	991
Barnläkare (två) BUM Gamlestaden och BUSC Angered, Angereds Närsjukhus Angered	31/5	21	1050
BARN- OCH UNGDOMSNEUROLOGI MED HABILITERING			
Överläkare/Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	4/6	21	1050
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI			
Barnpsykiatriker/psykiatriker Barn- och ungdomspsykiatrin Växjö	–	19–20	990
Överläkare BUP Nordost BUP Danderyd Stockholm	–	21	1065
Överläkare BUP-mottagningen Luleå-Boden	–	21	1067
Överläkare/ST-läkare Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Jönköping	–	22	1116
Enhetschef Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Stockholm	–	19–20	991
Vårdenhetsöverläkare/Spec-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	10/6	22	1121
Overlege i barne- og ungdomspsykiatri Mosjøen, Norge	20/6	21	1062
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI			
Endokrinolog Visby Lasarett Visby	26/8	22	1119
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD			
Företagsläkare Sundsvalls kommun Sundsvall	–	21	1057
Läkare/Företagsläkare Oskarshamn, Småländska höglandet och Nybro/Kalmar	3/6	21	1061
Företagsläkare TäbyHälsan Täby	14/6	22	1128
GERIATRIK			
Överläkare/Bitr överläkare Skånes universitetssjukhus Malmö	–	19–20	990
Spec-läkare och MAL geriatrik eller allmänmedicin el annan spec Team Äldredoktorn Stockholm	–	19–20	976
Spec-läkare Sunderby sjukhius Luleå	–	22	1125
Spec-läkare/överläkare internmedicin med sub-spec geriatrik/palliativmedicin Oskarshamns sjukhus Oskarshamn	31/5	22	1127
Spec-läkare/överläkare Norrtälje sjukhus, TioHundraVårdbolaget Norrtälje	2/6	19–20	989
Spec-läkare medicin och geriatrik Lindesbergs lasarett Lindesberg	5/6	21	1059
Överläkare/Spec-läkare Landstinget Blekinge	9/6	22	1122
Spec-läkare Kullbergska sjukhuset Katrineholm	19/6	22	1120
Rehabläkare/Geriatriker Visby lasarett Visby	26/8	22	1119
HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR			
Spec-läkare PL'ENT Kliniken Västerås	–	21	1066
Spec-läkare/överläkare Centrum för miljö- och arbetsmedicin Stockholm	–	21	1068
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	19–20	984
Hudläkare eller plastikkirurg, Spektrakliniken Stockholm/Göteborg	–	22	1124
Verksamhetschef/överläkare Länssjukhuset Kalmar	2/6	19–20	988
Dermatolog Akademikliniken Malmö	15/6	22	1072
INTERNMEDICIN			
Överläkare Landstinget Västernorrland Sollefteå	–	19–20	992
Oskarshamns sjukhus Oskarshamn	31/5	22	1127
Spec-läkare/överläkare internmedicin med sub-spec reumatologi Oskarshamns sjukhus Oskarshamn	31/5	22	1127
Spec-läkare/överläkare Norrtälje sjukhus, TioHundra Vårdbolaget Norrtälje	2/6	19–20	989
Spec-läkare medicin och geriatrik Lindesbergs lasarett Lindesberg	5/6	21	1059
Spec-läkare Skaraborgs Sjukhus Mariestad	12/6	21	1050
Spec-läkare neurologi/invärtesmedicin Länssjukhuset Kalmar	17/6	22	1120
Spec-läkare Kullbergska sjukhuset Katrineholm	19/6	22	1120
KARDIOLOGI			
Överläkare Lasarettet Trelleborg	–	21	1059
Avdelingsleder Oslo universitetssykehus Norge	15/6	22	1121
KIRURGI			
Överläkare/Spec-läkare Hallands sjukhus Halmstad	–	19–20	987
Överläkare/Spec-läkare Capio Lundby Närsjukhus Göteborg	–	22	1122
Överläkare Gastrocentrum Karolinska			
Sektionsansvarig överläkare el spec-läkare KAVA NU-sjukvården	9/6	22	1116
Overlege/professor II/førsteamanuensis Avd för blodsykdommer, kreft-, kirurgi og transpl. Oslo universitet Norge, Oslo	9/6	19–20	979
KLINISK BAKTERIOLOGI			
Overleger folkehelseinstituttet Norge	–	22	1126
KLINISK FYSIOLOGI			
Kardiolog el klinisk fysiolog Centrumkliniken Stockholm	–	22	1126
KLINISK PATOLOGI			
Spec-läkare/överläkare klinisk patologi/cytologi Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	–	21	1066
MEDICINSK RADIOLOGI			
Verksamhetschef Vrinnevisjukhuset Norrköping	–	21	1060
Röntgenläkare Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Gotland	–	21	1068
Mammografiläkare Unilabs AB Sverige	–	19–20	980
Bröstradiolog sped/överläkare, Norrlands universitetssjukhus Umeå	–	19–20	991
Spec-läkare/överläkare Norrtälje sjukhus, TioHundra Vårdbolaget Norrtälje	1/7	21	1063
MEDICINSKA NJURSJUKDOMAR			
Överläkare Mälarsjukhuset Eskilstuna	–	19–20	988
Överläkare/Spec-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	31/5	21	1050
NEONATOLOGI			
Neonatologer (två) Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset Stockholm	–	21	1060

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
NEUROLOGI			
Neurolog Visby lasarett Visby	–	22	1119
Spec-läkare neurologi/invärtesmedicin Länssjukhuset Kalmar	17/6	22	1120
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI			
Överläkare Lasarettet Ystad	–	21	1059
Spec-läkare PL'ENT Kliniken Västerås	–	21	1066
Obstetriker Kvinnosjukvården Värmland	–	19–20	990
Overlege Sykehuset Innlandet HF Norge, Kongsvinger	–	21	1063
Spec-läkare Akademiska sjukhuset Uppsala	–	21	1063
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	19–20	984
Överläkare/bitr överläkare/spec-läkare Karolinska Gynekolog Angereds Närsjukhus Angered	31/5	21	1050
Gynekolog Octaviakliniken Stockholm	1/6	19–20	979
Obstetriker (LUS), BB Södersjukhuset Stockholm	13/6	21	1057
Avdelningsoverlege og overlege Telemark Norge	15/6	21	1064
ONKOLOGI			
Överläkare/Spec-läkare Hallands sjukhus Halmstad	–	19–20	987
ORTOPEDI			
Spec-läkare/överläkare Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	5/6	21	1052
PLASTIKKIRURGI			
Spec-läkare PL'ENT Kliniken Västerås	–	21	1066
Hudläkare eller plastikkirurg, Spektrakliniken Stockholm/Göteborg	–	22	1124
PSYKIATRI			
Överläkare Psykiatri Skåne Lund	–	22	1122
Överläkare/spec-läkare Capio Psykiatri Ystad	–	22	1119
Spec-läkare i Psykiatri och Leg läkare, Capio Psykiatri Läkare Beroendecentrum Gävleborg	31/5	19–20	981
Studierektor/specialistläkare till vuxenpsykiatrin Västmanland	9/6	21	1054
Spec-läkare psykiatri, Prima Vuxenpsykiatri Kungsängen	19/6	22	1123
Overlege i voksenpsykiatri Mosjøen, Norge	20/6	21	1062
REHABILITERINGSMEDICIN			
Överläkare Närsjukvårdskliniken, Rehabiliteringsmedicin med och Smärtenheten, Hässleholms sjukhusorganisation	–	21	1059
Överläkare/Spec-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	12/6	21	1050
Spec-läkare Västerviks sjukhus Västervik	15/6	22	1120
Rehabläkare/Geriatriker Visby lasarett Visby	26/8	22	1119
REUMATOLOGI			
Överläkare Helsingborgs lasarett Helsingborg	–	22	1122
Avd overlege och Overlege Haugesunds sanitetsforenings revmatismesykehus as Norge	–	21	1067
Spec-läkare/överläkare internmedicin med sub-spec reumatologi Oskarshamns sjukhus Oskarshamn	31/5	22	1127
Reumatolog/ST-läkare Länssjukhuset Kalmar	17/6	22	1120
THORAXKIRURGI			
Avdelingsleder Oslo universitetssykehus Norge	15/6	22	1125
UROLOGI			
Spec-läkare/överläkare Akademiska sjukhuset Uppsala	–	21	1064
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	19–20	984
Överläkare kirurgi och urologi Mälarsjukhuset,			
YRKES- OCH MILJÖMEDICIN			
Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	31/5	19–20	971
Vårdenhetsöverläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	31/5	19–20	971
ÖGONSJUKDOMAR			
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	19–20	984
Ögonläkare till privat ögonmottagning Stockholm	–	22	1120
Sektionschef Aleris Specialistvård Sabbatsberg Stockholm	–	21	1063
Spec-läkare Helse Nord RHF Norge, Tromsø, Sortland, Bodø	7/6	19–20	980
Läkarchef till ögonkliniken Halmstad	12/6	21	1051
Spec-läkare/Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndalssjukhus Göteborg	12/6	21	1050
Specialistläkare med inriktning ögonkirurgi Västerås	1/8	21	1066
ÖRON-, NÄS- OCH HALSSJUKDOMAR			
Spec-läkare Sibyllekliniken Stockholm	–	19–20	984
ENHETSCHEFER/LÄKARCHEFER till Öron- Näs- och Halskliniken Stockholm	16/6	22	1128
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER			
Överläkare med inr vuxenhabilitering Sundsvall	–	22	1126
Fastlegeheimel Surnadal kommune Norge	–	22	1123
Läkare Heimdal och Erikslids hälsocentraler Skellefteå	–	21	1067
Läkare Centrumkliniken Stockholm	–	22	1126
Läkare botox och fillersbehandlingar, Panache Göteborg	–	19–20	992
Overlege (två) nyfødtmedisin Helse Stavanger Norge	–	19–20	991
Kommunelege Lebesby kommune Norge	–	19–20	992
Storvretens vårdcentral söker läkarkollega Stockholm	–	22	1121
Seksjonsoverlege Universitetssykehuset Nord-Norge	–	19–20	992
Överläkare/Spec-läkare palliativa enhten, Hallands sjukhus Varberg	–	19–20	987
Spec-läkare Trollhättans vårdcentral, Achima Care AB Trollhättan	–	22	1118
Samarbetspartner alt ny ägare/delägare. Laholmshälsan Laholm	–	21	1061
Work in Australia, New Zealand, The Gulf Region, Head Medical Australia, New Zealand, the Gulf Region	–	19–20	983
Lege Landaasen Rehabiliteringssenter Norge	–	21	1067
Läkare eller Spec-läkare xtracare Sverige, Norge	–	21	1061
Läkare (två) RödaKorset	–	21	1064
Regionläkare Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Flygläkare Försvarsmakten, FörmedC Flygmedicin Linköping	31/5	19–20	981
Produktionsenhetschef Katastrofmedicinskt centrum Linköping	3/6	21	1065
Professor and consultant to he Spine Center of Southern Denmark	0/6	21	1053
Läkare till Centrum för medicinska specialiteter	16/6	22	1127
Overlege Medisinsk biokjemi, Helse Fonna Norge, Haugesund	20/6	19–20	986
Läkare till Lilla Erstagården, barn och ungdomshospice Stockholm	21/6	22	1117
ÖVRIGA TJÄNSTER			
Enhetschef ASIH Nacka Långbro Park Stockholm	–	21	1056
Närsjukvårdsdirektör Landstinget i Östergötland, Unik Resurs	–	21	1053
Verksamhetschef Operations- och intensivvårdskliniken Jönköping	–	22	1121
Postdoc-stipend kvinneklinikken Akershus universitetssykehus HF Norge	–	21	1066
Områdeschef (tillika verksamhetschef) för omr kirurgi, ögon, öron inom Centrum för op. spec Östersunds sjukhus Östersund	–	19–20	983
Would you like to be involved in revolutionizing medical training Linköping	–	22	1125
Verksamhetschef Kliniken för immunologi och transfusionsmedicin, Karolinska Universitetslektor diagnostisk radiologi med inriktning mot neuroradiologi, Lunds universitet Lund	3/6	19–20	981
Verksamhetschef Västerviks sjukhus Västervik	4/6	21	1065
Verksamhetschef neurologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	5/6	21	1055
Verksamhetschef Reumatologiska kliniken Linköping	9/6	22	1127
Ledere til å styre overgangen fra prosjekt til klinikk, Haukeland universitetssykehus Bergen, Norge	16/6	22	1118
Divisionschef Psykiatri Skåne	16/6	22	1115
AT-/ST-TJÄNSTER			
ST-läkare (två) plastikkirurgi Akademiska sjukhuset Uppsala	–	19–20	975
ST-läkare kirurgi, infektionssjd, internmedicin, primärvård, psykiatri, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Gotland	–	19–20	973
ST-läkare neonatologi Akademiska sjukhuset Uppsala	–	21	1066
Överläkare/ST-läkare Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Jönköping	–	22	1116
ST-läkare (två) akutsjukvården Akademiska sjukhuset Uppsala	–	21	1060
ST-läkare Kvinnosjukvården Värmland	–	19–20	990
ST-läkare Primärvården Landstinget Gävleborg	–	19–20	978
ST-läkare geriatrik Sunderby sjukhus Luleå	–	22	1125
Reumatolog/ST-läkare Länssjukhuset Kalmar	17/6	22	1120
ST-läkare neurologi Falu lasarett Falun	17/6	21	1068
LEDIGA VIKARIAT			
Kommunelegevikariat Tana kommune Norge	–	21	1067
Leg läkare Husby Akalla vårdcentral Stockholm	–	21	1064
Underläkare Centrum för arbets- och miljömedicin Stockholm	–	19–20	989
Leg läkare Team Äldredoktorn Huddinge	–	19–20	976
Allmänläkare Vårdcentral Avesta	–	21	1068
Kommuneoverlege Loppa komune Norge	–	19–20	990
KURSER/SYMPOSIER/SEMINARIER			
HIV-infektion ur många aspekter Stockholm	2/9	22	1126
STIPENDIER/ANSLAG/BIDRAG			
Forskn-bidrag infektionsmed forskn Stift Fam Olinder-Nielsens Fond	17/6	19–20	991
Anslag för stöd av psykiatrisk forskning eller forskarutbildning, PRIMA- Barn- och Vuxenpsykiatri	19/8	19–20	977
Forskn-anslag Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Aroseniusfonden	30/8	22	1126
Anslag Diabetesfonden	16/9	21	1062
Forskn-bidrag Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund	30/9	21	1065
Forskn-anslag cardiologi o åldersjukdomar Fam Janne Elgqvists Stiftelse	30/6	22	1116
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER			
Ersättningsegablering/Hudmottagning i Helsingborg säljes Helsingborg	–	22	1128
Läkarpraktik i hjärtat av Stockholm	–	22	1128
Ögonläkarmottagning överlåtes Götgatan, Stockholm	–	22	1128
Ersättningsetablering ögonsjukdomar Västra Götalandsregionen överlåtes	–	19–20	992
Gynmottagning Helsingborg	–	19–20	992

VAXHOLMS VÅRDCENTRAL

Specialist i Allmänmedicin

Ordinarie HL, ev deltid, tillträde 2013-09-01 eller enl ök.

Sista ansökningsdag 2013-06-20

Info: www.vaxholmsvårdcentral.se – Jobba hos oss
Vch Nils-Olov Sandberg, mobil 076-769 75 01,
nils-olov.sandberg@priv.sll.se

Ansökan:
Vaxholms Vårdcentral AB, Mona Sundbom, Kapellgatan 2,
185 31 Vaxholm eller mona.sundbom@priv.sll.se

dignus medical

privatläkarna KNUTPUNKTEN

Allmänspecialist

Vi förstärker nu med ännu en allmänspecialist som ges möjligheten att vara delaktig i utvecklingen av vår fina klinik på Knutpunkten. Varmt välkommen till oss på Privatläkarna i Helsingborg!

Kontakta rekryteringskonsult Eva Håkansson 040-6307583 eller eva.hakansson@dignusmedical.se

www.dignusmedical.se
Din ansökan och kontakt med oss är alltid konfidentiell!

REKRYTERING AV LÄKARE, SPECIALISTER OCH CHEFER

REGION SKÅNE

Region Skåne söker:

Divisionschef till Psykiatri Skåne

Den nya förvaltningen "Skånevård Sund" samlar de tidigare förvaltningarna Ängelholms sjukhus, Helsingsborgs lasarett, Landskrona lasarett, Lasarettet Trelleborg, Psykiatri Skåne och del av Primärvård Skåne (28 vårdcentraler, Centrum för PrimärvårdsForskning, Flyktinghälsan). Verksamheterna organiseras nu i fyra förvaltningsövergripande divisioner varav Psykiatri Skåne är en. De övriga är division Primärvård, division Specialiserad närsjukvård och division Kirurgi.

Genom divisionen Psykiatri Skåne erbjuds hela Skånes befolkning ett samlat psykiatriskt vårdutbud inom Allmänpsykiatri inklusive beroendevård, Barn- och Ungdomspsykiatri och Rättspsykiatri. Verksamheten har en god anknytning till Lunds Universitet och andra lärosäten. Psykiatri Skåne har cirka 3 000 anställda och en budget på drygt 2,4 miljarder kronor.
Uppdraget är främst att erbjuda effektiv, likvärdig vård av hög kvalitet samt medverka i utbildning av studenter och klinisk forskning.

För mer information om tjänsten kontakta: Förvaltningschef Per-Olof Sjöblom 044-309 34 85
Fackliga företrädare: För information kontakta HR-chef Marie Hedin Christensson 044-309 34 40.

Sista ansökningsdatum: 2013-06-16
Välkommen med din ansökan.
Läs mer och ansök på www.skane.se/jobb



Region Skåne ska främja god hälsa, vi ansvarar för att det finns bra sjukvård och kollektivtrafik för alla i Skåne. I vårt uppdrag ingår också att verka som koordinator, inspiratör och samlande kraft för utvecklingen i Skåne. Vi är Skånes största arbetsgivare med 32 000 medarbetare och en total budget på 37 miljarder kronor (2012). Högsta beslutande organ är regionfullmäktige som väljs av invånarna i Skåne.

Överläkare/ST-Läkare

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken,
Jönköpings sjukvårdsområde

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Landstinget i Jönköpings län

FORSKNINGSANSLAG

Familjen Janne Elgqvists Stiftelse, Nybro har till huvudsakligt syfte att främja forskning inom cardiologi och åldersjukdomar. Under 2013 kommer Stiftelsen att utdela forskningsanslag på totalt **250 000 kronor.**

Ansökan med beskrivning av den forskning för vilken anslag begäres, skall göras på särskilt formulär, som på begäran översänds från Handelsbankens stiftelsetjänst (anth28@handelsbanken.se).

Sänd ansökan till **Familjen Janne Elgqvists Stiftelse,** c/o Handelsbanken Stiftelsetjänst, 106 70 Stockholm. Telefon 08-701 10 00 (Stiftelsetjänst).

Ansökan skall vara Stiftelsen tillhanda **senast 2013-06-30**.



Vi söker nya medarbetare

Vi söker dig som vill ansvara, leda och utveckla vår KAVA-verksamhet!

Vi söker en:

Sektionsansvarig överläkare eller specialistläkare KAVA

Ref.nr: 2013/1213

KAVA är en akut kirurgvårdsavdelning på NÄL, med intag från akutmottagningen dygnet runt. Avdelningen har 26 vårdplatser med hög patientomsättning och en kort medelvårdtid. Arbetet innefattar akutkirurgi, endoscopisk verksamhet samt avdelningsintegrerad mottagning.

Sektionsansvarig läkare på KAVA arbetar tillsammans med avdelningschefen på KAVA för att skapa ett effektivt patientflöde samt ett gott arbets- och utbildningsklimat. Bred kirurgisk erfarenhet är meriterande. Jourtjänstgöring ingår i tjänsten. Möjlighet till forskning finns. NU-sjukvården har en egen FoU-enhet.

Upplysningar: Verksamhetschef Maria Wiksten Ericsson. Medicinskt ledningsansvarig läkare Stefan Ander. Läkarföreningen Andreas Samuelsson eller Anne Cervin. Alla nås via växel 010-435 00 00.

Sista ansökningsdag: 2013-06-09.

NU-sjukvården är en del av Västra Götalandsregionen som ger specialistsjukvård till 270 000 invånare boende i Dalsland, Norra Bohuslän och Trestadsområdet (Uddevalla, Trollhättan och Vänersborg). De två största enheterna är NÄL (Norra Älvsborgs länssjukhus) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus.



www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN



Bohuslinden växer!

Vårdcentralen Bohuslinden är en privat vårdcentral i idylliska Strömstad.

Vi är tre specialister i allmänmedicin och ST-läkare som tillsammans med övrig personal betjänar ca 7.800 listade. Nu söker vi ytterligare en specialist i allmänmedicin på hel- eller deltid.

På vår mottagning har vi korta beslutsvägar och mycket gott samarbete mellan de olika personalkategorierna. Alla våra sjuksköterskor och samtalsterapeuter har adekvat vidareutbildning. Vår allra största styrka är vår fantastiska personal!

Vi kan erbjuda dig en god och trygg arbetsmiljö, flexibla arbetsvillkor och en god lön. Delägarskap kan bli aktuellt.

För ytterligare information kontakta Per Midtvedt 0732-60 58 12,
Charlotte Ericson 0707-59 01 50 eller Ulla Engdahl 0738-06 53 46 eller
per.midtvedt@ptj.se

Uddevallavägen 3, 452 31 Strömstad

Praktikertjänst

GODKÄND VÅRDCENTRAL INOM VG PRIMÄRVÅRD

vårdcentralen Bohuslinden

– passion för hela människan hela livet



Ersta sjukhus söker

Läkare till Lilla Erstagården, barn- och ungdomshospice

Lilla Erstagården söker ytterligare läkare för att utvecklas och expandera. Du bör vara specialistkompetent inom pediatrik, alternativt anestesiologi eller palliativ vård med inriktning på barn. Beredskapsjour ingår. Forskning kan bedrivas i samarbete med Palliativt forskningscentrum.

Om du har frågor skicka ett mail, så ringer vi upp:
Tf verksamhetschef Margareta Danelius margareta.danelius@erstadiakoni.se
Överläkare Karin Björkman karin.bjorkman@erstadiakoni.se
Läkarförbundets representant Gunilla Wirström nås via växel 08/7146500

Läs mer och registrera din ansökan på www.erstasjukhus.se under "Lediga jobb" senast den 21 juni 2013.

Ersta diakoni är en ideell förening som bedriver sjukvård och socialt arbete, utbildning och forskning, professionellt och non-profit.

Ersta diakoni

-vårdvalet i din vardag

achima care
TROLLHÄTTANS VÅRDCENTRAL

Achima Care AB driver vårdcentraler i Kronoberg, Västra Götaland, Sörmland, Skåne och Västmanland samt rehabenheter i Skåne och Kalmar län.

SPECIALISTLÄKARE

Är du driven och intresserad av verksamhetsutveckling?

Hör av dig till

Maja Sjöberg, chef Verksamhetsutveckling Achima,
tfn 0733-248 301, e-post: maja.sjoberg@achima.se

eller

Malin Klittvall, Verksamhetschef Trollhättans vårdcentral,
tfn 0733-248 343, e-post: malin.klittvall@achima.se

Var med och utveckla våra Multimodala rehabiliterings team.

Läs mer på: www.trollhattansvardcentral.se

Adress: Lasarettsvägen 2
Postnr: 461 52 Trollhättan

Tel: 0520-47 45 00

E-post: info@trollhattansvardcentral.se
Internet: www.trollhattansvardcentral.se

Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, har nærmere 12.000 ansatte som har som mål å gi best mulig behandling og pleie til pasientene våre. Hvert år behandler vi nesten 600.000 pasienter og bidrar i utdanningen av et par tusen helsearbeidere. Forskning er en viktig oppgave, og vi er blant de fremste i landet innenfor dette feltet. Budsjettet vårt er på ca 9,4 milliarder kroner.

Vår visjon er å fremme helse og livskvalitet i vest, og verdiene våre er:
- Respekt i møte med pasienten
- Kvalitet i prosess og resultat
- Trygghet for tilgjengelighet og omsorg



Haukeland universitetssykehus søker Klinikkdirektør for Mottaksklinikken

Vil du lede en av de mest spennende satsningene i helse-Norge?

Haukeland universitetssykehus tenker helt nytt om mottaksmedisin. Vi er først ute i landet med å etablere en mottaksklinikk som skal gi våre akuttpasienter rett hjelp hurtigere på rett plass.

Er du lederen vi behøver til å styre overgangen fra prosjekt til klinikk?

Mottaksklinikken er planlagt å være i full drift fra 2016 og vil bestå av tre enheter:

- Tverrfaglig utredningspost med 43 senger. Her får pasientene med et sammensatt sykdomsbilde et bedre og mer effektivt diagnostisk tilbud på en plass.
- Ny korttidspost med 20 senger. Her kommer pasienter der sykehusoppholdet er forventet å være kort, og som ikke behøver videre behandling hos de høyspesialiserte avdelingene.
- Akuttmottaket blir rustet opp og får utvidet kapasitet med bedre logistikk og pasientflyt.

Du blir en sentral samarbeidspartner for primærhelsetjenesten og de fleste avdelinger og klinikker på sykehuset. Du blir en del av foretaksledelsen ved Haukeland universitetssykehus og vil rapportere direkte til administrerende direktør, Stener Kvinnsland.

Interessert i å vite mer om stillingen og oss? Se: www.helse-bergen.no

Utfordringer fremover i tid

Det forventes en økning i strømmen av akuttpasienter til sykehuset i årene som kommer. Det ligger an til en økning fra 32.000 pasienter årlig i 2012, til 45.000 pasienter årlig i 2025.

Gjennomsnittsalder til befolkningen øker. Det fører til flere pasienter med et sammmensatt sykdomsbilde, kombinert med høy alder.

Mottaksklinikken vil gjøre at vi har bedre kapasitet til å møte utviklingen i samfunnet.

Kontaktperson for stillingen
Rådgivar Tove Huse Bjerkevoll,
telefon +47 48 07 38 34

Søknadsfrist 16. juni 2013
Referansenummer 1768967230

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Inkomster på 150–160 000 kr per månad.

Vikariat i Norge som allmänläkare

Vi kan nu även erbjuda anställningsformer med fasta betalningar per månad.

Transmedica ingår samarbete med Nordvik

Transmedica har 20 års erfarenhet, många duktiga medarbetare och är det ledande bemanningsföreta get i Danmark. Känt för sin stora erfarenhet, höga kvalitet och högklassiga service.

Förmedlingen av vikariat i Norge kommer att ske i samarbete mellan Transmedica och Nordvik.

Har du svensk läkarlegitimation är du kvalificerad. Vikariatens längd varierar mellan några veckor och flera månader.

Börja när som helst under 2013.

Läs mer på
www.transmedica.dk, www.nord-vik.se

Kontakta oss på
Nordvik@mail.dk och tfn +45-24465857

Capio Psykiatri

ÖVERLÄKARE/ SPECIALISTLÄKARE I NEUROPSYKIATRI, YSTAD

Vi söker dig som vill förnya, effektivisera och utveckla svensk psykiatri genom vårt koncept vid vår integrerade öppenvårdsmottagning.

Genom evidensbaserade metoder arbetar vi med alla psykiatriska diagnoser, även beroende.

Tillgänglighet och bemötande är nyckelord för oss.

Du kommer att vara placerad i Ystad med viss tjänstgöring i Simrishamn.

Är du intresserad av att vara delaktig och utforma verksamheten vidare? Kontakta Cecilia Löfgren, 073-433 14 45 cecilia.lofgren@skane.se

Capio Psykiatri är en del av Capiokoncernen, www.capio.se, som bedriver hälso- och sjukvård i fem europeiska länder.







Visby lasarett på Gotland söker

Rehabläkare/ Geriatriker
Ref nr A332516

Endokrinolog
Ref nr A332517

Neurolog
Ref nr A332518

Välkommen till Svergies vackraste sjukhus!

Vill du veta mer om tjänsterna, kontakta gärna Thomas Karte, verksamhetsområdeschef, tfn 070-736 25 25..

Läs mer på www.gotland.se/jobbahososs

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se

Region Gotland

Vårdcentralen Solnas Hjärta

Söker

Distriktsläkare

Mitt i Solna centrum. Nybyggda & fräscha lokaler med fantastisk utsikt. Du kan styra ditt schema. Vi har ett nära samarbete med andra specialister på plats. Friskvård. Möjlighet till delägarskap.

Ansökan skickas till:
vc@solnashjarta.se
För mer info:
y.demir@solnashjarta.se
0761-607 911. 08 – 51 51 41 01

Ögonläkarkollega

sökes till privat ögonmottagning i södra Stockholm.
Kontaktperson dr. Sebastian Desaga, tel 08-12344290
e-mail: info@medsyn.se



GRÄSET ÄR GRÖNAST I SÖRMLAND

Specialistläkare

till Medicinkliniken, Kullbergska sjukhuset i Katrineholm

Specialistläkare i Allmän Internmedicin och specialistläkare i Geriatrik

Kullbergska sjukhuset är ett av Sörmlands tre sjukhus med ett upptagningsområde på 58.000 invånare.

Medicinkliniken vid Kullbergska sjukhuset har det mindre sjukhusets fördelar med korta beslutsvägar och en familjär stämning. Katrineholm ligger naturskönt med goda möjligheter till friluftsliv. Vi har nära och bra kommunikationer med övriga landet och omvärlden via tåg och flyg. Från Flemingsberg tar det bara 45 min och från Stockholms central mindre än 1 timme. De tre medicinklinikerna i Sörmland (i Katrineholm, Eskilstuna och Nyköping) har ett nära samarbete i länets medicindivision.

Medicinklinikens verksamhet
- Två medicinavdelningar och en kortvårdsavdelning
- Avdelning för strokevård och ortopedisk rehabilitering
- MAVA som främst handhar hjärtpatienter
- Akutmottagning med medicinjour och akutjour dygnet runt
- Mobilt närvårdsteam som tar hand om multisjuka äldre
- ASIH som tar hand om patienter i livets slutskede
- Mottagningsverksamhet

Kvalifikationer:
Specialist i inv medicin eller geriatrik.
Specialist inom närliggande specialite med intresse av att utveckla närvården.
Stor vikt läggs vid personlig lämplighet.

Vill du få mer information är du välkommen att ringa till:
Divisionschef Svante Nyberg, tfn 016-10 52 95 eller klinikadministratör Kerstin Kannius, tfn 0150-56135.

Välkommen med din ansökan senast 2013-06-19 till:
Nyköpings lasarett
Personalutvecklingsenheten
611 85 Nyköping

Märk ansökan med ref.nr 1506-05-13.
E-post för ansökan: rekryteringhos@dll.se

Läs mer på
www.landstingetsormland.se/jobb

Vi undanber oss vänligt men bestämt direktkontakt från bemannings- och rekryteringsföretag samt försäljare av ytterligare jobbannonser.

LANDSTINGET SÖRMLAND

För ett friskare tryggare och rikare liv

Medicinkliniken, Länssjukhuset i Kalmar söker

Reumatolog/ST-läkare

inom reumatologi

Specialistläkare

inom neurologi/invärtesmedicin

Sista ansökningsdag 17 juni.

Kliniken för Rehabilitering och Geriatrik, Västerviks sjukhus söker

Specialistläkare

inom rehabiliteringsmedicin

Sista ansökningsdag 15 juni.

Läs mer och ansök på **Ltkalmar.se/ledigajobb**

Landstinget i Kalmar län

www.lakartidningen.se



Vi söker nya medarbetare

Södra Älvsborgs Sjukhus

Vårdenhetsöverläkare/Specialist, 4 st

Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Borås

Tillsvidare. Heltid. Tillträde efter överenskommelse.

Ref.nr: 2013/1955

Upplysningar: Verksamhetschef Ewa Hedström, tfn 033-616 19 90.

Sista ansökningsdag: 2013-06-10.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Verksamhetschef

Operations- och intensivvårdskliniken, Jönköpings sjukvårdsområde

Vi välkomnar dig, som tillsammans med engagerade medarbetare, vill leda och utveckla operations- och intensivvårdskliniken på Länssjukhuset Ryhov, ett sjukhus som vill vara ett föredöme i svensk sjukvård. Operations- och intensivvårdskliniken består av intensivvård, operationssjukvård, steriliseringsverksamhet, smärta och sekretariat. Kliniken är sedan 2011 certifierad enligt SS-EN ISO 9001:2008.

Frågor och ansökan
Upplysningar lämnas av sjukvårdsdirektör Ann-Marie Schaffrath, tel 036-32 50 10, personalchef Hans Dahlberg, tel 036-32 11 75 eller chefläkare Axel Ros, 036-32 13 47. Fackliga företrädare är; läkarförbundet Patrick Byrd 036-32 29 59, Vårdförbundet Ann-Marie Forthmeiier 036-32 29 80, Kommunal Lars-Åke Johansson 036-32 29 80 eller Vision Ing-Marie Svensson 036-32 29 52.

Läs mer och ansök på www.lj.se/jobb

Landstinget i Jönköpings län

Storvretens vårdcentral söker läkarkollega

Storvretens vårdcentral i Tumba är en välbemannad och expanderande mottagning med 13 000 listade patienter. Vi har kunniga medarbetare och låg personalomsättning med tio specialister, tre ST-läkare, en underläkare samt en specialist i invärtes medicin. Tre av kollegorna forskar på deltid och våra psykologer medverkar i ett KBT-projekt.

Vi prioriterar utveckling, kvalitet och delaktighet.

Mottagningen är läkarägd och har sedan 1994, som en av de första i Stockholms län, drivits i privat regi.

Vi söker nu en kollega för att ersätta delägare som går i pension. Framtida delägarskap är möjligt.

Är du intresserad? Kontakta:

Olof Wikström
VD. Verksamhetschef
Tfn 08-530 677 00/56
Mobil 070-421 65 24

Lars Roos
Personalchef
Tfn 08-530 677 00/21
Mobil 073-200 05 03

Storvretens Vårdcentral

Oslo universitetssykehus

Avdelingsleder

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Kardiologisk avdeling

Avdelingsleder har resultatansvar for sykehusavdelingens samlede virksomhet. Lederen inngår i klinikkleders ledergruppe. Det arbeides for å knytte bistilling (20 %) som professor II/amanuensis ved Universitetet i Oslo til hovedstillingen for søkere som har relevant kompetanse.

Kontaktinfo: Klinikkleder/professor Otto A. Smiseth, tlf. + 47 908 67 189, otto.smiseth@ous-hf.no.no eller HR-leder Marit Frogner, tlf. +47 905 94 160, marit.frogner@ous-hf.no

frantz.no

Ref.nr. 1776547071 **Søknadsfrist: 15.06.2013**

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 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

Landstinget Västmanland söker

Familjeläkare

till Ullvi-Tuna vårdcentral i Köping

Ullvi-Tuna vårdcentral ligger i centrum av Köping, intill Köpings sjukhus och bara 200 meter från Mälaren. Med bara 3 minuters promenad från buss- och järnvägsstationen är det smidigt att pendla till oss.

Enheten består av läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, barn- och mödrahälsovård, arbetsterapeut, dietist, psykolog och kurator.

Totalt är vi 40 medarbetare inklusive AT- och ST-läkare. Med samtliga yrkeskategorier samlade under ett tak är vi en mycket flexibel och kunnig enhet.

Vi söker nu två nya läkare till mottagningen, då två av våra läkare går i pension.

Välkommen med din ansökan senast 14 juli.

Landstinget Västmanland är en av länets största arbetsgivare med ca 6 500 anställda. Landstingets huvuduppgift är att bidra till ett gott liv för västmanlänningen. Det gör vi genom att arbeta med hälso- och sjukvård, tandvård, utbildning, kultur, näringslivsfrågor, kommunikationer och miljö.

Läs mer på www.ltv.se

LANDSTINGET VÄSTMANLAND

LANDSTINGET BLEKINGE SÖKER

Överläkare/specialistläkare i geriatrik till Medicinkliniken

Upplysningar: Verksamhetschef Hans S Åkesson 0455-73 23 05.
Ställföreträdande verksamhetschef Agneta Eckernäs-Thorell 0455-73 48 09.
Överläkare Christina Stenberg 0455-73 56 41.

Sista ansökningsdag: Välkommen med din ansökan senast den 9 juni 2013.

För mer information om tjänsten och ansökan:
www.ltblekinge.se

LANDSTINGET BLEKINGE

Capio Lundby Närsjukhus

Vi söker nya medarbetare

Överläkare/Specialistläkare Allmän kirurgi

Vi erbjuder

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

Goda möjligheter ges till fortbildning.

Är du intresserad?
Agnetha Folestad, verksamhetschef/VD,
031-65 70 11, agnetha.folestad@capio.se

Läs mer om tjänsten och ansök online på www.capiolundbynarsjukhus.se/jobb

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

Region Skåne söker:

Överläkare

Vuxenpsykiatri
Psykiatri Skåne
Lund

Överläkare

Reumatologi
VO Internmedicin
Helsingborgs lasarett
Helsingborg

Specialistläkare allmänmedicin

Vårdcentralen Rosengården
Primärvården Skåne
Malmö



Alla jobb hittar du på www.skane.se/jobb

Region Skåne ska främja god hälsa, vi ansvarar för att det finns bra sjukvård och kollektivtrafik för alla i Skåne. I vårt uppdrag ingår också att verka som koordinator, inspiratör och samlande kraft för utvecklingen i Skåne. Vi är Skånes största arbetsgivare med 32 000 medarbetare och en total budget på 37 miljarder kronor (2012). Högsta beslutande organ är regionfullmäktige som väljs av invånarna i Skåne.

Surnadal kommune

Vi har ledig ein nyoppretta Fastlegeheimel.

Läs mer på Legestillinger.no

Capio Vårdcentral

Capio Vårdcentral Högdalen söker en

Specialist i allmänmedicin

Mer information och ansökan på **www.capio.se**

PRIMA
VUXENPSYKIATRI AB

PRIMA Vuxenpsykiatri i Kungsängen söker specialistläkare i psykiatri

PRIMA är Skandinaviens största privata vårdgivare inom psykiatrisk specialistvård. PRIMA tar ansvar och har alltid patienten i fokus. PRIMA bedriver vård med hög kvalitet där behandling vilar på en vetenskaplig grund. Psykisk hälsa ska vara lika självklar som fysisk hälsa.

PRIMA Vuxenpsykiatri erbjuder psykiatrisk vård för personer över 18 år boende i Danderyd, Täby, Vallentuna, Lidingö, Vaxholm och Österåker, Järfälla och Upplands-Bro kommuner och stadsdelarna Älvsjö, Skärholmen, Liljeholmen-Hägersten samt för övriga som väljer att gå hos oss.

Inom PRIMA finns en Psykossektion, med psykosteam alternativt mottagningar lokalt. Vi har också en enhet för nyinsjuknade i misstänkt psykos, Lotsa, belägen på Danderyds sjukhus.

Vi söker nu en **överläkare** till PRIMA Kungsängen. Mottagningen togs över av PRIMA den 18 mars 2013.

Arbetsuppgifter Sedvanliga arbetsuppgifter för läkare på en psykosmottgning. Stor del av arbetet sker i team.

Kvalifikationer Specialist i psykiatri, gärna med erfarenhet av psykosvård. Som person är du ansvarstagande och självständig samt van att arbeta mot uppsatta mål. Du är flexibel och har god samarbetsförmåga. Vi lägger mycket stor vikt vid personlig lämplighet.

Tjänsten är en heltidstjänst och förhoppningsvis kan du börja i månadsskiftet augusti/september.

Ansökan Skicka din ansökan **senast den 19 juni 2013**, till Helena Kyrö, *helena.kyro@primavuxen.se*. Intervjuer sker löpande och tjänsten kan tillsättas innan ansökningstiden har gått ut.

Har du frågor kring tjänsten är du välkommen att kontakta överläkare Helena Kyrö, medicinsk chef, per telefon 073-323 49 03 eller via e-post *helena.kyro@primavuxen.se.*

För mer information om PRIMA, se *www.primavuxen.se.*

Välkommen med din ansökan!

Attundahälsans Familjeläkarmottagning söker

SPECIALIST I ALLMÄNMEDICIN

Vi söker dig, hel- eller deltid, som vill arbeta på en trivsam och privat Familjeläkarmottagning vid Stinsens köpcentrum, Sollentuna, i fräscha och ljusa lokaler.

Attundahälsan är en flexibel organisation där även företagshälsovård, skolhälsovård och vaccinationer ingår. Vi betjänar snart 6000 listade och har mycket goda vitsord från våra patienter via patientenkäten.

Nu behöver vi en till doktor som sätter patienten i centrum, tycker om att påverka sin arbetssituation och vill fortsätta utveckla verksamheten tillsammans med oss.

Välkommen att kontakta VD Marianne Sagelius, tfn 08-120 99 120 eller medicinskt ansvariga Birgitta Cokorilo tfn 08-120 99 125.

Mer om oss finns även på *www.attundahalsan.se*

Välkommen med din ansökan snarast till
marianne.sagelius@attundahalsan.se
Sista ansökningsdag är 15 juni.

Attundahälsan
Stinsen 204, Glimmervägen 14
191 31 Sollentuna

ATTUNDA HÄLSAN

Stöd diabetesforskningen för barn och vuxna

Stöd forskningen
PG 90 09 01-0

Diabetesfonden
Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets Forskningsfond
www.diabetesfonden.se

Vårdval Norrbotten

GAMMELSTAD HÄLSOCENTRAL SÖKER

TVÅ DISTRIKTSLÄKARE

Vi är en lagom stor hälsocentral med cirka 9700 patienter, belägen 10 km från Luleå centrum och 5 km från Sunderby sjukhus. Vi är fem ST-läkare och tre färdiga specialister.
Vi söker två distriktsläkare som gärna vill utvecklas genom uppdrag som huvudhandledare till våra ST-läkare och/ eller medicinskt ledningsansvarig, också med kliniskt arbete i en diskussionsrik och utvecklande miljö. Vi arbetar med avgränsade listor, 1500 patienter/heltidsarbetande läkare. Sysselsättingsgrad bestämmer Du själv.

Intresserad att veta mera?

Kontakta:
Distriktsläkare Irina Ignatovich, irina.ignatovich@nll.se
Distriktsläkare Anna Karin Fahlén, anna-karin.fahlen@nll.se 070-515 33 98
Verksamhetschef Stefan Wahlström, stefan.wahlstrom@nll.se 070-343 42 98

HÄLSOCENTRALERNA NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Capio Vårdcentral

Är du trött på ditt nuvarande arbete?
- Prova något nytt!

Capio Vårdcentral Gubbängen söker en

specialist i allmänmedicin.

Vi är en stabil och välfungernande vårdcentral.
Vi samarbetar och stöttar varandra.
Du bestämmer själv arbetstider och schema.
Ingen jourverksamhet.

Journalprogram: Take Care

Vi har nyrenoverade och ljusa lokaler
Utmärkta kommunikationer.

Medicinskt ansvarig läkare: Håkan Nilsson

Ansökningstiden går ut: **2013-06-14**

Bemanningsföretag undanbedes!

Läs mer på www.capio.se

Kontaktpersoner:
Verksamhetschef Eva Lööf
tel 070-248 50 56 eva.loof@capio.se
Bitr. verksamhetschef Hans Thorsell
tel 073-996 64 35 hans.thorsell@capio.se





Akademikliniken är en av världens ledande privata kliniker för estetisk och rekonstruktiv plastikkirurgi med verksamhet i Sverige, Norge, Danmark och England. Kliniken grundades 1991 och utför varje år mer än 27 000 estetiska behandlingar. Mottot är "Skönhet genom Vetenskap" och Akademikliniken är med och leder utvecklingen inom plastikkirurgi genom kontinuerlig forskning och egna utbildningar. Koncernen har över 200 medarbetare och våra specialister utför även injektionsbehandlingar, medicinska hudvårdsbehandlingar samt estetiskt tandvård. Vi har även en egen hudvårdserie.

Vi utökar vår verksamhet och söker därför:

DERMATOLOG

TILL AKADEMIKLINIKEN MALMÖ

Hudvårdsavdelningen på Akademikliniken i Malmö har idag 2 hudterapeuter och 2 sjuksköterskor som utför olika typer av injektionsbehandlingar, kemiska peels samt laser- och LPG.

Vi söker dig som är Dermatolog med intresse för estetisk dermatologi. Gärna erfarenhet av att arbeta med laser.

Arbetsuppgifter: Bedömning och behandling av olika typer av hudskador samt bedömning och vid behov borttagning av hudförändringar.
Anställningsform: Deltid
För ytterligare information kontakta: Verksamhetschef Eva Bartholdson, tel. 070-200 65 22 eller mail eva.bartholdson@ak.se. Ansökan med CV skickas via mail till Eva Bartholdson, senast den 15 juni 2013.

AKADEMIKLINIKEN
SKÖNHET GENOM VETENSKAP

Akademikliniken Öresund AB, Regementsgatan 35, 217 53 Malmö. www.ak.se

SPEKTRA KLINIKEN

Skönhetsklinik söker hudläkare eller plastikkirurg

Spektrakliniken är en etablerad verksamhet som funnits i över 10 år i Stockholm och Göteborg. Vi söker en hudläkare eller en plastikkirurg som ska ta över ansvaret för injektionsverksamheten som idag är väl inarbetad. Det finns stor outnyttjad potential i verksamheten för rätt person. Tjänsten omfattar ca en eftermiddag i veckan.

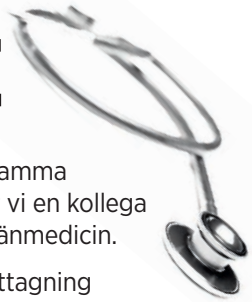
Kontakta oss för mer info eller för att boka ett möte!

Spektrakliniken AB
Döbelnsgatan 21
11140 Stockholm
08-306650

Robert Wreder, VD
070-7799241
robert@spektrakliniken.com
www.spektrakliniken.com

Kolbäcks Familjeläkarmottagning i Västmanland söker

LÄKARE



Då en av våra mångårigt verksamma kollegor nu går i pension söker vi en kollega på heltid, helst specialist i allmänmedicin.

Mottagningen är en 3-läkarmottagning som är välfungerande och har stabil bemanning. Det finns bra kommunikationer. Mottagningen ingår i Vårdval Västmanland.

Datum för tillträde 2013-09-01.

Välkommen med frågor/ansökan senast 30 juni till Verksamhetschef Burkhard Anders eller personalansvarig Dessale Berhane.

Kolbäcks FLM
Herrevadsvägen 7
734 51 Kolbäck
Tel vxl 0220-404 15

Praktikertjänst



Aleris Försäkringsmottagning
Sabbatsberg söker

Specialist i allmänmedicin

Växa med oss!

Aleris Specialistvård Sabbatsberg befinner sig i en utvecklingsfas och söker dig som är specialist i allmänmedicin som vill arbeta på Aleris Försäkringsmottagning.

Vi erbjuder dig ett utmanande och intressant arbete med kompetenta och erfarna medarbetare.

Vill du veta mer är du välkommen att kontakta vår verksamhetschef Yvonne Haglund Åkerlind, på telefon 070-002 15 99.

Läs mer på **www.aleris.se/framtiden**

Aleris erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg & psykisk hälsa och är ett av Nordens ledande privata vårdföretag. Vi finns idag i Sverige, Norge och Danmark. Aleris ägs av svenska Investor. Läs mer på www.aleris.se

Aleris SPECIALISTVÅRD



WOULD YOU LIKE TO BE INVOLVED IN REVOLUTIONIZING MEDICAL TRAINING?

Medical training has not changed significantly in the past hundred years. Sectra is now in the midst of a process to launch its revolutionary technology for visualization of medical data.

We are now seeking a business manager to take charge of this exciting area.

Interested? Read more at **sectra.com/jobs**

SECTRA

Norrbottens läns landsting
söker

Specialister, ST-läkare

till Sektion Geriatrik, Sunderby sjukhus

Kontaktperson
Dusan Jovic, sektionschef Geriatik, tel 0920-28 37 05

www.nll.se/jobb

NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

Oslo universitetssykehus

Avdelingsleder

Hjerte-, lunge- og karklinikken, Thoraxkirurgisk avdeling

Stillingen som avdelingsleder er ledig og skal besettes fra 01.09.2013. For søker med aktuell kompetanse kan det samtidig søkes om bistilling som professor II/ førsteamanuensis (20% stilling) i medisin (thoraxkirurgi) ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Kontaktinfo: Klinikkleder/professor Otto A. Smiseth, tlf. + 47 908 67 189, otto.smiseth@ous-hf.no.no eller HR-leder Marit Frogner, tlf. +47 905 94 160, marit.frogner@ous-hf.no
Henv. angående bistillingen: Personalrådgiver v/Institutt for klinisk medisin, Maria Nesteby, tlf. +47 22 84 46 86.
For spørsmål om elektronisk søknad, ring +47 23 01 51 00.

Ref.nr.: 1775088979 **Søknadsfrist: 15.06.2013**

frantz.no

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 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

folkehelseinstituttet

Nasjonalt folkehelseinstitutt:

Overleger

i medisinsk mikrobiologi

Läs mer på www.legestillinger.no

Landstinget Västernorrland

Överläkare med inr vuxenhabilitering till habiliteringskliniken i Sundsvall

Läs mer på Sjukvardsvakanser.se

Läkare sökes till centralt belägen privat läkarmottagning i Stockholm. Det är en fördel om du har etablering el annat avtal, dock ej något krav.

Centrumkliniken,
Sveavägen 60,
111 34 Stockholm.
reception@centrumklinken.se,
08-796 15 70, 070-712 44 11



Sök Aroseniusfondens

forskningsanslag 2013

Aroseniusfonden stödjer medicinsk forskning och omvårdnadsforskning rörande hemofili, von Willebrands sjukdom, andra blödningsrubbningar och genterapi. Fonden har fått sitt namn efter konstnären Ivar Arosenius som var blödarsjuk och levde i början av förra seklet.
I fondens styrelse ingår representanter för hemofilivården, genforskningen och Förbundet Blödarsjuka i Sverige.

Fonden utlyser härmed ett, alternativt två, stipendier om högst 400 000 kr respektive 100 000 kr, till stöd för forskning inom ovan nämnda områden. Forskare eller forskargrupp kan ansöka. Anslaget kan användas för driftskostnader eller lön. Prioritet ges till forskning av hög kvalitet.

Ansökningshandlingar rekvireras från Förbundet Blödarsjuka i Sverige eller via Aroseniusfondens hemsida.

Ansökan sändes senast den 30 augusti till:
Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Aroseniusfonden,
Box 1386, 172 27 Sundbyberg

www.aroseniusfonden.se

Hör du
då igt är du
inte e sam

hrf.
Hörselskadades Riksförbund
08-457 55 00, www.hrf.se

HIV-infektion ur många aspekter

Kursen riktar sig till specialister och ST-läkare som handlägger patienter med HIV infektion. Kursen är granskad av Lipus, kursinformation finns på *www.lipus.se.*

Kursen ges på **Karolinska, Huddinge 9/12–13/12**.

Kursledning är Veronica Svedhem Johansson, tel 076-0274643 och Anders Thalme.

Sista anmälningsdag är 2/9, skriftlig anmälan till:

Eva Johansson
I73 Infektionskliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
070-0856576

Damm-suga? Härligt!

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

Har man överlevt cancer är däremot den tanken ständigt närvarande.

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

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

Cancerfonden

I Landstinget Kronoberg kan du trivas, växa och påverka. Här får du utvecklas – både som människa och i din yrkesroll. Tillsammans arbetar vi för att nå visionen ”Ett gott liv i ett livskraftigt län”

Centrallasarettet Växjö söker

Verksamhetschef

till anestesikliniken Kronoberg

Anestesikliniken är en länsövergripande klinik med verksamhet på Växjö och Ljungby lasarett bestående av intensivvård, anestesi- och operationsenhet, smärtenhet och sterilteknisk enhet. Kliniken har ca 300 anställda. Ditt uppdrag blir att, direkt underställd centrumchefen, driva och utveckla verksamheten mot uppsatta mål inom givna ramar.

Vi söker dig med visioner och goda ledaregenskaper som skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö och en vård med hög kvalitet. Ditt ledarskap är coachande med ett högt engagemang för medarbetarna. Du bidrar med positiv energi och har ett starkt fokus på patientsäkerhet och service.

För mer information gå in på www.ltkronoberg.se och klicka på ”Jobba hos oss” eller ring centrumchef Gunnar Persson, tel. 0470-58 94 50 eller 0709-67 32 75.

Landstinget Kronoberg
www.ltkronoberg.se

Medflyttarservice —
besök www.medak.info

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING SÖKER

Läkare

till Centrum för medicinska specialiteter

Läs mer och sök jobbet på www.jll.se/lediga jobb

Vill du veta mer, kontakta gärna enhetschef:

Lena Sollander Lundh, 063-15 35 07
Helene Christmansson, 063-15 46 39
Pernilla Johansson, 063-15 54 44

Jämtlands Läns Landsting

Välkommen med din ansökan senast 16 juni 2013

B&B Husläkare Vallentuna

Vi söker

Specialist i allmänmedicin

Vi på B&B Husläkare i Vallentuna Centrum behöver förstärkning med 1 allmänläkare, helst heltid. Vi är en välfungerande privat HLM ed knappt 7000 listade. Ung befolkning och trevligt arbetsklimat.

Vi är 5 kollegor varav en är barnläkare. Ej jour. Eget lab mm. Vg se vår hemsida: **www.hlmbb.com**.

Ring Dr Nils-Axel Bennedich eller Dr Anders Björk på tel 08-511 743 09 eller på mail **nilsaxel.bennedich@hlmbb.com** resp **anders.bjork@hlmbb.com**

– B&B Husläkare et al AB, Centrumpassagen 10, 186 31 Vallentuna –



Landstinget i Östergötland

Verksamhetschef

Reumatologiska kliniken, Linköping

Vi söker dig som vill leda kliniken utifrån ett processorienterat arbetssätt. Du drivs av att utveckla verksamhet och medarbetare med utgångspunkt i uppdrag och mål.

Sista ansökningsdag är den 9 juni 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland



Aleris Vårdcentral Tyresöhälsan söker Distriktsläkare/Allmänläkare

Vi går en spännande framtid till mötes och vårt trevliga team söker specialister i allmänmedicin samt geriatriker som är intresserade av att arbeta i hemsjukvården. Som person är du positiv och har god samarbetsförmåga. På vårdcentralen finns ett stort intresse av att utveckla verksamheten och vi välkomnar att du deltar aktivt i det arbetet.

Vid frågor är du välkommen att kontakta Renata Kolanowska, Läkare och medicinskt ledningsansvarig, renata.kolanowska@aleris.se eller Marie Erlandsson, bitr. verksamhetschef marie.erlandsson@aleris.se.

Sista ansökningsdag är den 31 maj 2013.
Läs mer om tjänsten och ansök på aleris.se/ledigajobb

Aleris erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg & psykisk hälsa och är ett av Nordens ledande privata vårdföretag. Vi finns idag i Sverige, Norge och Danmark. Aleris ägs av svenska Investor. Läs mer på www.aleris.se

Aleris VÅRDCENTRAL

För ett friskare tryggare och rikare liv

Medicinkliniken, Oskarshamns sjukhus söker

Specialist/överläkare

- **internmedicin med subspecialisering inom reumatologi**
- **internmedicin med subspecialisering inom geriatrik och/eller palliativmedicin**

Vill du jobba på ett av Sveriges bästa sjukhus? Ett mindre sjukhus med fördelar som korta beslutsvägar och snabba lösningar.

Intresserad?
Kontakta verksamhetschef/överläkare Petra Hinnen, 0722-21 50 42 eller överläkare Elmar Keppel, 0725-78 39 48.

Ansökan vill vi ha senast den 31 maj 2013. Läs mer och ansök på **Ltkalmar.se**

Landstinget i Kalmar län

SÄLJES
Komplett utrustning för öronnäs- och halsläkare inkl öronbord. Telefon 0708-74 92 18.

Hus i Torekov uthyres
veckovis, v. 27–30, 6–8 bäddar.
Kontakta: 0709-94 86 68 eller eller 0730-36 96 49

Invärtesmedicinsk ersättningsetablering (mottagning i centrala Göteborg) överlåtes.
Svar till sign: »Invärtes», LT.
Fö vg se **www.vgregion.se**

REUMATISM

kan drabba alla åldrar

Stöd forskningen om en av våra största folksjukdomar!
Bg 900-3195, Pg 90 03 19 - 5

Reumatikerförbundet
Telefon 08 - 505 805 00

Täbyhälsan anställer ytterligare en

företagsläkare

med tillträde sensommar/höst 2013.
Du behöver vara specialiserad inom företagshälsovård, helst också inom allmänmedicin. Vi erbjuder intressanta och varierade arbetsuppgifter på en trivsam mottagning!
För mer info, ring vd Ulrika Tourbier på 08-473 64 04 eller maila till info@tabyhalsan.se. Välkommen med din ansökan senast 2013-06-14, men gärna tidigare till
Täbyhälsan, Kanalvägen 17, 183 30 Täby
eller till info@tabyhalsan.se

täbyhälsan

Läkarhuset Optimuskliniken

i Upplands Väsby har ett ledigt läkarrum.

På mottagningen finns:
En hudläkare och en kirurg, fyra allmänläkare och två sjukgymnaster, samtliga med etablering.

Tre sköterskor och en operationssköterska.

Vi har nu ett rum ledigt för läkare med egen etablering eller vårdavtal, gärna hudläkare men även reumatolog eller neurolog eller annat förslag. Adress Optimusvägen 12 C.

Kontakta Christer Olsson 070-590 43 60

Patienten alltid först

ENHETSCHEFER/ LÄKARCHEFER

till Öron- Näs- och Halskliniken

För närmare information kontakta:
Verksamhetschef Bo Tideholm, tel: 08-585 857 19.

Refnr K-13-81424

Välkommen med din ansökan senast 2013-06-16.

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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



Aleris Vårdcentral Östertull söker

Specialister

i allmänmedicin eller i annan specialitet.

Till vårt trevliga team söker vi bl. a. specialister i allmänmedicin. På vårdcentralen finns ett stort intresse av att utveckla verksamheten och vi välkomnar att du deltar aktivt i det arbetet. Vi erbjuder riktigt förmånliga anställningsvillkor. Kontakta oss gärna så får du veta mer.

Kia Zacco
verksamhetschef
072-740 87 00
kia.zacco@aleris.se

Laszlo Sinqvist
specialist allmänmedicin
070-947 33 73
laszlo.sinkvist@aleris.se

Intervjuer sker löpande så välkommen med din ansökan snarast.
Läs mer om tjänsten och ansök på **aleris.se/ledigajobb**

Aleris erbjuder tjänster inom sjukvård, äldreomsorg och psykisk hälsa och är ett av Nordens ledande privata vårdföretag. Vi finns idag i Sverige, Norge och Danmark. Aleris är ett dotterbolag till svenska Investor. Läs mer på www.aleris.se.

Aleris VÅRDCENTRAL

Etableringar och överlåtelser

ÖGONLÄKARMOTTAGNING ÖVERLÅTES

på Götgatan i Stockholm.
Väl inarbetad mottagning. Mycket stort patientunderlag.
Närmare upplysningar: Dr. Jaan Sule 08-643 48 66 **jaan.sule@telia.com**

Ersättningsetablering/Hudmottagning i Helsingborg

Väletablerad mottagning säljs. Starta direkt med nationell taxa. Bredd sjukvård & kosmetisk verksamhet.

Anbud via https://TendSign.com , nr 1301113, senast 18 juni.

Information dr Gina Topan , 042-21 14 00, 042-18 07 38 (kvällstid) drtopan@telia.com, www.topanestetik.se

Läkarpraktik i hjärtat av Stockholm överlåtes

Väletablerad, 200 m² mitt i city, 6 läkare
Kontakta Eriksson & Carlsson Företagsrådgivarna AB
Tel: 08-50 51 67 47 Mail: kontakt@ericar.se

Redaktör: Carin Jacobsson
tel: 08-790 34 78
carin.jacobsson@lakartidningen.se

NYTT OM NAMN

2012 års mentorer i Jönköpings län

Sylf Jönköping har nu utsett årets mentorer för 2012, en i vardera sjukvårdsområde. Pristagarna är **Wojciech Broda**, medicinkliniken, Höglandssjukhuset i Eksjö, **Ulrike Sittig**, kirurgkliniken i Värnamo, och **Rebecka Ruderfors Malterling**, kirurgkliniken, Jönköping.

Wojciech Broda får priset för att han »är en ödmjuk läkare med en enorm kompetens och bredd inom den internmedicinska specialiteten. Han är dessutom alltid vänlig och tillmötesgående och drar sig inte för att hjälpa till om det kör ihop sig på avdelningen eller på akuten. Han är en överläkare som inte är rädd att fatta beslut och man känner sig som yngre läkare trygg med den uppbackning man får. Sist men inte minst har han ett fantastiskt sinne för humor och bidrar till den goda stämningen på medicinkliniken.«

Ulrike Sittig får priset för att hon »är en fantastisk handledare, ett föredöme för alla. Hon ställer alltid upp, hon ser till att handledning blir genomförd, funderar över hur inlärningen ska fungera optimalt, lägger upp plan för utbildning, släpper fram, handleder i alla situationer, orkar sätta in sig i saker och ting. Hon har reviderat och lagt om utbildningsplanen på kirurgkliniken och lyft upp den till en bra nivå.«

Rebecka Ruderfors Malterling får priset med motiveringen: »Även om arbetsbelastningen är hög låter Rebecka handledning och undervisning få ta den tid som behövs. Rebecka är inkluderande och får underläkaren att känna sig som en viktig del av teamet. Hon sprider entusiasm och nyfikenhet kring vårt yrke och är en förebild i sitt sätt att bemöta patienter.« ■

Prisad handledare på Karolinska i Solna



Desirée Wiegleb Edström

ST-läkarnas utmärkelse för bästa kliniska handledning 2012 på hudkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna har tilldelats överläkare **Desirée Wiegleb Edström**.

Hon får priset med motiveringen »För ett brinnande utbildningsintresse och en nyfikenhet som smittar av sig. Ett genuint engagemang för både patienter och kollegor. Du är en kompentent och prestigelös förebild för oss.« ■

Nya docenter i Lund

Vid Lunds universitet har som docenter antagits **Daniel Arvidsson** i folkhälsovetenskap och **Jonas Brännström** i audiologi. ■

Rättelse

Genom ett beklagligt misstag kom vi att publicera **Vera Wolff-Stolovs** namn under rubriken Avlidna i förra utgåvan av Läkartidningen. Redaktionen ber oförbehållsamt om ursäkt för detta. ■

På nytt jobb



Anders Bergström

Anders Bergström tillträder den 3 juni en tjänst som överläkare i katarakt- och glaukomkirurgi vid ögonkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Mölndal. Han kommer närmast från ögonkliniken vid Skånes universitetssjukhus, Malmö–Lund. ■

LÄS MER Aktuella disputationer: Läkartidningen.se/disputationer

Anslag till forskning kring elevhälsa

Svenska skolläkarföreningen utlyser 1–4 bidrag på sammanlagt 30 000 kr till projekt som rör skolelevers hälsa. Vi vill i första hand stödja skolhälsorelaterat utvecklingsarbete men välkomnar även ansökningar till både etablerade och nystartade forskningsprojekt inom ämnesområdet. Resebidrag med direkt anknytning till ett forskningsprojekt kan också komma i fråga. Huvudsökanden ska vara medlem i Skolläkarföreningen.

Ansökan ska innehålla en kortfattad projektplan där genomförande och syfte, finansiering samt sökandens meriter framgår. Ansökan skickas per e-post: josef.milerad@lidingo.se senast den 31 augusti. Detaljerade anvisningar för ansökan finns att hämta via ‹www.slf.se/skollakare›. ■

KALENDARIUM

Philosophical practice & walks, seminar June 18–21, Landsort, arranged by the Spinalis Foundation
Invited speakers: *Peter Harteloh* and *Lou Marinoff*
For information and programme, contact Claes Hultling, e-mail: claes@spinalis.se or phone: +46 707 30 86 40

Kris- och traumacentrum, seminarium 27–28 september, Hilton Stockholm Slussen Hotel, Stockholm
Program
Från neurobiologi till klinisk praxis
Rachel Yehuda: How current developments in molecular biology and endocrinology can inform our understanding of PTSD risk and treatment response: (I) Adult children of Holocaust survivors. (II) Genetic, epigenetic, molecular and endocrine correlates before and after treatment
Ruth Lanius: The relevance of the social cognitive and affective neuroscience (SCAN) paradigm for the understanding of early trauma
Marylene Cloitre: Treating complex PTSD with STAIR narrative therapy
För ytterligare information och anmälan, se ‹www.krisochtraumacentrum.se›

SLIPI:s 8:e immunbristmöte, 4–6 september, Båstad
Program
ONSDAG 4 september
12.00 Registrering och lunch
13.00 Välkomsthälsning
13.15–15.00 Andrew Cant: Infektioner och vaccination vid PID
15.45–17.15 Den infektionskänsliga individen
Anders Fasth: Barn
Karlis Pauksens: Vuxen
20.00 Middag

TORSDAG 5 september
08.30–10.00 CVID. Erfarenheter från Skandinavien
Moderator : *Vanda Friman*
10.45 Stephen Jolles: Gammaglobulin – behandling , nyheter m m
12.15 Lunch
13.30–15.00 Mikko Sepponen, Nicholas Brodszki: Ovanliga diagnoser/fall
15.45 Patrik Nordenfelt: HAE – senaste nytt
Stefan Berg: Nytt om autoinflammatoriska sjukdomar/periodiska febrar
17.15–17.45 SLIPI:s årsmöte
20.00 Middag

FREDAG 6 september
08.30–10.00 Lennart Hammarström: Neonatal screening och aktuellt om IgA-brist
Ulf Tedgård: Neutropenier
10.45 Anders Fasth, Jan Wahlström: GenETISK vägledning
Moderator: *Pia Forsberg*
12.00–12.15 Avslutning
Anmälan görs per e-post: Karlis.Pauksens@akademiska.se
För ytterligare information, kontakta Karlis Pauksens, tel 018-611 56 44, Birgitta Sembrant, tel 018-611 56 72, eller se ‹www.slipi.nu›

SKICKA IN BIDRAG

Vi välkomnar bidrag till »Nytt om namn« från våra läsare. Skriv och berätta om personer på nya jobb eller uppdrag, vilka som fått utmärkelser, stipendier eller forskaranslag. Bifoga gärna ett foto.

Inför ditt lönesamtal

Att vara väl förberedd vid ditt lönesamtal är viktigt för din löneutveckling. Samtalet hålls som en del av din arbetsgivares årliga löneöversyn. Här får du tips på hur du kan förbereda dig.



För dig som är tillsvidareanställd i kommun och landsting ska löneöversynen enligt kollektivavtalet gälla från den 1 april.

Det är arbetsgivaren som sätter lön och den lokala läkarföreningens uppgift är att bevaka läkarnas intressen. Föreningen ska på uppdrag av sina medlemmar bevaka att arbetsgivaren har kännedom om läkarnas situation och kompetens i frågor som ska påverka lönesättningen.

Löneöversyn

Löneöversynen vid kommun och landsting påbörjas med att arbetsgivaren och den lokala läkarföreningen har en överläggning och diskuterar hur budgeten ser ut, om speciella satsningar ska göras på vissa grupper eller kliniker etcetera.

Vidöverläggningentasbeslutomhurlöneöversynen ska genomföras. Ofta genomförs löneöversynen genom att läkarföreningen förhandlar med arbetsgivaren för läkarnas räkning. Då ska du ha ett lönesamtal med din chef som ska ligga till grund för föreningens förhandlingar. Ett annat alternativ är att lön sätts direkt i ett samtal mellan dig och din chef. Då har du ett så kallat lönesättande samtal med din chef.

För dig som är anställd vid privat sektor genomförs löneöversynen oftast genom ett lönesättande samtal.

Ständigt pågående process

Löneutvecklingen är en ständigt pågående process under ditt yrkesliv. Att göra det bästa av ditt lönesamtal ger dig en möjlighet att påverka din löneutveckling.

Mål, krav och förväntningar

Förbered dig noga och i god tid inför lönesamtalet. Samtalet ska handla om din lön och vara kopplat till de mål, krav, förväntningar och resultat som finns.

Du bör kunna utgå från att din chef har en god uppfattning om din utveckling, men tyvärr fungerar detta inte alltid på stora enheter. Var därför beredd att själv beskriva de krav som arbetet ställer, dina insatser, vilka förändringar som skett under året och vilka förändringar du ser framöver. Du bör också fundera över vad som är rimligt att uppnå i ditt samtal vad gäller lön, villkor och kompetensutveckling.

Mer om lön

- Din lokala läkarförening har lokal lönestatistik samt information om lokala förhållanden och satsningar. Kontakt: www.lakarforbundet.se/lokalforeningar
- Läs förbundets lönestatistik samt checklista på: www.lakarforbundet.se/lon
- Läkarförbundets medlemsrådgivning: medlemsradgivningen@slf.se Tel: 08-790 35 10 må 9-12, ti-fr 9-12, 13-15



Förmånligt bolån

Som medlem i Läkarförbundet kan du ansöka om ett förmåligt bolån hos SEB.

Du får låna högst 85 procent av bostadens marknadsvärde och maximalt fem gånger hushållets årsbruttoinkomst. Erbjudandet gäller dig och din eventuella medlåntagare som har eller väljer SEB som huvudbank. Banken erbjuder även medlemslån till extra förmånliga villkor. Erbjudandet börjar gälla från och med den 3 juni. Läs mer på: www.lakarforbundet.se/lan

På jakt efter **examenspresent** till en läkare?

Då rekommenderar vi ett besök i vår medlemsbutik. Här hittar du smycken, manschettknappar och slipsnålar. Välkommen in på www.lakarforbundet.se/medlemsbutik



Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

08-790 33 00 • www.lakarforbundet.se • info@slf.se
Redaktör och ansvarig för sidans innehåll: Sofia.Segergren@slf.se

Läkartidningen
arrangerar

Läkartidningens symposier och Karriärkvällar 2013

Under 2013 arrangerar Läkartidningen följande events.
Sätt ett kryss i kalendern redan nu så du inte missar något!

- ✗ **Livsstil och hälsa** Stockholm, 4 september
- ✗ **Dopning** Stockholm, 25 september
- ✗ **Karriärkväll** Luleå, 3 oktober
- ✗ **Karriärkväll** Göteborg, 9 oktober
- ✗ **Demens** Göteborg, 17 oktober
- ✗ **Äldrevård** Stockholm, 6 november
- ✗ **Karriärkväll** Uppsala, 13 november

Uppdaterad information och anmälan finns på Läkartidningen.se/events

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

Läkartidningen **arrangerar**

Inbjudan till symposium

Tema ungdomshälsa



Medverkande
Leg sjukgymnast Anna Duberg, Universitetssjukhuset Örebro.

Barn- och ungdomspsykiatriker Ulf Wallin, Lunds universitetssjukhus.

Hans Smedje, Akademiska sjukhuset Uppsala.

Professor emeritus Marianne Cederblad Lunds universitet.

Professor Curt Hagquist Karlstad universitet.

Programansvariga
Lena Eidevall, Region Skåne.

Docent Lena Marions, Läkartidningen.

Moderator
Lena Eidevall, Region Skåne.

POLSTJÄRNAN, SVEAVÄGEN 77, STOCKHOLM
4 SEPTEMBER KL 11.30–16.00

Preliminärt program

11.30–12.30 Registrering och lunch.

12.30–12.40 Inledning. Lena Eidevall, Region Skåne.

12.40–13.10 Kan man dansa bort nedstämdhet?
Fysisk aktivitet för att förebygga och behandla psykisk ohälsa hos vuxna och unga.
Leg sjukgymnast Anna Duberg, Universitetssjukhuset Örebro.

13.10–13.40 Äta sig frisk – eller äta sig sjuk.
Matens och ätandets betydelse för uppkomsten av och behandlingen av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.
Barn- och ungdomspsykiatriker Ulf Wallin, Lunds universitetssjukhus.

13.40–14.10 Barns och ungas sömn ofta en fråga om livsstil men inte alltid.
Överläkare Hans Smedje, Akademiska sjukhuset Uppsala.

14.10–14.40 Kaffepaus.

14.40–15.10 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i Sverige.
Professor emeritus Marianne Cederblad, Lunds universitet.

15.10–15.40 Alkoholkonsumtion och psykisk ohälsa bland ungdomar.
Professor Curt Hagquist, Karlstad universitet.

15.40–16.00 Paneldiskussion.

16.00 Dagen avslutas.

Arrangör
Läkartidningen

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