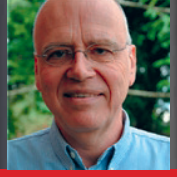
Ökad dödlighet hos unga kvinnor med personlighetsstörning
RAPPORT



»Polisen en viktig samarbetspartner«
LT DEBATT

Äldre har fått fler hälsoproblem men klarar vardagen bättre
ORIGINALSTUDIE

Läkartidningen.se

Läkartidningen

NR 32–33/2013

De våldtagnas sjukhus i Kongo

NR 32–33 7–20 AUGUSTI 2013 VOL 110 1381–1440

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND – GRUNDAD 1904

BET-130186 RELEVANS.NET

NYHET!



EFTER 25 ÅR MED ANTIMUSKARINA KOMMER NU NÅGOT NYTT.

- Ny verkningsmekanism[1,2]
- Effekt på alla grundläggande OAB-symtom[1,2]
- Muntorrhet på placebonivå[1,2]

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Den första $ß_3$-agonisten mot överaktiv blåsa.

Referenser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga 25 mg och 50 mg depottabletter** (mirabegron) *Urologiska spasmolytika (G04BD12)* **Indikationer:** Symptomatisk behandling av trängningsinkontinens, ökad urineringsfrekvens och/eller trängningar, som kan förekomma hos vuxna patienter med syndromet överaktiv blåsa (OAB). **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Rekommenderas inte för användning hos patienter med terminal njursjukdom. Dosreduktion till 25 mg rekommenderas för patienter med gravt nedsatt njurfunktion. Rekommenderas inte för användning hos patienter med gravt nedsatt njurfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. Rekommenderas inte för användning hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion eller patienter med måttligt nedsatt leverfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. Hos patienter med mild till måttligt nedsatt njurfunktion eller lätt nedsatt leverfunktion som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare rekommenderas en dos om 25 mg dagligen. Rekommenderas inte för användning till patienter med svår okontrollerad hypertoni. Mirabegrons effekt hos patienter med en känd anamnes på QT-förlängning, eller som tar läkemedel kända för att förlänga QT-intervallet, är inte känd och försiktighet bör iakttas vid administrering till dessa patienter. **Interaktioner:** Mirabegron är en måttlig CYP2D6-hämmare och en svag CYP3A4-hämmare. Aktiviteten hos CYP2D6 återfås inom 15 dagar efter utsättning av mirabegron. Försiktighet rekommenderas endast vid samtidig administering med läkemedel med smalt terapeutiskt intervall och signifikant metabolism via CYP2D6, t.ex. tioridazin, typ 1C antiarytmika och tricykliska antidepressiva. Mirabegron är en svag hämmare av P-gp och vid samtidig administering av digoxin bör den lägsta dosen förskrivas initialt och serumkoncentrationen monitoreras. Möjlig hämning av mirabegron på P-gp bör övervägas när mirabegron kombineras med känsliga P-gp-substrat, t.ex. dabigatran. **Recept- och förmånsstatus:** Receptbelagt. Ingår i läkemedelsförmånen för patienter som provat men inte tolererar antikolinergika. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Astellas Pharma Europe B.V, Nederländerna. **Svensk representant:** Astellas Pharma AB, Box 21046, 200 21 Malmö. Texten är senast uppdaterad 2013-05-24 och baserad på produktresumé daterad 2012-12-20. För ytterligare information, se www.fass.se.

Astellas Pharma AB | Box 21046 | 200 21 Malmö | Telefon 040-650 15 00 | Fax 040-650 15 01 | info.se@astellas.com | www.astellas.se

REFLEXION

Deckare med medicinsk anknytning

» ... en patient som föredrar att njuta av mat och dryck hellre än att, som läkarna säger, öka sina chanser till ett långt liv genom motion och viktnedgång.«

Jag tycker om kriminalromaner. Särskilt om de är skrivna av Leif GW Persson. Den senaste i serien om mannen »som kan se runt hörn« och hans kollegor är »Den döende detektiven« där f d rikskriminalchefen Lars Martin Johansson i upptakten insjuknar i en akut hjärninfarkt vid korvkiosken i slutet på Karlbergsvägen. Handlingen rör sedan i nästan lika hög utsträckning den vård och rehabilitering som den pensionerade polisen genomgår som det nyligen preskriberade mordfall han försöker lösa.

Båda handlingarna är intressanta och då inte minst huvudpersonens reaktion på de sekundärpreventiva insatser som vårdapparaten utsätter honom för. Utan att avslöja för mycket av innehållet handlar det om en patient som föredrar att njuta av mat och dryck hellre än att, som läkarna säger, öka sina chanser till ett långt liv genom motion och viktnedgång.

Ett visst vetenskapligt stöd för Lars Martins agerande finns i den nyligen publicerade studie (N Engl J Med 2013;369:145-154) som randomiserade 5 145 överviktiga patienter med typ 2-diabetes till antingen viktminskning och fysisk aktivitet eller en kontrollgrupp. Studien avbröts efter 9,6 år då man, trots signifikant viktminskning i interventionsgruppen, bedömde att det inte skulle gå att visa någon skillnad i insjuknande i hjärt–kärlsjukdom mellan grupperna med en ytterligare förlängning av studien.

Naturligtvis bör vi försöka påverka våra patienter till en sund livsstil men vi bör också ha respekt för den enskilda patientens önskemål om hur livet bör levas!



Jan Östergren
medicinsk huvudredaktör
jan.ostergren@lakartidningen.se



Foto: Smittskyddsinstitutets pressarkiv

Karbapenemresistenta Escherichia coli blir allt vanligare utomlands. Stammar som producerar NDM-1 uppfattas som ett stort hot, eftersom de är multiresistenta och ökar snabbt globalt. **KOMMENTAR, FALLBESKRIVNING** **Sidan 1398, 1401**

REFLEXION
1383 Deckare med medicinsk anknytning *Jan Östergren*

SIGNERAT
1387 Specialistbrist, jovisst! *Marie Wedin*

LT DEBATT
1388 Infraljud från vindkraftverk – en förbisedd hälsorisk *Håkan Enbom, Inga Malcus Enbom*

1389 Apropå! Bemötande och handläggning av psykiskt sjuka utanför sjukhusen Polisen en viktig samarbetspartner *Gunnar Moustgaard*

NYHETER
1390 Två miljoner våldtagna i krigets Kongo

1397 Världens dödligaste krig

KLINIK OCH VETENSKAP
KOMMENTAR
1398 ESBL$_{CARBA}$ kan bli ett problem i svensk sjukvård *Christian G Giske, Mats Kalin*

1399 Tveksamheter kring HES. Europeiska läkemedelsverket drar in marknadsföringstillståndet tills vidare *Christer Svensén*

NYA RÖN
1400 Ett medicinskt akutfall på flyget var tolfte minut *Anders Hansen*

Bättre att ligga på mage för patienter med svår lungsvikt *Anders Hansen*

ARTIKLAR
1401 Fallbeskrivning Karbapenemresistenta Escherichia coli finns nu i Sverige *Oskar Ljungquist, Charlott Kjölvmark, Thomas Tängdén*



I Kongo är det farligare att vara flicka än soldat. Våldtäkt och tortyr används som vapen, och de drabbades enda hopp står till de läkare som vågar arbeta här. Läkartidningens utsända har träffat en av dem. **Sidan 1390**

Foto: Niclas Hammarström



Foto: Colourbox

LT DEBATT Infraljud från vindkraftverk – en förbisedd hälsorisk. Sidan 1388

1403 Originalstudie Intervjustudie om de allra äldstas levnadsvillkor. Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre *Stefan Fors, Carin Lennartsson, Neda Agahi, Marti G Parker, Mats Thorslund*

1406 Översikt Vaskulärt ultraljud vid stroke *Elias Johansson, Christine Kremer, Johan Fredén Lindqvist, Göran Bergström*

1409 Rapport Metylfenidat och kannabinoider kan ha en plats i palliativ vård. Litteraturgenomgång och kliniska erfarenheter ger evidens *Linda Björkhem-Bergman, Claes Wallin*

1412 Rapport Ökad dödlighet hos unga kvinnor med personlighetsstörning *Sofia Åkerman, Charlotte Björkenstam, Emma Björkenstam, Herman Holm, Lisa Ekselius*

DEBATT OCH BREV

1415 Vetenskapligt arbete under ST: En integrerad del – inte en udda fågel *Anders Eriksson, Henrik Druid, Birkhild Giebe, Peter Krantz, Ingemar Thiblin*

1416 Utbildningsaktiva inom psykiatrin om ST: Ökad tydlighet behövs om vetenskaplig kompetens *Simon Cervenka, Bo Runeson, Peter Lönnqvist, Alessandra Hedlund, Karin E Grönvall, Lena Flyckt*

1417 Hjälp finns att få *Alexander Wilczek*

Mer debatt på Läkartidningen.se



Foto: Brian Jackson/Fotolia/IBL Bildbyrå



Foto: Swisshippo/Fotolia/IBL Bildbyrå

NYA RÖN Ett medicinskt akutfall på flyget var tolfte minut. Sidan 1400

KULTUR

1418 Recensioner

1421 LEDIGA TJÄNSTER

1423 PLATSANNONSER

1437 MEDDELANDEN

1438 INFORMATION FRÅN LÄKARFÖRBUNDET

ENDAST PÅ WEBBEN

Fler artiklar på Läkartidningen.se

Rättelse

I artikeln »Vita rocken – spelar den roll?«, som publicerades i Läkartidningen 2013;110(29–31):1360-2 skrev vi om konstprojektet »White Coat«, skapat av konstnären Veronika Sveidqvist, tillika överläkare och specialist i allmän psykiatri. Titeln som uppgavs i anslutning till artikeln var tyvärr inte den rätta.

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

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

Läkartidningen arrangerar

INBJUDAN TILL SYMPOSIUM

TÄNK HJÄRNA!



Ju äldre populationen blir desto fler drabbas av demens. Det är ett svårbehandlat tillstånd och symtomen varierar mycket beroende på skadornas lokalisation, typ och svårighetsgrad.

Nu är det dags att uppdatera oss på detta område. **Den 17 oktober** bjuder Läkartidningen in dig till demenssymposiet ***Tänk hjärna – om diagnostik och behandling av demens*** på Gothia Towers i Göteborg.

Torsdag den 17 oktober, 2013
Plats: Gothia Towers, Göteborg

Preliminärt program

12:00–13:00	**Lunch och registrering**
13:00–13:15	**Inledning**, Prof Lars-Olof Wahlund, Karolinska Institutet
13:15–13:40	**Demenssjukdomar – en översikt**, Prof Maria Eriksdotter, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
13:40–14:05	**Alzheimers sjukdom**, Prof Lars Lannfelt, Uppsala universitet
14:05–14:30	**Vaskulär kognitiv störning**, Prof Anders Wallin, Göteborgs universitet
14:30–14:55	**Frontotemporala demenssjukdomar**, Doc Lena Kilander, Uppsala universitet
14:55–15:30	**Kaffe**
15:30–15:55	**Lewy body demens**, Doc Elisabeth Londos, Skånes universitetssjukhus
15:55–16:20	**Bildgivande tekniker**, Lena Cavallin, Karolinska Institutet
16:20–16:45	**Biomarkörer**, Prof Henrik Zetterberg, Göteborgs universitet
16:45–17:05	**Bensträckare**
17:05–17:30	**En nationell demensvård – harmonisering och prioritering**, Prof Lars-Olof Wahlund, Karolinska Institutet
17:30–18:00	**Frågor till panelen och avslutning**

Moderator: Professor Lars-Olof Wahlund, Karolinska Institutet

VÄLKOMMEN!

Arrangör Läkartidningen

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

Redaktör: Michael Feldt
michael.feldt@slf.se

Specialistbrist, jovisst!

I sommar har den svenska läkarbristen debatterats i press och radio. Bristen på läkare och läkarutbildningsplatser har påstått vara orsak till den stora ökningen av studenter som väljer att studera medicin i andra europeiska länder.

Ledarredaktioner har förklarat hur den svenska läkarbristen skapats av myndigheternas snåla ovilja att finansiera utbildningsplatser och av Läkarförbundets långsiktiga lönehöjarstrategi. Dagens Nyheter skrev att »utlandet servar Sverige med läkare« och Expressen krävde att regeringen ska »fixa fram fler läkare«.

Andelen svenska studenter som läser medicin i utlandet har förvisso ökat kraftigt de senaste tio åren. Detta beror på ökade möjligheter till studiebidrag utanför Sverige. Många vill utnyttja möjligheten att läsa medicin trots att de inte klarat intagningskraven och haft tur i lottningen här hemma. En tredjedel av alla medicinestuderande med studiemedel från Sverige studerar i dag utomlands. Många önskar komma hem efter avslutad utbildning.

Medicinstudenter i Sverige genomgår efter sin grundutbildning, före legitimation, en drygt årslång allmäntjänstgöring (AT). Här får de möjlighet att träna kliniska moment under handledning. AT innebär också en god möjlighet att skapa nätverk och visa upp sig inför fortsatt specialiseringstjänstgöring (ST).

När de utlandsutbildade återkommer till Sverige efter sin grundutbildning är de redan legitimerade och får då inte söka AT. De går därmed miste om denna möjlighet att »få in foten«, vilket minskar deras chanser att få välja ST-block och därmed specialitet.

Sverige har ingen generell läkarbrist. I förhållande till folkmängd har vi det femte högsta antalet läkare inom OECD efter Portugal, Italien, Österrike och Grekland. Vi har dock en brist på läkare inom vissa specialiteter såsom allmänmedicin, psykiatri, patologi med flera. Denna brist beror inte i första hand på att det utbildas för få läkare vid våra universitet utan på att det utbildas för få specialister inom vissa specialiteter. Utbudet av ST-tjänster är en flerfaldig flaskhals. Flaskhalsen blir ännu trängre när de utlandsutbildade återvänder för att specialisera sig här hemma.

Det är landstingen som finansierar och avgör inriktningen på sina ST-block. De avgör hur många och inom vilka specialiteter ST-block ska tillsättas. Med ett lokalt, snarare än nationellt, perspektiv sys kostymen oftast för trång. Det behövs en nationell strategi för specialistutbildningen. Att grundutbilda läkare i Sverige eller utomlands och sedan inte lotsa dessa vidare mot



Foto: Fotolia/IBL Bildbyrå

Det är ingen rättighet att bli läkare. Samhället kan inte finansiera en läkarutbildning till alla som önskar det.

fullgjord specialitet innebär slöseri med tid och resurser. Det krävs i dag ett utökat antal ST-block framför allt inom bristspecialiteterna.

Det är en viktig facklig fråga att utlandsutbildade läkare inte diskrimineras vid tillsättandet av ST-block. I Norge skandaliserades läkarstaben på ett sjukhus sedan det visat sig att attraktiva tjänster i stor utsträckning gått till sjukhusläkarnas egna anhöriga. Det krävs rättssäkra anställningsrutiner, där såväl svenska som utländska meriter uppskattas. Tjänster ska utannonseras, sökas och tillsättas på basen av strukturella rutiner för intervjuer och meritvärdering. Kunskap, erfarenhet och uppnådd skicklighet är viktiga meriter, men även kön, kulturell bakgrund, internationell erfarenhet, kynne och samarbetsförmåga ska väga tungt i konkurrensen.

Det är ingen rättighet att bli läkare. Samhället kan inte finansiera en läkarutbildning till alla som önskar det.

Antalet grundutbildningsplatser kan näppeligen inte heller utökas utan att kvaliteten äventyras. Medicine studerandes förbund vittnar redan om trängsel kring patienterna och försämrade förutsättningar för praktisk träning.

Det är utmärkt med fri rörlighet inom utbildnings- och arbetsmarknaderna i Europa. Det är bra att svenska studenter utbildar sig till läkare utomlands och att de är välkomna hem. Vi kommer att behöva många skickliga specialister för att ersätta de erfarna som nu går i pension.

När Sverige planerar sin dimensionering av läkarutbildningen och specialistläkarutbildningen är en internationell utblick viktig. De kommande åren väntar brist på utbildad sjukvårdspersonal i större delen av Europa. Om Sverige satsar på att specialistutbilda läkare och skapa bra förutsättningar för medicinsk professionell verksamhet kan vi bota vår läkarbrist, därutöver skapas även förutsättningar för export av medicinsk know-how. ■

»I förhållande till folkmängd har vi det femte högsta antalet läkare inom OECD efter Portugal, Italien, Österrike och Grekland.«



Marie Wedin
ordförande i Läkarförbundet
marie.wedin@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

Infraljud från vindkraftverk – en förbisedd hälsorisk

Infraljud från vindkraftverk påverkar innerörat och utgör en möjlig hälsorisk för personer med migrän eller annan typ av central sentitisering. Regelverket för nyetablering av vindkraftverk bör revideras med hänsyn tagen till denna omständighet, anser artikelförfattarna.

Tidigare vetenskapliga studier om vindkraftverk och infraljud har varit motsägelsefulla. De har därför inte varit tillräckligt trovärdiga vid planeringen av regelverket för etablering av vindkraftverk. Under de senaste åren har emellertid en ny insikt vuxit fram om central sentitisering, vilket ger en ökad förståelse för migrän, fibromyalgi och andra kroniska smärtsyndrom [1, 2] samt vissa fall av tinnitus och yrsel. Denna insikt har även betydelse för förståelsen av hur infraljud från vindkraftverk kan påverka hälsan. I flera studier har man funnit att boende nära vindkraftverk oftare har allvarliga sömnstörningar och depression. Man har även funnit en ökad frekvens av yrsel, tinnitus, ljudöverkänslighet, huvudvärk, ökad aktivering av autonoma nervsystemet med mera [3, 4].

Förutom det hörbara ljudet, som kan ge bullerskada och vara allmänt störande psykiskt, genererar vindkraftverk även ett pulserande infraljud som påverkar innerörat och centrala nervsystemet utan att skada själva hörseln.

Infraljud är ljud med frekvenser under 20 Hz, motsvarande våglängder från 17 meter och uppåt, som inte uppfattas med normal hörsel. Detta ljud kan, om det inte dämpas kraftigt, utbreda sig över mycket långa sträckor. Det uppstår ur flera källor, till exempel pulserande flöden ur rörmynningar, stora virvlar (till exempel vindkraftverk och stora jetmotorer) och stora vibrerande ytor. I vetenskapliga studier har infraljudet från vindkraftverk uppmätts vid så låga nivåer att ljudet inte uppfattas av människa. Man har även gjort bedömningen att infraljud från vindkraftverk inte kan ge upphov till bullerskada i traditionell mening. [5]

Det man inte har tagit hänsyn till i dessa studier är att infraljudet från vindkraftverk är ett rytmiskt pulserande ljud, och att det pulserande ljudtrycket påverkar innerörat även om något ljud inte uppfattas av individen. Tryckvågorna fortplantar sig till innerörats vätskefyllda hålrum, och denna »massageeffekt« påverkar sinnescellerna i innerörats hörsel- och balansdelar [6]. Man har inte heller tagit hänsyn till det faktum att en del människor är känsligare än andra för sensorisk påverkan. Vissa är påtagligt känsliga för det pulserande ljudtrycket medan andra inte påverkas av det på ett märkbart sätt.

Det rytmiskt pumpande infraljudet från vindkraftverk utgör en stimulering som påverkar innerörats sensoriska funktioner [7, 8]. En sådan sensorisk stimulering kan hos personer med sensorisk överkänslighet framkalla central sentitisering med besvärande symtom såsom ostadighetsyrsel, huvudvärk, koncentrationssvårigheter, synstörningar, med mera [9]. Besvären uppstår även om den uppmätta bullernivån är relativt låg eftersom infraljudet hela tiden påverkar och rytmiskt ändrar trycket i innerörats vätskerum via hörselbenskedjan. Det pulserande ljudtrycket från vindkraftverk framkallar även indirekt en aktivering av det autonoma nervsystemet med ökad utsöndring av adrenalin med åtföljande stresspåslag, risk för panikångest, högt blodtryck och hjärtinfarkt för personer med ökad sensorisk känslighet.

Migrän orsakas av en genetiskt betingad central sensorisk överkänslighet med risk för central sentitiserng. Migränprevalensen är omkring 30 procent [10, 11]. Till det kommer andra orsaker till central sentitisering, vilket innebär att drygt 30 procent av boende i närheten av vindkraftverk riskerar att, i större eller mindre utsträckning, drabbas av vindkraftverksrelaterade besvär. Speciella riskgrupper är personer med migrän eller med migrän i släkten, personer över 50 års ålder, personer med fibromyalgi och personer med tendens till ångest och depression [12]. Även barn och vuxna med ADHD och autism tillhör riskgruppen och riskerar att få sina symtom förvärrade.

Det är alltså inte fråga om en bullerskada i traditionell mening, utan om en effekt av ett konstant pulserande ljudtryck som ständigt ändrar trycket i innerörat och retar sinnesorganen där. Man kan likna det vid ett pulserande eller flimrande ljus – många besväras inte märkbart medan personer med sensorisk överkänslighet kan få besvär. Flimrande ljus kan som bekant till och med utlösa epilepsi. På samma sätt utlöser det ständigt pulserande, icke hörbara infraljudet från vindkraftverk betydande besvär hos personer med central sensorisk överkänslighet. Dessa besvär kan bli kroniska, invalidiserande



Foto: Colourbox

Regelverket för nyetablering av vindkraftverk bör ändras och säkerhetsavståndet till bebyggelse öka för att förhindra eller minska risker för vindkraftsrelaterad översjuklighet, föreslår artikelförfattarna.

HÅKAN ENBOM
MD, PhD, ÖNH-specialist, otoneurolog, specialist på yrselsjukdomar
INGA MALCUS ENBOM
ÖNH-specialist, specialist på allergi och överkänslighetsreaktioner; båda vid Cityhälsan ÖNH, Ängelholm
inga.malcus@telia.com

och leda till ångest och depression och öka risken för hjärtinfarkt.

I det aktuella regelverket för etablering av vindkraftverk har hänsyn inte tagits till den potentiella risken för personer med central sensorisk överkänslighet. Vindkraftverk uppförs i dag alltför nära bebyggelse. Det aktuella regelverket bör därför revideras med ett ökat säkerhetsavstånd till bebyggelse för att förhindra eller reducera risker för vindkraftsrelaterad översjuklighet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

2. Aguggia M, Saracco MG, Cavallini M, et al. Sensitization and pain. Neurol Sci. 2013;34 Suppl 1:S37-40.
3. Farboud A, Crunkhorn R, Trinidade A. 'Wind turbine syndrome': fact or fiction? J Laryngol Otol. 2013;127(3):222-6.
4. Shepherd D, McBride D, Welch D, et al. Evaluating the impact of wind turbine noise on health-related quality of life. Noise Health. 2011;13(54):333-9.
6. Salt AN, Hullar TE. Responses of the ear to low frequency sounds, infrasound and wind turbines. Hear Res. 2010;268(1-2):12-21.
10. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M. Pathophysiology of migraine and tension-type headache. Tech Reg Anesth Pain Manag. 2012(16):14-8.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

APROPÅ! Bemötande och handläggning av psykiskt sjuka utanför sjukhusen

Polisen en viktig samarbetspartner

Allmänläkare Christer Andersson skriver i LT 29–31/2013 (sidan 1329) om ny policy för polishandräckning i Västra Götalands län. Att det blev fel i det ärende som refereras är tydligt. En patient som ska tas in för psykiatrisk tvångsvård ska inte behöva transporteras i privatbil. Det är lätt att förstå frustrationen. Inlägget aktualiserar viktiga frågor kring bemötande och handläggning av akut psykiskt sjuka utanför sjukhusen.

Patienter med psykiatrisk problematik är vanliga inom ambulanssjukvården. Ambulansteamen har erfarenhet av att möta dessa patienter men har av tradition varit mer inriktade på rent somatiska tillstånd och inte alltid varit förberedda på de speciella krav och situationer som kan uppstå i vårdarbetet när psykiatrisk problematik föreligger. Behov av bra bemötande och professionell prehospital omvårdnad och behandling är inget som styrs av om patienten behöver transporteras liggande eller ej.

En patient som vårdas med stöd av den psykiatriska tvångslagstiftningen har ett allvarligt sjukdomstillstånd. Transport till eller mellan sjukvårdsinrättningar ska utföras av medarbetare med kunskap i och erfarenhet av prehospital sjukvård, det är ett uppdrag för ambulanssjukvården.

Polisens skyldighet att lämna biträde i samband med psykiatrisk tvångsvård regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Skyldigheten gäller bl a för att genomföra undersökning för vårdintyg och för att föra patienten till sjukhus sedan vårdintyg har utfärdats (47 §).

I lagen finns även riktlinjer för användande av tvång:

»Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas. Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.« (2 a §)

»Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.« (2 b §)

I förarbetena till lagen samt i Socialstyrelsens föreskrifter och handbok finns ytterligare riktlinjer för användande av tvång. Här framgår t ex vikten av att agera hänsynsfullt, skonsamt och respektfullt mot patienten med så lite integritetskränkning som möjligt.

JO har uttalat att »anlitande av polismyndighet för en åtgärds genomförande endast kan komma i fråga då det finns en grundad anledning att anta, att de särskilda tvångsbefogenheter som handräckningsinstitutet innefattar är påkallade för åtgärdens genomförande«.

Ett nära, prestigelöst och förtroendefullt samarbete mellan inblandade aktörer krävs för en patient- och rättsäker hantering i samband med insatser utanför sjukhusen med stöd av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen.

I Skåne har psykiatrin sedan flera år regelbundna träffar med företrädare för polisen, ambulanssjukvården och Falcks upphandlade hembesöksbilar, som står för huvuddelen av vårdintygsbedömningar i hemmet.

Vi har skrivit gemensamma riktlinjer tillsammans med polisen och med ansvariga för hembesöksbilarna. På initiativ av ambulanssjukvården och tillsammans med SOS-alarm, polisen, sjukvårdsrådgivningen m fl har vi skrivit ett vårdprogram, Prehospital psykiatri.

Ambulanssjukvården har haft ett flertal utbildningstillfällen för ambulanssjuksköterskor där även polisen och psykiatrin medverkat. Vi träffar läkarna som tjänstgör i Falcks hembesöksbilar tillsammans med polisen.

Rutinen i Skåne har blivit att både ambulans och polis i regel möter upp när en patient för vilken vårdintyg skrivits behöver transporteras in till sjukhuset. I de flesta fall kan patienten åka ambulans, i några fall är polis med i ambulansen. I sällsynta fall är situationen sådan att säkerheten kräver transport i polisbil. Det är ofta svårt att bedöma risken för incidenter i samband med omhändertagande av en patient med stöd av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Behov av polismedverkan ska alltid övervägas.

Det tar tid och kraft att ändra invanda mönster. Vi har fortfarande mycket kvar att göra. Ibland kan det finnas olika synpunkter på hur ett ärende bäst hanteras. Det är då viktigt att fokusera på rätts- och patientsäkerheten och inte riskera att patienten hamnar mellan stolarna. Säkerheten för sjukvårdens medarbetare, närstående och andra inblandade får aldrig riskeras. I efterhand får det redas ut om något borde ha gjorts på ett annat sätt.

Vi registrerar avvikelser och rapporterar emellan oss så att vi kan utreda, lära och förbättra.

Psykiskt sjuka får inte bli utan vård. De har rätt till gott bemötande och respektfull, professionell och likvärdig vård på samma sätt som den som har kroppslig sjukdom.

Polisen är en viktig samarbetspartner för sjukvården i de fall tvångsbefogenhet behövs för att ge den som uppfyller förutsättningar för tvångsvård nödvändig vård.

Gunnar Moustgaard
chefläkare,
Psykiatri Skåne
Gunnar.Moustgaard@skane.se



I Kongo är det farligare att vara flicka än soldat. Våldtäkt, tortyr och förnedring används som vapen – majoriteten offer är barn. I dag står deras enda hopp till de läkare som vågar arbeta här. Doktor Mukwege är en av dem. När han vädjade om ett ingripande från omvärlden blev han utsatt för mordförsök.

TEXT: MAGDA GAD FOTO: NICLAS HAMMARSTRÖM

Observera att denna artikel har ändrats efter att den publicerades i Läkartidningen nr 32–33/2013. Av hänsyn till några personer har dessas namn och bild tagits bort.

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1390 2014-03-21 15:56



Två miljoner våldtagna i krigets Kongo

En 14-årig flicka kurar ihop sig i samtalsrummet på Panzisjukhuset. Hon har en svart sjal runt halsen. När hon börjar prata drar hon upp den över ansiktet. Hon vill inte att ögonen ska se. För två år sedan tvingades hon hålla dem öppna. Det var kväll och mörkt, soldaterna gav henne en lykta att hålla i handen. De visade vart hon skulle rikta ljuset. I skenet såg hon fyra beväpnade män som turades om att våldta hennes mamma. Det är den sista minnesbilden hon har av henne.

– Samma män våldtog min storasyster. Sedan sa de att jag skulle lägga mig på golvet och så stack de in sina fingrar i mig. Efteråt frågade jag pappa: Var är mamma? Han svarade: De har dödat henne.

Sjalen har blivit djupsvart av tårar. Flickan fortsätter berätta bakom den. För ett halvår sedan kom det soldater till byn igen.

– De slog in vår dörr och våldtog mig och min syster. Hon dog. De satte upp henne på väggen.

Satte upp på väggen?

– Ja. Med spikar. Som Jesus.

Utanför det kala rummet där flickan har ställt sig i ett hörn finns en gård. Den är fylld av flickor och kvinnor. Närmare 250 stycken. De sitter tysta på bänkar. Andra gör handarbeten eller ligger på marken och tittar på något annat än luften de har framför sig.

Doktor Denis Mukwege, sjukhusets grundare och chef, ser dem från operationssalen. I den här delen av Demokratiska Republiken Kongo – den östra – kallas han kort »le docteur«. Doktorn. Han står stilla framför ett av de stora fönstren; dagsljuset är viktigt då det inte går att förlita sig på elektriciteten. Träskorna gör honom ännu lite längre, den vita rocken hänger över de runda axlarna.

Bakom honom har en kollega öppnat en mage och försöker fixera en livmoder. På nästa operationsbord placeras en ung kvinnas nakna ben i högläge och brett isär. Anestesiologen nyper henne i sidan, noterar att ryggbedövningen fått effekt. Det luktar jod och är varmt, spekulum och skalpell ligger klara. Doktor Mukwege fokuserar blicken så att pannan rynkas ovanför munskyddet. Det är tredje gången han ska försöka reparera den här kvinnan. Hon är en av dem ▶

DEMOKRATISKA REPUBLIKEN KONGO (KONGO-KINSHASA)

- Lika stort som Västeuropa.
- 71,4 miljoner invånare.
- Världens fattigaste land med en medelinkomst om knappt 1 USD per dag.
- Har några av världens rikaste mineralfyndigheter av diamant, guld, koppar, tenn, kobolt, uran och coltan. Coltan finns i mobiltelefoner och gör trådlös kommunikation möjlig.
- Förväntad livslängd är 47 år för män och 50 år för kvinnor.
- Mödradödlighet är drygt 900 per 100 000 födslar.
- Antal barn per kvinna är 6.
- Abort är förbjuden och bestraffas med 5 års fängelse, även när mammans liv är hotat.
- Lag mot våldtäkt inom äktenskapet finns inte.

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1391 2014-03-21 15:56

Observera att denna artikel har ändrats efter att den publicerades i Läkartidningen nr 32–33/2013. Av hänsyn till några personer har dessas namn och bild tagits bort.

DOKTOR MUKWEGE, 58, NOMINERAD TILL NOBELPRISET

Doktor Mukwege grundade Panzisjukhuset i Bukavu 1999 med hjälp av bl a svenska Läkarmissionen. Han har tagit emot en lång rad priser:

2007: **Franska republikens särskilda pris för mänskliga rättigheter**
2008: **FN:s pris för mänskliga rättigheter**
2009: **Olof Palme-priset**
2009: **Årets afrikan**
2009: **Nobels fredspris (nominerad)**
2010: **Hedersdoktorat i medicin vid Umeå universitet**
2010: **University of Michigans Wallenbergmedalj**
2011: **Kung Baudouins International Development Prize**
2011: **Clinton Global Citizen Award**

som brukar sitta på gården – en av dem som alla har en historia som liknar den 14-åriga flickans.

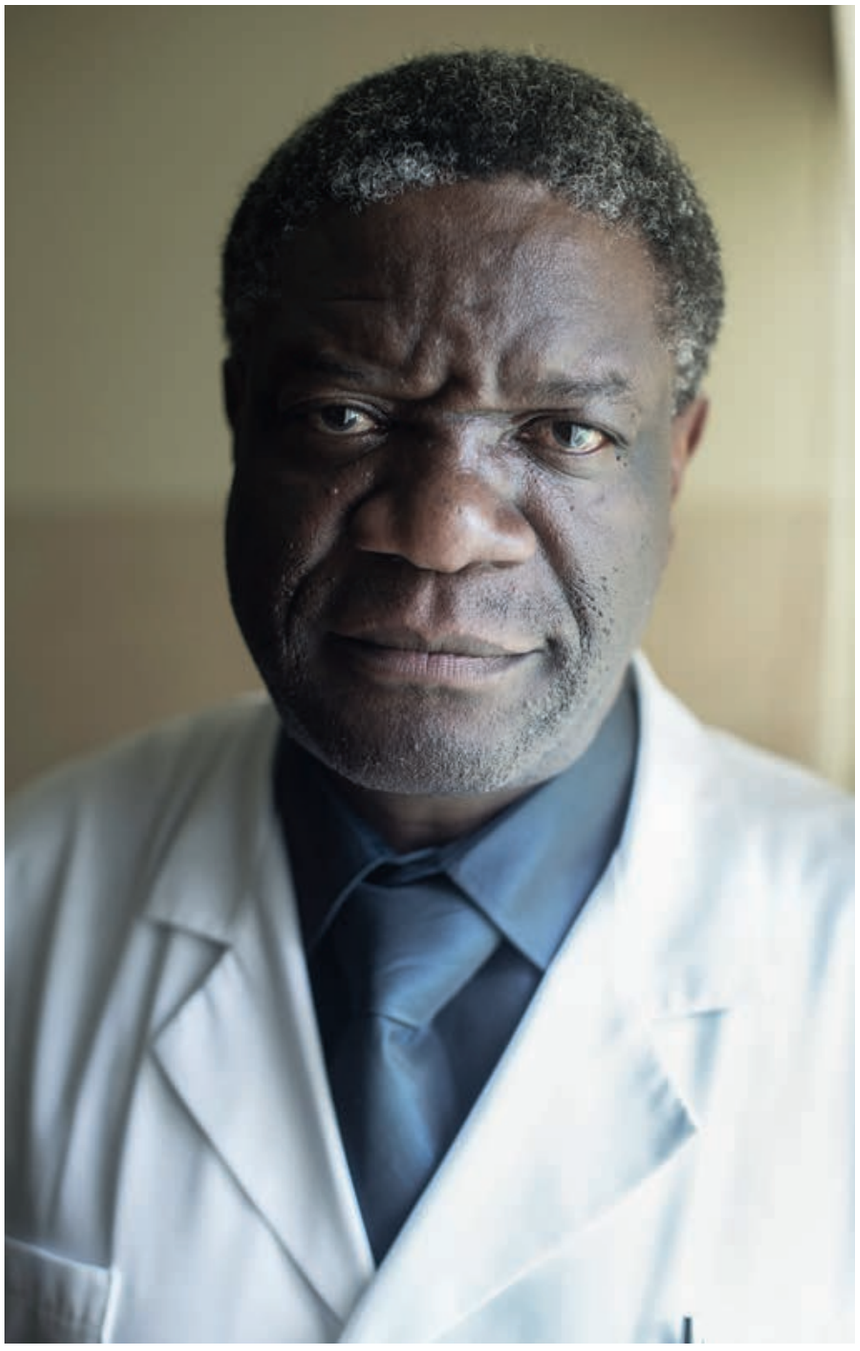
Över 33 000 patienter har behandlats inom projektet för överlevare av sexuellt våld (SSV – survivors of sexual violence) på Panzisjukhuset i Bukavu – en stad som ligger på gränsen till Rwanda på fem halvöar som breder ut sig som gröna fingrar i den blå Kivusjön – sedan 1999. Den första kvinnan kom in med skottskador i vaginan och låren efter att hon gruppvåldtagits. Det antogs vara en enstaka brutal handling i det krig som rasade. Tre månader senare kom chocken: då kom 45 kvinnor till – med samma skador.

Sedan dess har vansinnet bara fortsatt. Krigsoffren hittills: sex miljoner döda, två miljoner våldtagna och flera generationer som dömts till fattigdom, tvingats på flykt, skändats, slaktats och fått sina könsorgan förstörda.

Doktor Mukwege lever i resultatet av tortyren. På listan över vad väpnade grupper gör mot hans patienter: hugger huvudet av maken och lägger det på kvinnans bröstkorg under våldtäkten, tvingar den våldtagna att sitta på glödande kol, kastar syra över underlivet, skär sönder brösten, värmer en plastflaska över öppen eld och kör upp den i slidan. Som regel utförs det inför öppen ridå och i vissa byar har så många som tre av fyra kvinnor våldtagits. Inga åldrar har skonats.

Professor Ellinor Ädelroth darrar på rösten när hon berättar om barnvåldtäkterna.

– Vi fick in en treåring som var fullständigt söndertrasad. Det fanns inget kvar av ändtarm och underliv. Doktor Mukwege bara skrek rakt ut när han skulle operera henne.



Doktor Mukwege har blivit nominerad till Nobels fredspris – ett pris han inte vill ha.

Hur ofta händer det att ni får in så unga fall?

– Det händer nu och då.

Hon sitter på sitt enkla arbetsrum. Lungprofessorn, prefekten, överläkaren från Umeå som har jobbat här fram och tillbaka sedan 2009. Det svenska missionsarbetet i Bukavu går längre tillbaka. Svenska Läkarmissionen har uppfört Panzisjukhuset tillsammans med bland annat Pingstmissionens utvecklingssamarbete, PMU, och Ellinor Ädelroth kom hit med Pingstkyrkan.



Professor Ellinor Ädelroth från Umeå.

Sedan hon i höstas pensionerades

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1392 2014-03-21 15:56



Kvinnor väntar på att opereras för fistlar. Orsakerna är våldtäkt eller bristande mödravård – båda ett resultat av kriget.



Doktor Mukwege försöker reparera ett söndertrasat urinrör.

från sin tjänst vid Norrlands universitetssjukhus arbetar hon heltid på Panzi – undervisar läkarstudenter, omstrukturerar och har lungmottagning.

Hon visar runt bland byggnaderna – det är ett stort sjukhus med 450 sängplatser – och stannar på en bakgård där patienter står på knä och gnuggar kläder i baljor.

– Något vi skulle behöva är tvättmaskiner. Men vi får inte köpa in några. De pengar som vi får från biståndsorganisationer är öronmärkta.

Att Ellinor Ädelroth i ena meningen avhandlar barnvåldtäkter och i nästa hushållsmaskiner känns inte konstigt – det är verkligheten här. Vårdtiderna kan vara upp till flera månader och vissa patienter vill inte åka hem efter att behandlingstiden är slut. Andra kan inte åka hem. Då blir Panzi deras hem.

Det finns ett transitboende, Dorcas, där kvinnor som förvisats från sina byar – för att de våldtagits – får stanna tills de har möjlighet att gå vidare.

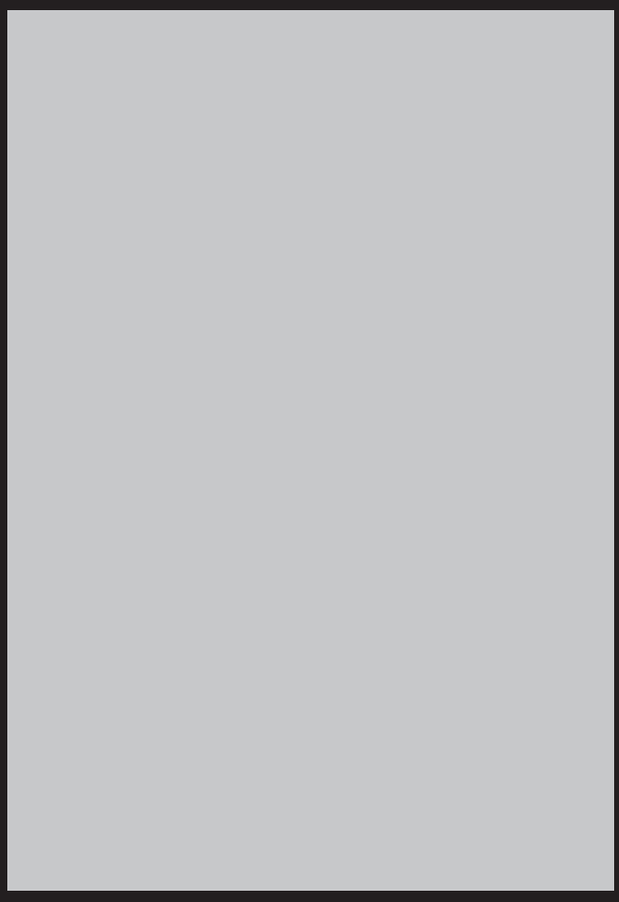
Fredsförhandlingar pågår nu i regionen och FN:s mest kostsamma styrka någonsin – Monusco – är på plats till priset av 1,4 miljarder dollar per år. Det motsvarar 26,8 miljoner kronor – per dag.

Trots det ökar det sexuella våldet. Varje minut våldtas kvinnor och enligt en ny rapport från Rädda Barnen är två tredjedelar av offren minderåriga.

– FN har inte lyckats skydda befolkningen. De är passiva. Dem kan man ha eller mista. Vi har kvinnor här som säger att FN-soldater stått och sett på när ▶

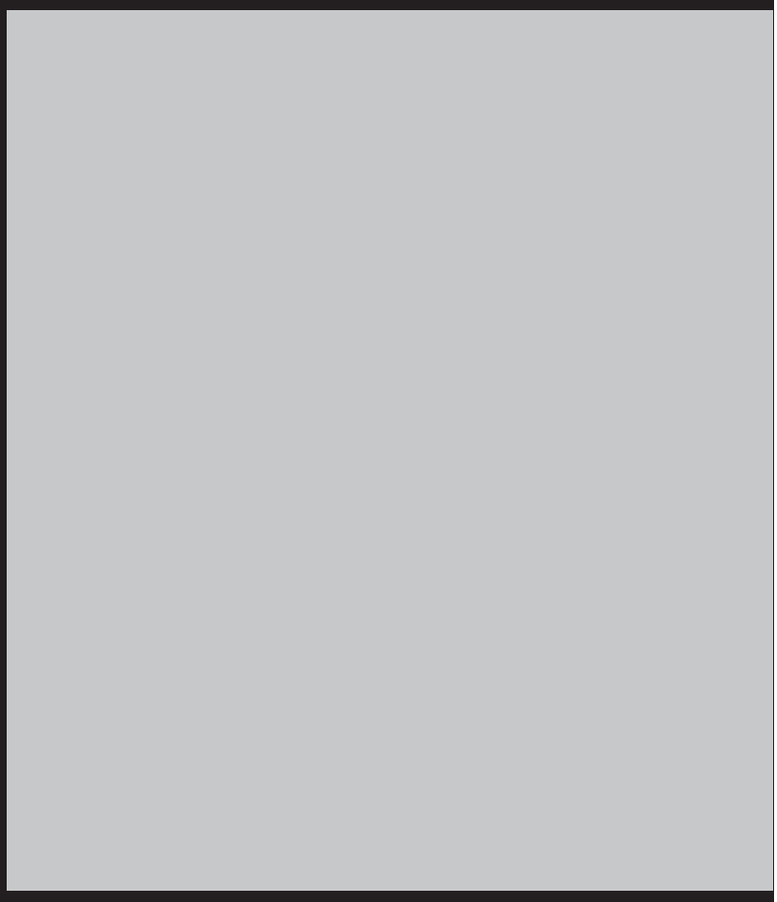
32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1393 2014-03-21 15:56

Observera att denna artikel har ändrats efter att den publicerades i Läkartidningen nr 32–33/2013. Av hänsyn till några personer har dessas namn och bild tagits bort.



Kvinna, 17

»En man kom till mitt hus och sa att han ville ha sex med mig. Jag sa nej. Då våldtog han mig. Jag berättade det inte för någon. När det började synas att jag var gravid kastade mina föräldrar ut mig. De sa att de aldrig ville se mig mer, att de inte brydde sig om vad som hände med mig, att de inte brydde sig om jag dog. Jag levde på gatan medan magen växte. Någon sa att jag kan föda på Panzi. Jag vet inte vad som ska hända med mig nu. Jag skulle vilja bli sjuksköterska men jag kan inte gå i skolan för jag måste ta hand om min son. Jag ska försöka att älska honom.«



Kvinna, 44

»Beväpnade män intog min by för fem år sedan. De slet ut alla från husen och bakband oss på torget. Sedan tände de eldar och värmde plast som de smälte fast på våra kroppar. De gick också runt och skar i folk. Min man och mina två små barn högg de i bitar med machetes. Mig stack de med knivar överallt och så våldtog de mig. Jag vet inte hur många de var. Efter fem tappade jag medvetandet. För två månader sedan blev jag våldtagen igen när jag letade mat på fältet. Sedan dess går jag med krycka och kissar blod. Jag klarar inte att vara bland folk och sitter mest inne. Jag vågar inte gå ut på fältet heller. Så fort jag inte sysselsätter mig med något får jag upp hemska bilder framför ögonen. Bilder av hur de högg sönder mina barn. Det känns ofta som att jag ska få hjärtattack.«

bybor våldtagits, säger Ellinor Ädelroth.

Vad gör regeringen då?

– Regeringen, vilken regering?

I operationssalen har doktor Mukwege en lång timme bakom sig. Han har just satt in en urinkateter. Den unga kvinnan har fistlar och ett trasigt urinrör. Han har misslyckats med att reparera det.

När han går ut genom svängdörrarna möts han av sin säkerhetsvakt – en rakt byggd kvinna med en lika rak Kalasjnikov – som följer varje steg. Han tar av sig munskydd och handskar och står sedan tyst.

– Det där har inte gjorts med lust, det har gjorts med hat, får han ur sig till sist.

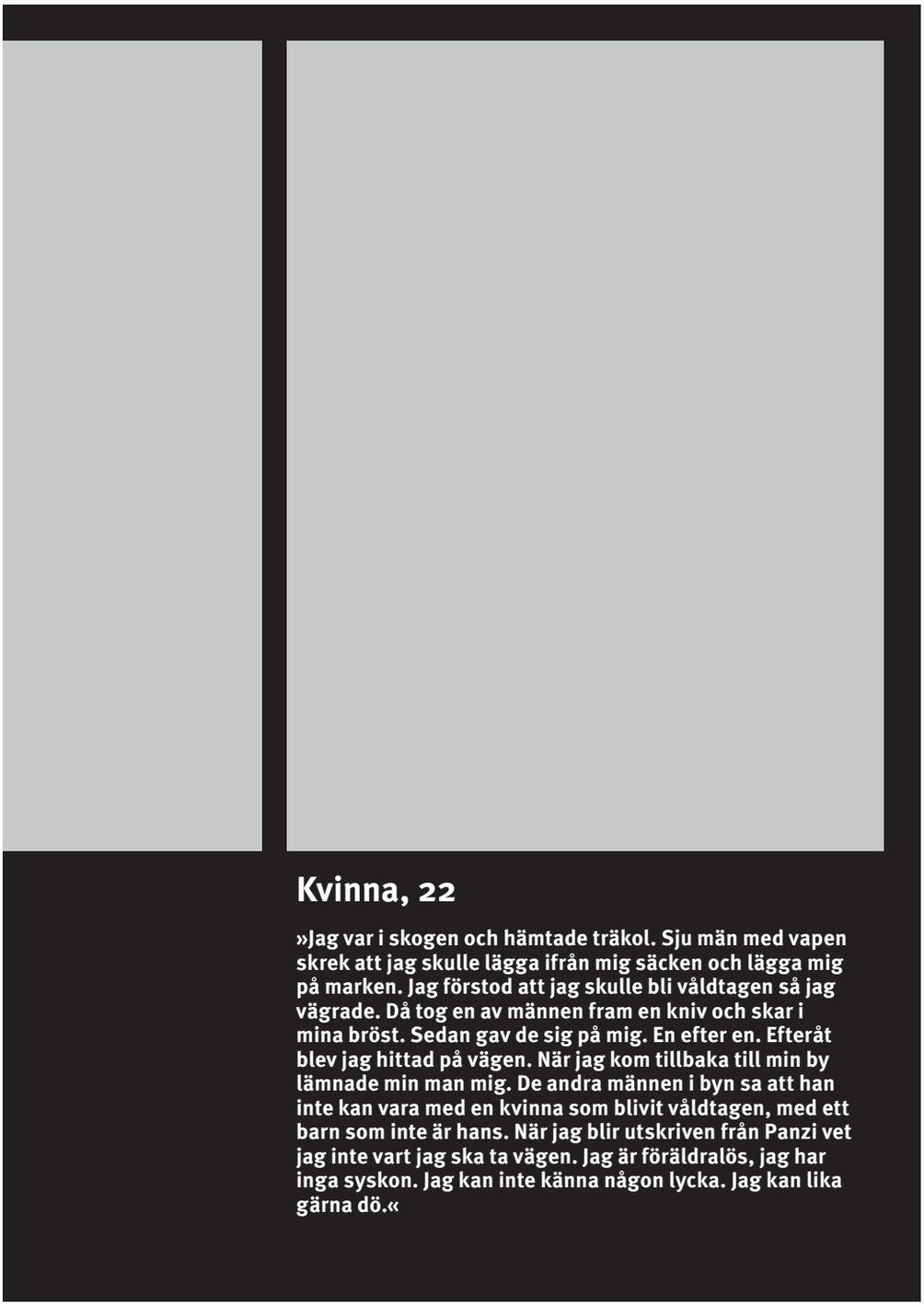
Hatet är en kärna som han ofta återkommer till. Säger:

– Om du planterar hat i folk kan du inte förvänta dig att få kärlek.

Han går genom en korridor där kvinnor sitt på en lång rad och väntar – de ska alla opereras för fistlar – upp till övervåningen där det finns två salar fyllda med patienter som ingår i SSV-projektet. De har deformerade underliv, hepatitinfektioner och HIV/aids. Kirurger som kommit hit för att jobba har brutit ihop första dagen.

– Jag hade en ny läkare som började gråta efter endast två patienter. Jag sa: »Var stark, det här är bara början.«

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1394 2014-03-21 15:56



Kvinna, 22

»Jag var i skogen och hämtade träkol. Sju män med vapen skrek att jag skulle lägga ifrån mig säcken och lägga mig på marken. Jag förstod att jag skulle bli våldtagen så jag vägrade. Då tog en av männen fram en kniv och skar i mina bröst. Sedan gav de sig på mig. En efter en. Efteråt blev jag hittad på vägen. När jag kom tillbaka till min by lämnade min man mig. De andra männen i byn sa att han inte kan vara med en kvinna som blivit våldtagen, med ett barn som inte är hans. När jag blir utskriven från Panzi vet jag inte vart jag ska ta vägen. Jag är föräldralös, jag har inga syskon. Jag kan inte känna någon lycka. Jag kan lika gärna dö.«

»Jag kan inte förstå hur starka de här kvinnorna är som orkar stå upp för sig själva trots allt de har gått igenom. Min ära är inte att stå inför FN:s generalförsamling. Min ära är att stå inför dessa kvinnor. Jag kan inte lämna dem.«

Doktor Mukwege vet vad han talar om.

– Fram tills för bara några år sedan åkte jag hem varje kväll och grät. Jag kunde inte tro att människor var kapabla att göra sådant som jag såg på sjukhuset.

I dag kan han inte åka hem. I september förra året talade han inför FN:s generalförsamling. Han lyfte frågan om de systematiska våldtäkterna och omvärldens passivitet och sa bland annat: »Jag har inte äran, och inte heller privilegiet att stå här framför er i dag [...] De framsteg som gjorts av vår civilisation är nu på tillbakagång; de är på tillbakagång på grund av de nya grymheter som vi ser i Demokratiska Republiken Kongo och i Syrien; men också på grund av den öronbedövande tystnaden och bristen på mod inom det internationella samfundet.«

En månad senare blev han utsatt för ett mordförsök i sitt hus. Hans två döttrar och deras kusin hölls gisslan under vapenhot och den tjänstgörande säkerhetsvakten blev skjuten till döds. Själv lyckades han undkomma kulorna genom att kasta sig till marken.

Nu bor han med sin fru och barnen på sjukhuset. Grindarna mellan de olika avdelningarna hålls låsta och hans rörlighet är begränsad. Han slår sig ner i sitt arbetsrum. Väggarna pryds av diplom och utmärkelser. Priser som han inte vill ha. 2009 blev han nominerad ▶

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1395 2014-03-21 15:56

Observera att denna artikel har ändrats efter att den publicerades i Läkartidningen nr 32–33/2013. Av hänsyn till några personer har dessas namn och bild tagits bort.

»Fram tills för bara några år sedan åkte jag hem varje kväll och grät. Jag kunde inte tro att människor var kapabla att göra sådant som jag såg på sjukhuset.«



Doktor Mukwege går undan efter dagens sista operation. Han har opererat våldtäktsskadade sedan 1999, men blir fortfarande berörd av att se resultatet av hatet.

till Nobels fredspris. Det vill han inte heller ha.

– Att få pris för det jag gör, att kvinnor blir förstörda fysiskt och psykiskt och att jag behandlar dem, det vill jag inte. Att få ett pris varje år utan att det blir någon skillnad, det vill jag inte. Det är okej att få pris om de också säger att de är beredda att kämpa vid min sida för att få stopp på kriget.

Han lutar sig tillbaka. Slår ut med de breda händerna i luften.

– FN har observerat i tio år, hur länge behöver de observera för att förstå att de måste ingripa? När folk dör, när kvinnor blir våldtagna, när barn blir våldtagna, hur kan det ta tio år att observera?

Han lägger armarna i kors.

– De har all information, men ingen gör något.

Vad skulle man kunna göra?

– Världen har kapacitet att stoppa kriget. För man strider inte mellan stammar, inte om etnicitet, inte om religion. Kriget handlar om pengar. Man krigar för att kontrollera gruvor, för att kontrollera Kongos naturresurser. Världen får dessa naturresurser; mineraler till mobiltelefoner. Världen kan fortsätta få dem, på ett korrekt sätt, utan att finansiera vapen som förstör kvinnor. Kvinnorna som dör har inte ens en mobiltelefon. De vet inte ens varför de dör.

Varför dör de?

– Man vill ha marken. Utan människor.

Systematiska våldtäkter: ett vapen som splittrar samhällen. På BB-avdelningen är effekten tydlig. Fyra barn som aldrig kommer att få några efternamn har fötts här senaste veckan. I ett land där man får efternamnet efter sin far kan det barn som är resultat av våldtäkt inte få något.

Två av deras mammor är minderåriga. De har blivit utkastade hemifrån. I ett land där kvinnan anses ha lockat till sig våldtäktsmannen och är bebodd av onda andar kan en våldtagen inte bo kvar hos sin familj.

En mamma är 22 år. Hon hade en man innan hon blev våldtagen. Det har hon inte längre. I ett land där det innebär offentlig skam att vara med en kvinna som andra män förgripit sig på kan en våldtagen inte fortsätta vara gift.

Den sista mamman är försvunnen.

– Hon kom hit, födde barnet och gick ut genom dörren. Hon ville inte ha det.

Barnmorskan visar den lilla flickan som ligger invirad i en filt. En flaska med mjölkersättning ligger bredvid.

– Hon gråter ofta. Jag tror hon saknar närhet. Vi vet inte vad vi ska göra med henne. Vi har döpt henne till Gloria.

Ett spädbarn: föräldralöst från födseln. I ett land utan social omsorg och fungerande institutioner.

Bukavus centrala fängelse ligger som en fästning på en kulle över staden. Här släpps inte obehöriga in. Rapporterna om brott mot mänskliga rättigheter är många: fångarna har inga sängplatser, inga fungerande toaletter, får ingen mat.

– Det finns en kvinnoavdelning, informerar en vakt.

Han ser lika hungrig ut som de fångar som skymtar på rastgården.

Vad är de dömda för?

– Abort. Några har dödat sina män.

Män dömda för brott mot kvinnor finns det färre av. Mama London, en kraftfull kvinna som driver ett daghem för barn som är resultat av våldtäkt, berättar att man en gång lyckades sätta fast en grupp män som våldtagit en 13-åring.

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1396 2014-03-21 15:56



– De hamnade i fängelse men en av dem mutade sig ut efter bara några veckor. Han betalade 1 000 dollar. För ett straff på 25 år.

Mama Londons daghem, som är helfinansierat av svenska Läkarmissionen, ligger inte långt från fängelset. Här finns 60 barn som är mellan tre månader och fem år gamla. De äldre barnen sitter i en sal och sjunger.

Längst fram sitter en pojke i vit tröja som inte sjunger med. Han är 3,5 år. När han var nyfödd och ammades av sin mamma i sängen stormade det in män som våldtog och dödade henne. Sedan dess har ingen sett honom skratta.

– Alla de här barnen är blyga, de leker inte som andra barn. De hoppar inte runt och är glada som andra barn. Espoir interagerar inte alls, säger Mama London.

– Men vi har i alla fall inte haft några dödsfall bland barnen sedan vi startade den här verksamheten, lägger hon till.

Vadå, dog de tidigare?

– Ja, de dog på gatorna. Människorna älskar dem inte. De kallar dem för »ormarnas barn« – fiendebarn.

»Om du planterar hat i folk kan du inte förvänta dig att få kärlek.« Doktor Mukweges mening ekar i huvudet.

En forskningsrapport från Sida konstaterar att ett ensidigt fokus på våldtäkter försvårar arbetet mot sexuellt könsrelaterat våld i en konflikt. Forskarna menar att om kvinnornas situation ska förbättras måste man även arbeta med män och pojkar – både som förövare och som utsatta för könsrelaterat våld. Även män och pojkar har tvingats att ha sex med familjemedlemmar och släktingar, de har tvingats att titta på när släktingar våldtas, de har tvingats till våldsamma och förödmjukande sexuella handlingar.

I det klimatet går det att värva barn till väpnade grupper.

– Visa mig att du vågar döda så får du ett vapen. Visa mig att du vågar döda och våldta din mamma så får du ett vapen. Det är så vårt lands rebellarméer är uppbyggda, och även regeringsarmén, säger doktor Mukwege.

Innan han lämnar sitt arbetsrum summerar han dagen: tre operationer, 40 öppenvårdspatienter. Det är färre än han brukar ha.

– Ofta är de 60. Jag jobbar varje dag till sent och kvinnorna kommer hela tiden.

Hur orkar du?

– Jag har inget val. Min vilja är att vara med de här kvinnorna och att stödja dem. Jag kan inte förstå hur starka de här kvinnorna är som orkar stå upp för sig själva trots allt de har gått igenom.

Några patienter har dröjt sig kvar på gården, en av dem är den 14-åriga flickan som sitter och blickar inåt med sin svarta sjal kring halsen. Doktor Mukwege tittar på dem och säger:

– Min ära är inte att stå inför FN:s generalförsamling. Min ära är att stå inför dessa kvinnor. Jag kan inte lämna dem.

Text: Magda Gad
Foto: Niclas Hammarström

Världens dödligaste krig

Kongo blev självständigt från Belgien 1960. Premiärminister Patrice Lumumba krävde att landet inte längre skulle vara en ekonomisk koloni, men Lumumba mördades 1961 på order av USA:s president Eisenhower.

Den ansvarige för mordet, Mobutu Sese Seko, tog makten och blev en av världens rikaste män.

Under första Kongokriget 1996–97 störtades Mobutu av Laurent Kabila, vars son Joseph Kabila styr landet sedan 2001.

Andra Kongokriget, det dödligaste i världen sedan andra världskriget, bröt ut 1998.

Kriget involverade nio länder och 30 beväpnade grupper som stred om Kongos naturtillgångar.

Sedan 2003 pågår en fredsprocess, men i mineralrika östra Kongo har striderna fortsatt och antalet våldtäkter ökat dramatiskt.

Både rebellgrupper och den kongolesiska armén använder sexuellt våld som vapen.

Över sex miljoner människor har mist livet i kriget och omkring 2 miljoner har blivit våldtagna. ■

32_33_2013_Aktuellt_NY.indd 1397 2014-03-21 15:56

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CEFA

ESBL$_{CARBA}$ kan bli ett problem i svensk sjukvård



CHRISTIAN G GISKE, docent, överläkare, klinisk mikrobiologi, MTC, Karolinska institutet
christian.giske@karolinska.se



MATS KALIN, professor, infektionskliniken; båda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Det första bekräftade fallet av karbapenemresistens i Sverige observerades redan 2005 [1] hos Klebsiella pneumoniae, som (tillsammans med Escherichia coli) är den kliniskt mest betydelsefulla tarmbakterien. Därefter har mer än 50 isolat av flera arter av karbapenemresistenta tarmbakterier påvisats i Sverige [2]. Endast vid ett tillfälle har de isolerats i blod [1]. Som jämförelse isolerades >7 000 fall av cefalosporinresistenta tarmbakterier under 2012, varav 4 procent av isolaten kom från positiva blododlingar [2].

Resistensmekanismen för karbapenemresistenta tarmbakterier är en specialvariant av ESBL (extended-spectrum beta-lactamases) [2]. Bakterierna producerar enzymer som kan bryta ned även karbapenemer. Enzymerna har förmåga att bryta ner i princip samtliga betalaktamantibiotika. De kallas ESBL$_{CARBA}$ [3]; till denna grupp hör enzymet NDM, som beskrivs av Oskar Ljungquist et al i en fallbeskrivning i detta nummer av Läkartidningen.

Infektioner orsakade av ESBL$_{CARBA}$-bildande tarmbakterier är mycket svårbehandlade. I de flesta svenska fall har man dock påvisat endast bärarskap, vilket kan vara långvarigt men inte behöver resultera i infektion [2]. Det finns dock en risk att asymtomatiska bärare överför resistenta bakterier till andra, t ex immunförsvagade, som kan utveckla infektion. Tarmbakterier med ESBL$_{CARBA}$ ska, liksom andra tarmbakterier, behandlas endast då de ger klinisk infektion.

Det aktuella fallet är det första exemplet i Sverige av klinisk infektion i blodbanan av ESBL$_{CARBA}$-bildande E coli. Patienten svarade på kombinationsbehandling av tigecyklin och kolistin. Publicerade uppgifter om behandling av infektioner med dessa bakterier talar för kombinationsbehandling där kolistin bör ingå [2, 4-7]. Tigecyklin kan vara ett alternativ, men hos Klebsiella ses ofta resistens mot medlet. Som regel används en kombination av kolistin och karbapenemer, oftast meropenem. Man bör välja hög dos av både kolistin och meropenem för att optimera behandling och undvika ytterligare resistensutveckling [2].

Ljungquist et al påpekar att resor till länder med hög prevalens av ESBL$_{CARBA}$ är en viktig riskfaktor för bärarskap av resistenta bakterier i tarmfloran; främst tarmbakterier med vanliga ESBL-enzymer [2] men högst sannolikt även ESBL$_{CARBA}$-bildande tarmbakterier. Smittan sker sannolikt genom kontaminerade födoämnen och leder oftast inte till symtom men till potentiellt långvarigt bärarskap.

För att upptäcka bärarskap i tarmen behövs känslig odlingsmetodik [2]. Resistensmekanismen måste verifieras med antibiotikalappar med och utan betalaktamashämmare för att avgöra vilken kategori av betalaktamas bakterieisolatet har. Det är viktigt att det görs snabbt och kommuniceras skyndsamt till vårdavdelning, som i sin tur kan initiera specifika åtgärder som vård på enkelrum, avdelad personal och smittspårning av patienter som vårdats på samma avdelning som indexfallet [2].

Det är svårt att avgöra hur patienten i det aktuella fallet smittades. Eftersom bärarskap kan vara långvarigt, är det möjligt att patienten smittats flera månader tillbaka i tiden. I artikeln nämns att en anhörig varit i Vietnam under det föregående året; dock verkar man inte ha undersökt om anhöriga bar på samma typ av resistenta tarmbakterier.

Förekomsten av resistenta tarmbakterier är mycket hög i många delar av världen, och det är troligt att problemet med förvärv vid utlandsresor ökar. Vi kan inte se fram emot något betydande tillskott av nya effektiva antibiotika, även om några nya betalaktamashämmare och en ny aminoglykosid sannolikt snart kommer till användning [8, 9].

Infektionerna måste därför behandlas med de preparat vi har tillgång till i dag. Det innebär ofta en kombination av mer eller mindre problematiska preparat, inkluderande främst kolistin, där vi har begränsad erfarenhet av dosering och förväntad effekt; biverkningsprofilen är också ofta mindre gynnsam.

Studier om hur man skyddar sig mot extremt resistenta tarmbakterier saknas, men sannolikt är det som med annan tarmsmitta. Försiktighet vid intag av lokala födoämnen inklusive sallad, vatten och isbitar samt god hygien rekommenderas. Smitta inom familjer förekommer, men det är viktigt att betona att patienter med bärarskap av resistenta tarmbakterier bör leva som vanligt.

Vad vi för övrigt kan göra för att reducera den prevalensökning som är oundviklig är inte helt klart. Klok, restriktiv användning av antibiotika har troligen betydelse [10]. Goda hygienrutiner och möjligheter att tillämpa sådana, dvs tillräckligt med vårdplatser och personal, minskar också risk för spridning. Att arbeta för detta är troligen mer lönande på sikt än att av ekonomiska skäl reducera vårdplatser och personal så att god vård försvåras.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Artikel sidan 1401
Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Samuelsen Ø, Toleman MA, Hasseltvedt V, et al. Molecular characterization of VIM-producing Klebsiella pneumoniae from Scandinavia reveals genetic relatedness with international clonal complexes encoding transferable multidrug resistance. Clin Microbiol Infect. 2011;17(12):1811-6.
2. Smittskyddsinstitutet (Giske CG, red). ESBL-producerande tarmbakterier. Kunskapsunderlag med förslag till handläggning för att begränsa spridningen av Enterobacteriaceae med ESBL. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2013.
4. Zarkotou O, Pournaras S, Tselioti P, et al. Predictors of mortality in patients with bloodstream infections caused by KPC-producing Klebsiella pneumoniae and impact of appropriate antimicrobial treatment. Clin Microbiol Infect. 2011;17(12):1798-803.
5. Qureshi ZA, Paterson DL, Potoski BA, et al. Treatment outcome of bacteremia due to KPC-producing Klebsiella pneumoniae: superiority of combination antimicrobial regimens. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56(4):2108-13.
7. Daikos GL, Markogiannakis A. Carbapenemase-producing Klebsiella pneumoniae: (when) might we still consider treating with carbapenems? Clin Microbiol Infect. 2011;17(8):1135-41.

SAMMANFATTAT

ESBL$_{CARBA}$ är en anmälningspliktig resistensmekanism hos tarmbakterier, vilken orsakar resistens mot de flesta penicilliner, cefalosporiner och karbapenemer.
Kombinationsbehandling med kolistin och karbapenemer är normalt indicerad vid kliniska infektioner.
Ett nationellt kunskapsunderlag sammanfattar diagnostik, vårdhygien och behandling.

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CEPA

Tveksamheter kring HES

Europeiska läkemedelsverket drar in marknadsföringstillståndet tills vidare



CHRISTER SVENSÉN, överläkare, professor, Karolinska institutet, sektionen för anestesi- och intensivvård, Södersjukhuset, Stockholm christer.svensen@ki.se

Sektionen för läkemedelssäkerhet (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee [PRAC]) vid det europeiska läkemedelsverket EMA (European Medicines Agency) beslöt i juni att rekommendera att marknadsföringstillståndet för infusionslösningar av typ hydroxietylstärkelse (HES) ska upphöra [1]. EMA anser att nyttan av HES inte uppväger riskerna. Svenska Läkemedelsverket publicerade kort därefter information på sin webbplats som i stort överensstämmer med EMA:s beslut.

»Rekommendationen baseras på tre studier, där HES jämförts med kristalloider ...«

Rekommendationen baseras på tre studier, där HES jämförts med kristalloider hos patienter med sepsis, svår sepsis eller septisk chock [2-4]. Resultaten visade att HES-behandlade patienter oftare utvecklade njurskada som krävde behandling än patienter som fått kristalloider. Två studier visade också att HES-behandlade patienter hade högre dödlighet; endast en var dock styrkeberäknad för detta [2, 3]. Framför allt har den danska (n = 798) [3] och den australiska/nyzeeländska (n = 7 000) [4] studien haft stor betydelse för EMA:s beslut.

Akut njursvikt är en vanlig komplikation till svår sepsis eller septisk chock. Volymsubstitution är nödvändig för att förhindra akut tubulär nekros, vilken har mycket hög mortalitet. HES har använts som infusionslösning i decennier på grund av långverkande volymsparande effekt. Dock har det noterats att HES-användning till hjärndöda donatorer var associerad med försämrad njurfunktion hos de transplanterade. Hyperonkotiska lösningar har länge varit kontraindicerade för patienter med dåliga njurar. Förändrade kapillärkrafter, skadat endotel och osmotisk nefros har angetts som förklaringar.

En multicenterstudie har visat att HES med molekylvikt 200 kDa var en oberoende riskfaktor för akut njurskada hos patienter med svår sepsis och septisk chock [5]. Njurskadan mättes som en tvåfaldig ökning av kreatinin eller behov av dialys. En liknande studie kritiserades dock för att prövarna använt den äldre stärkelselösningen med förhållandevis stora molekyler (200 kDa) [2]. Nyare stärkelselösningar med lägre molekylvikt (130 kDa och substitutionsgrad 0,38–0,45) har framhållits vara säkrare, men långtidsdata för att styrka detta har saknats.

De nyligen publicerade studierna på kritiskt sjuka patienter har dock anklagats för att ha olika designfel [6, 7]. En av de allvarligaste invändningarna mot den danska studien är att flera patienter vid inklusion redan skulle ha uppnått de mål riktlinjerna i »Surviving sepsis campaign« anger [8] när studieprotokollet påbörjades, och därmed skulle de ha fått HES i onödan. De skulle således ha blivit mer utspädda och anemiska och därför fått mer blodprodukter – en riskfaktor för morbiditet och mortalitet. Flera metaanalyser gällande kritiskt sjuka patienter (n > 10 000) pekar dock på ett behov av njursviktsbehandling [9-11].

Situationen har lett till stor oro, eftersom HES använts för volymsubstitution inte bara till kritiskt sjuka utan även i de flesta kliniska situationer. Det tidigare uppdagade forskningsfusket [12], nya ännu opublicerade studier [7] och inte minst invändningar mot de publicerade studierna har skapat stor oreda. Frågan är nu om dessa data kan extrapoleras till patienter i vanlig operationsvård?

EMA rekommenderar att marknadsföringstillståndet tillfälligt dras in, eftersom PRAC ansåg att HES gav begränsad nytta, vilken inte motiverade användning. En metaanalys som specifikt tittade på kirurgiska patienter (n = 4 529) i operationsvård fann dock inga tecken till överdödlighet eller njurskador. Ett bevarat intakt kärlendotel anfördes som förklaring till detta [13]. Dock var uppföljningstiden i de flesta av de ingående studierna kortare, 28 dagar, att jämföra med exempelvis 90 dagar i den danska studien, där man såg ökad dödlighet först efter 60 dagar.

HES används i dag inte inom svensk intensivvård. I målstyrda protokoll i vissa elektiva operationsmiljöer används HES. Flera sjukhus har dock valt att helt sluta använda produkterna. Ringer-lösningar har ersatt HES, men även andra kolloidala lösningar används för vilka evidensen är fortsatt svag.

Rekommendationen från EMA är preliminär och inte bindande. Innehavarna av marknadsföringstillstånd har uppmanats att inom viss tid komma in med kompletterande studier och rekommendationer om för vilka patientgrupper HES kan vara av värde. Ett beslut om huruvida HES kommer att dras in eller inte är att vänta i höst.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har fått föreläsningsarvode från Fresenius Kabi och varit medicinsk rådgivare åt Masimo Inc vid kongressmöten.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

REFERENSER

3. Perner A, Haase N, Guttormsen A, et al. Comparing the effect of hydroxyethyl starch 130/0.4 with balanced crystalloid solution on mortality and kidney failure in patients with severe sepsis (6S – Scandinavian Starch for Severe Sepsis/Septic Shock trial): study protocol, design and rationale for a double-blinded, randomised clinical trial. N Engl J Med. 2012;367:124-34.
4. Myburgh JA, Finfer S, Bellomo R, et al. Hydroxyethyl starch or saline for fluid resuscitation in intensive care. N Engl J Med. 2012;367:1901-11.
7. Ertmer C, Kampmeier T, van Aken H. Fluid therapy in critical illness: a special focus on indication, the use of hydroxyethyl starch and its different raw materials. Curr Opin Anaesthesiol. 2013;26:253-60.
9. Zarychanski R, Abou-Setta AM, Turgeon AF, et al. Association of hydroxyethyl starch administration with mortality and acute kidney injury in critically ill patients requiring volume resuscitation: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2013;309:678-88.
10. Gattas DJ, Arina D, Myburgh J, et al. Fluid resuscitation with 6 % hydroxyethyl starch (130/0.4 and 130/0.42) in acutely ill patients: systematic review of effects on mortality and treatment with renal replacement therapy. Intensive Care Med. 2013;39:558-68.

SAMMANFATTAT

Europeiska läkemedelsverket rekommenderar att marknadsföringstillståndet för hydroxietylstärkelse (HES) dras in.
Beslutet baseras på nyligen randomiserade prövningar som visat på akut behandlingskrävande njurskada efter administration av HES vid sepsis, svår sepsis eller septisk chock.
Frågan uppkommer om dessa data kan extrapoleras till vanlig operativ vård.
Innehavarna av marknadsföringstillstånd ska komplettera med studier och ge rekommendationer om för vilka patientgrupper HES kan ha nytta.

nya.ron@lakartidningen.se

Ett medicinskt akutfall på flyget var tolfte minut

Varje år sker globalt uppskattningsvis 44 000 medicinska akutfall ombord på flygplan. Det motsvarar ett fall var tolfte minut året om. I New England Journal of Medicine har en grupp amerikanska forskare ställt samman data kring något de flesta av oss har funderat på någon gång: hur ofta någon som befinner sig på ett flygplan blir akut sjuk och, inte minst, vad man som läkare kan göra om man är på plats.

I studien, som onekligen innehåller rejält med spännande siffror, har man samlat in data från fem olika flygbolag som flyger både inrikes (inom USA) och internationellt. Siffrorna kommer från perioden 2008–2010 och omfattar totalt 744 miljoner transporterade passagerare, vilket i sin tur är ungefär en tiondel av all global flygtrafik under perioden. Totalt noterades 11 920 medicinska akutsituationer i luften, definierat som att man från flygplanet kontaktat ett kommunikationscentrum och meddelat att man har ett akutfall ombord. Via kommunikationscentrumet kan sedan planets personal konsultera en läkare »på marken« om vad man bör göra. De 11 920 fallen innebär att det i genomsnitt inträffade ett akutfall per 604 flygningar.

Spektrumet av akutsituationer är brett. Den yngste drabbade var bara 14 dagar gammal, medan den äldste var 100 år. Vanligast var svimning eller svimningskänsla (presynkope), vilket utgjorde 37 procent. Därtill kom andningsproblem (12 procent) och illamående eller kräkning (10 procent). I totalt 7,3 procent av alla akutfall landade planet på annan plats än det planerade slutmålet, medan man i övriga fall fortsatte som planerat. För ungefär en tredjedel (31,2 procent) av de drabbade passagerarna hade besvären försvunnit vid landning, och de behövde inte någon ytterligare medicinsk vård. I 37 procent av fallen togs den drabbade till en akutmottagning efter landning.

Tittar man på allvarligare händelser noterades bl a 38 fall av hjärtstillestånd (0,3 procent av samtliga akutfall). I drygt hälften av dessa fall (58 procent) tvingades planet ändra sin planerade resväg och landa före slutmålet. I resterande fall hade planet kommit så långt att det snabbaste sättet att skaffa hjälp var att landa vid det planerade slutmålet. Totalt avled 30 personer när de befann sig ombord på flyget (0,3 procent av alla akutfall). Medelåldern för dem var 59 år. Obstetriska symtom och komplikationer var ovanliga; man noterade 61 sådana händelser (0,5 procent av samtliga akutfall). En majoritet (60,7 procent) av de 61 akutfallen bland gravida kvinnor skedde före vecka 24. I de flesta fallen tycktes symtomen bero på missfall (t ex vaginal blödning). Författarna skriver att de data man sammantaget har stödjer att det är säkert att flyga fram till 36:e graviditetsveckan.



Totalt noterades 11 920 medicinska akutsituationer, definierat som att man från flygplanet kontaktat ett kommunikationscentrum och meddelat att man har ett akutfall ombord. Foto: SPL/IBL

I närmare hälften av alla fall (48,1 procent) fick den drabbade hjälp av en läkare ombord, medan en sköterska gav hjälp i vart femte fall (20,1 procent). I de fall där en läkare ombord hjälpte till slutade vart tionde (9,4 procent) med att planet nödlandade. Andelen nödlandningar är högre än de 7,2 procent man såg i hela materialet. Detta skulle kunna bero på att personalen på planet bara frågar om någon läkare finns ombord vid mer allvarliga fall.

Författarna konstaterar att läkare och medicinsk personal visserligen inte är juridiskt skyldiga att ingripa men konstaterar att vi som sjukvårdspersonal har moralisk skyldighet att hjälpa till om vi kan. Omräknat på global basis innebär siffrorna att det sker 44 000 akutfall på flyget bland de totalt 2,75 miljarder flygpassagerare som flyger varje år. Det är 120 fall per dygn eller ett var tolfte minut. Dygnet runt. Året om.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Peterson D, et al. N Engl J Med. 2013;368:2075-83.

Bättre att ligga på mage för patienter med svår lungsvikt

Trauma, pneumoni och sepsis är exempel på tillstånd som kan leda till akut svår lunginsufficiens, ARDS. Tillståndet är oerhört allvarligt och förknippat med hög mortalitet och behandlas normalt på en intensivvårdsavdelning. Nu har en studie presenterats i vilken man tittat på om patienter med svår ARDS bör ligga på rygg eller mage under behandlingen. Undersökningen har publicerats i New England Journal of Medicine och omfattar 466 patienter med ARDS som IVA-vårdades. Ungefär hälften lottades till att minst 16 timmar per dygn ligga på mage och den andra hälften till att ligga på rygg.

Primärt effektmått var mortalitet i samtliga dödsorsaker 28 dagar efter att behandlingen påbörjats. Det visade sig att 28-dagarsmortaliteten skilde sig markant mellan grupperna: 16 procent av patienterna som legat på mage hade avlidit inom fyra veckor, vilket ska jämföras med 32,8 procent av patienterna som låg på rygg. Även när man tittade på längre sikt (90 dagar) noterades liknande skillnader med en mortalitet på 23,6 respektive 41,0 procent i mag- respektive ryggruppen.

Värt att notera är att fler fall av hjärtstillestånd noterades bland patienter som låg på rygg. I övrigt såg man inte några säkerställda skillnader mellan grupperna vad gäller biverkningar eller komplikationer. Tidigare studier har visat att magläge kan förbättra saturationen vid ARDS. Däremot har det inte presenterats ett så pass omfattande material som det nu aktuella där man fokuserat på, och kunnat visa, att magläge påverkar mortaliteten. Vad som också är värt att notera är att patienterna som låg på mage tillbringade längre tid på mage per dygn (minst 16 timmar) än i tidigare material, där patienterna ofta bara låg ett par timmar per dygn på mage. I en kommentar till artikeln betonas vikten av att personalen på IVA är van vid att vårda patienter som ligger på mage.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

Guérin C, et al. N Engl J Med. 2013;368:2159-68



Fler fall av hjärtstillestånd noterades bland patienter som låg på rygg. Foto: SPL/IBL

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CDEP

Karbapenemresistenta Escherichia coli finns nu i Sverige

OSKAR LJUNGQUIST, ST-läkare
oskar.ljungquist@skane.se
CHARLOTT KJÖLVMARK, specialistläkare; båda infektionskliniken, Helsingborgs lasarett

THOMAS TÄNGDÉN, med dr, specialistläkare, infektionskliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala; Strama Uppsala län

ESBL (extended-spectrum beta-lactamases) är enzymer som inaktiverar betalaktamantibiotika och som kan finnas hos bl a tarmbakterierna Klebsiella pneumoniae och Escherichia coli. $ESBL_A$ bryter ner cefalosporiner (t ex Zinacef och Claforan) och $ESBL_{CARBA}$ även karbapenemer (t ex Tienam och Meronem). Infektioner med $ESBL_{CARBA}$-producerande stammar är svårbehandlade, eftersom enzymerna medför resistens mot de preparat som är förstahandsval vid allvarliga infektioner med dessa bakterier. Stammarna är i hög utsträckning resistenta även mot flera andra antibiotikaklasser, exempelvis kinoloner, trimetoprim och aminoglykosider, men i de flesta fall är de känsliga för kolistin, tigecyklin och fosfomycin.

Ännu finns otillräcklig kunskap om hur infektioner med dessa bakterier ska behandlas, men det råder enighet om att kombinationsbehandling med två eller flera antibiotika är mer effektiv än monoterapi.

Plasmider som kodar för $ESBL_{CARBA}$ kan överföras mellan bakterier av samma eller olika arter. Det finns flera olika typer av $ESBL_{CARBA}$, t ex KPC, OXA, VIM, IMP och NDM. Den som rönt störst uppmärksamhet på senare tid är NDM-1 (New Delhi metallobetalaktamas-1). Det första kända fallet av NDM-1-producerande K pneumoniae isolerades 2008 från en svensk patient, som nyligen hade fått sjukhusvård i New Delhi, Indien, på grund av en glutealabscess [1]. I Indien och andra delar av Asien finns NDM-1 endemiskt och har hittats i bl a dricksvattnet [2]. I en studie från Pakistan var så mycket som 14 procent av öppenvårdspatienter och 27 procent av inneliggande patienter bärare av NDM-1-producerande bakterier i tarmen [3].

Under det senaste året har det också rapporterats om fynd av $ESBL_{CARBA}$-producerande tarmbakterier hos slaktdjur [4].

$ESBL_{CARBA}$ är sedan mars 2012 en anmälnings- och smittspårningspliktig infektion enligt smittskyddslagen. Den 1 mars 2013 hade totalt 25 NDM-1-producerande isolat påvisats. Frånsett det fall som rapporteras nedan har det uteslutande rört sig om fall med isolat från sår, tarm eller urin [Petra Edquist, Smittskyddsinstitutet, Stockholm, pers medd; 2013]. Internationellt har NDM-1-producerande E coli och K pneumoniae påvisats som orsakande agens vid sepsis, urinvägs-, sår- och bukinfektioner samt ventilatorassocierade pneumonier [5].

FALLBESKRIVNING

En man född på 1920-talet med sedan tidigare mekanisk aortaklaff, ischemisk hjärtsjukdom, biventrikulär pacemaker, förmaksflimmer, hjärtsvikt och njurinsufficiens (habituellt kreatininvärde ca 200 µmol/l) hade vårdats på Helsingborgs lasarett under slutet av oktober månad 2012 på grund av sepsis med växt av Staphylococcus aureus i blododlingarna. Patienten var bosatt i villa med sin fru. Han hade hjälp av hemtjänst och bar blöja på grund av feces- och urininkontinens. Det fanns inga djur i hemmet, och han hade inte varit utomlands de senaste åren.

På grund av flera faktorer avstod man från att utreda patienten vidare med transesofagealt ultraljud avseende endokardit. Antibiotikabehandling gavs i 14 dagar med kloxacillin (Ekvacillin). Han hade vid vårdtillfället en tillfällig KAD som avvecklades före utskrivningen. Då patienten ansågs medicinskt färdigbehandlad, vårdplanerades han och flyttades till ett korttidsboende.

TABELL I. Känslighet för antibiotika hos den isolerade NDM-1-producerande E coli-stammen, enligt bestämning med diskdiffusionsteknik (SIR-systemet; S = känslig, I = intermediärt känslig, R = resistent) och E-test (MIC-värden; minsta hämmande koncentration).

Antibiotikum	SIR	MIC, mg/l
Ampicillin	R	
Piperacillin/tazobaktam	R	>256
Cefotaxim	R	
Ceftazidim	R	
Imipenem	R	4
Meropenem	R	4
Ertapenem	R	>32
Amikacin	R	
Gentamicin	R	
Tobramycin	R	
Ciprofloxacin	R	
Trimetoprim-sulfametoxazol	R	
Tigecyklin	S	0,5
Kolistin	S	0,25
Fosfomycin	S	0,25

Cirka 1 månad senare sökte patienten akut på Helsingborgs lasarett på grund av feber. Han var vid ankomsten feberfri men påverkad i vitala parametrar med hypotoni, takypné och konfusion. Han hade haft KAD av och till sedan föregående vårdtillfälle, och en sådan hade avvecklats på korttidsboendet 2 dagar före sjukhusbesöket. Man misstänkte därför urinvägsinfektion, och empirisk sepsisbehandling sattes in med cefotaxim (Claforan). I blododlingarna tagna vid ankomst växte karbapenemresistenta E coli, som producerade $ESBL_{CARBA}$ av typ NDM-1. Ingen urinodling togs innan antibiotikabehandling sattes in. Efter blododlingssvaret odlade man från rektumsekret, där E coli med samma resistensmönster som i blod påvisades. Bakterien var känslig endast för tigecyklin, kolistin och fosfomycin (Tabell I).

När blododlingssvaret med resistensbestämning anlänt ersattes cefotaxim med tigecyklin (Tygacil). Efter en initial dos 100 mg ordinerades 50 mg × 2. Total behandlingstid med tigecyklin var 14 dagar. På grund av njursvikt avstod man från kolistinbehandling. Patienten förbättrades kliniskt och skrevs efter 21 dagars vårdtid ut till hemmet med insatser från hemtjänsten.

En dryg vecka efter utskrivning inkom patienten återigen till sjukhus efter ett mindre falltrauma i hemmet, och han la-

SAMMANFATTAT

Escherichia coli som producerar $ESBL_{CARBA}$, vilket bryter ner karbapenemer, har blivit allt vanligare utomlands. Stammar som producerar NDM-1 uppfattas som ett stort hot, eftersom de är multiresistenta och ökar snabbt globalt.

De fall av NDM-1 som tidigare påvisats i Sverige har isolerats från patienter som blivit koloniserade i samband med resa eller vård utomlands. Vi presenterar här det första kända fallet av sepsis med NDM-1-producerande E coli i Sverige.

Det krävs en hög beredskap på samtliga vårdenheter för att hantera en ökad förekomst av multiresistenta tarmbakterier. Karbapenemer bör användas restriktivt för att undvika selektion av $ESBL_{CARBA}$-producerande stammar.

des in på infektionskliniken. Patienten hade ingen feber eller andra tecken på infektion, men återigen växte NDM-1-producerande E coli i blododlingarna med samma resistensmönster som vid föregående vårdtillfälle. Denna gång dubbelbehandlades patienten med tigecyklin 50 mg × 2 och kolistin (Tadim) 1 miljon IE × 2 i totalt 14 dagar. Ingen kreatininstegring eller andra biverkningar noterades under behandlingen. Blod och urinodlingar utföll negativa ca 10 dagar in i behandlingsförloppet, och patienten kunde skrivas ut i sitt habitualtillstånd.

Smittspårning initierades av Smittskydd Skåne tillsammans med enheten för vårdhygien på Helsingborgs lasarett. Personer på samma vårdboende och de patienter som patienten delade rum med vid föregående vårdtillfälle på lasarettet screenades med fecesodling. Hittills har ytterligare ett fall av kolonisation med NDM-1-producerande E coli påvisats hos en person på samma boende. Stammen är identisk med den som isolerades från patienten, enligt genetiska analyser utförda på Smittskyddsinstitutet (PCR [polymeraskedjereaktion] och PFGE [pulsfältsgelelektrofores]).

DISKUSSION

Vår fallrapport är ett exempel på det ökande problemet med antibiotikaresistens hos gramnegativa bakterier. Fallet är unikt, eftersom det är det första av sepsis med NDM-1-producerande E coli i Sverige och eftersom patienten inte hade vistats utomlands före insjuknandet. Ytterligare en person på boendet visade sig vara bärare av samma bakteriestam, vilket talar för en spridning inom vården.

Flera studier har visat att friska utlandsresenärer ofta blir bärare av $ESBL_A$-producerande E coli i tarmfloran, och på samma sätt sprids troligen $ESBL_{CARBA}$-producerande stammar lätt mellan länder [6]. Dagens semestervanor med frekventa utlandsresor gör att mörkertalet av människor som är koloniserade av multiresistenta tarmbakterier i samhället är stort. Det är ytterst angeläget att det finns en beredskap och plan för vårdhygieniska åtgärder vid konstaterade fall för att förhindra utbrott på sjukhus och andra vårdinstutitioner. Men eftersom förekomsten av multiresistenta bakterier i tarmfloran inte ger några symtom och inneliggande patienter inte rutinmässigt screenas för förekomst av resistenta stammar, är bärarskapet i de flesta fall inte känt. Därför är det av vikt att basala hygienrutiner ständigt efterföljs för att förhindra spridning av resistenta bakterier på sjukhus och vårdhem.

Begränsad evidens för behandling

Evidensen för hur infektioner med $ESBL_{CARBA}$-producerande E coli och K pneumoniae ska behandlas är i dag mycket begränsad och baseras på fallrapporter, resultat från okontrollerade retrospektiva kliniska studier och in vitro-studier. Kombinationsbehandling har i flera kliniska studier varit förknippad med lägre mortalitet än monoterapi, även då bakterierna är känsliga för de enskilda preparaten [7]. Behandlingsalternativen för infektioner med NDM-1-producerande bakterier är få på grund av hög förekomst av kopplad resistens mot flera antibiotikaklasser, men majoriteten av stammarna är känsliga för tigecyklin, kolistin och fosfomycin [8].

Tigecyklin är en tetracyklinanalog med bakteriostatisk effekt som verkar genom hämning av bakteriernas proteinsyntes. Preparatet har varit förknippat med högre mortalitet än jämförelsepreparat vid allvarliga infektioner och rekommenderas endast när det inte finns andra alternativ [7]. Tigecyklin är inte är godkänt för behandling av urinvägsinfektioner.

Kolistin har använts i hög utsträckning vid infektioner med $ESBL_{CARBA}$-producerande stammar och ofta i kombination med tigecyklin, en karbapenem eller en aminoglykosid [9, 10]. Fortfarande råder dock osäkerhet om hur preparatet ska doseras optimalt med avseende på effekt och njurtoxicitet, som är vanligt förekommande men i regel reversibel [11].

Parenteralt fosfomycin används internationellt vid behandling av multiresistenta stammar när andra alternativ saknas [10], men några kliniska studier av behandlingseffekten finns inte, och preparatet är inte registrerat i Sverige.

Karbapenemer måste användas restriktivt

Det är viktigt att det finns en hög beredskap på samtliga vårdenheter i landet för att hantera ökad förekomst av multiresistenta tarmbakterier. Laboratorierna måste ha fungerande rutiner för att detektera $ESBL_{CARBA}$ och annan uppseglande resistens. Vårdhygienen måste vara anpassad för att förhindra spridning av resistenta stammar vid konstaterade fall, vilket kräver tillräckligt antal isoleringsrum på sjukhusen och rimlig arbetsbelastning för personalen. Basala hygienrutiner måste fungera tillräckligt väl för att förhindra smittspridning utgående från asymtomatiska bärare av resistenta bakterier.

Behandlande läkare måste vara medvetna om den ökade risken för resistens vid gramnegativa infektioner hos patienter som nyligen vistats i områden med hög förekomst av ESBL eller som har andra riskfaktorer för resistenta bakterier. Det kan kräva anpassning av empirisk terapi för kritiskt sjuka patienter, eftersom fördröjd effektiv behandling är förknippad med ökad mortalitet i dessa fall. Varje infektionsläkare måste ha viss kunskap om hur infektioner med $ESBL_{CARBA}$-producerande stammar ska behandlas.

Samtidigt är det angeläget att även fortsättningsvis använda karbapenemerna restriktivt för att minska risken för selektion av $ESBL_{CARBA}$-producerande E coli och K pneumoniae. Det kommer att ha allt större betydelse, eftersom en ökande andel av våra patienter är bärare av karbapenemresistenta stammar. Genom att undvika onödig användning av karbapenemer kan vi fördröja ökningen av $ESBL_{CARBA}$ i Sverige.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Yong D, Toleman MA, Giske CG, et al. Characterization of a new metallo-betalactamase gene, blaNDM-1, and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in Klebsiella pneumoniae sequence type 14 from India. Antimicrob Agents Chemother. 2009;53:5046-54.
2. Walsh TR, Weeks J, Livermore DM, et al. Dissemination of NDM-1 positive bacteria in the New Delhi environment and its implications for human health: an environmental point prevalence study. Lancet Infect Dis. 2011;11:355-62.
3. Perry JD, Naqvi SH, Mirza IA, et al. Prevalence of faecal carriage of Enterobacteriaceae with NDM-1 carbapenemase at military hospitals in Pakistan, and evaluation of two chromogenic media. J Antimicrob Chemother. 2011;66:2288-94.
4. Fischer J, Rodríguez I, Schmoger S, et al. Escherichia coli producing VIM-1 carbapenemase isolated on a pig farm. J Antimicrob Chemother. 2012;67:1793-5.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Updated risk assessment on the spread of NDM and its variants within Europe. 2011. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications
6. Tängdén T, Cars O, Melhus A, et al. Foreign travel is a major risk factor for colonization with Escherichia coli producing CTX-M-type extended-spectrum beta-lactamases: a prospective study with Swedish volunteers. Antimicrob Agents Chemother. 2010;54:3564-8.
7. US Food and Drug Administration. Increased risk of death with Tygacil (tigecycline) compared to other antibiotics used to treat similar infections. 2010. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety
8. Berçot B, Poirel L, Dortet L, et al. In vitro evaluation of antibiotic synergy for NDM-1-producing Enterobacteriaceae. J Antimicrob Chemother. 2011;66:2295-7.
9. Qureshi ZA, Paterson DL, Potoski BA, et al. Treatment outcome of bacteremia due to KPC-producing Klebsiella pneumoniae: superiority of combination antimicrobial regimens. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56:2108-13.
10. Miyakis S, Pefanis A, Tsakris A. The challenges of antimicrobial drug resistance in Greece. Clin Infect Dis. 2011;15;53:177-84.
11. Garonzik SM, Li J, Thamlikitkul V, et al. Population pharmacokinetics of colistin methanesulfonate and formed colistin in critically ill patients from a multicenter study provide dosing suggestions for various categories of patients. Antimicrob Agents Chemother. 2011;55:3284-94.

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CA33

Intervjustudie om de allra äldstas levnadsvillkor

Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre

STEFAN FORS, fil dr, postdoktor
stefan.fors@ki.se
CARIN LENNARTSSON, fil dr, docent
NEDA AGAHI, med dr, postdoktor
MARTI G PARKER, med dr, professor
MATS THORSLUND, fil dr, professor; samtliga Aging Research Center, Karolinska institutet och Stockholms universitet

De äldre utgör en allt större del av befolkningen, både i termer av absolut antal och i andel av den totala befolkningen. Vi lever allt längre och mortaliteten minskar även bland äldre [1, 2].

En central fråga är om de allra äldsta blivit friskare eller sjukare i takt med att medelåldern ökat. De sammanställningar som gjorts av forskningen på området visar motstridiga resultat, till stor del beroende på vilken tidsperiod som studerats samt vilka hälsoindikatorer som använts [3-7].

Vi beskriver i denna studie, utifrån riksrepresentativa data, hälsoutvecklingen bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige under perioden 1992–2011 för en rad hälsoindikatorer.

Under 1980-talet och fram till mitten av 1990-talet visade Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) tydliga förbättringar, framför allt när det gäller äldre personers förmåga att klara vardagliga sysslor och den personliga omvårdnaden [8]. Även flera internationella undersökningar under denna tid visade att andelen äldre med funktionsnedsättningar minskade [4, 9-10]. En studie från Norge visade också förbättringar i funktionsförmåga bland äldre (67 år och äldre) under perioden 1986–2008 [11]. Den positiva utvecklingen var mest påtaglig hos de yngre äldre (67–80 år), medan trenden bland de allra äldsta (80 år och äldre) var betydligt svagare.

Våra resultat från undersökningen om äldres (77 år och äldre) levnadsvillkor (SWEOLD) visade däremot nästan genomgående på hälsoförsämringar under perioden 1992–2002 [12, 13]. Hälsoförsämringarna var tydliga både vad gäller självrapporterade sjukdomar, besvär och test av funktionsförmåga. Andelen som rapporterade problem med att klara grundläggande vardagliga aktiviteter (ADL) förändrades däremot inte under perioden.

Resultaten från SWEOLD rörande utvecklingen 1992–2002 fick senare stöd från flera studier som också fann hälsoförsämringar bland de allra äldsta från 1990-talet och framåt [14]. Bland annat visade ULF-undersökningarna att den positiva hälsoutvecklingen bland äldre personer som var tydlig från mitten av 1980-talet mer eller mindre hade avstannat tio år senare [8]. Utifrån en genomgång av ett stort antal amerikanska studier konstaterades att tiden med sjukdom och funktionsnedsättning bland äldre ökade under perioden 1998–2008 [5] .

METOD

SWEOLD är en riksrepresentativ studie av levnadsvillkoren bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige som genomförts 1992, 2002 samt 2011. Studiens urval baseras på urvalsramen för de nationella svenska levnadsnivåundersökningarna (LNU). Den första SWEOLD-studien (1992) omfattade dem som tidigare deltagit i LNU vid minst ett tillfälle. Vid 2002 års undersökning reviderades urvalskriterierna till att omfatta samtliga individer som tidigare ingått i LNU-urvalet. År 2011 användes samma kriterier som 2002 men de äldsta åldersgrupperna (85 år och äldre) kompletterades med ett överurval, slumpmässigt draget ur befolkningen. Svarsfrekvensen vid de tre undersökningarna beräknade med det senare urvalskriteriet var 90,4 procent (1992), 87,3 procent (2002) respektive 86,2 procent (2011).

Skillnaderna i urvalskriterier påverkar jämförbarheten mel-

FAKTA 1. Hälsoindikatorer

Global självskattad hälsa baserades på frågan »Hur skulle Du bedöma ditt allmänna hälsotillstånd? Bra, Dåligt eller Något däremellan?« Svarsalternativen »Dåligt« och »Något däremellan« har klassificerats som självskattad ohälsa. Frågan ställdes endast vid direkta intervjuer.

Värk. Respondenterna svarade på om de, under föregående tolv månader, haft besvär med smärtor i skuldror eller axlar, rygg eller höfter samt händer, armbågar eller knän. De individer som uppgett åtminstone ett svårt besvär eller tre lättare besvär bedömdes ha problem med värk.

Psykologiska besvär. Respondenterna svarade på om de, under de senaste tolv månaderna, upplevt sömnproblem, allmän trötthet, ångest, djup nedstämdhet eller psykisk sjukdom. Personer som rapporterat minst tre lätta problem, ett svårt problem eller psykisk sjukdom tillskrevs psykologiska besvär.

Nedsatt mobilitet baserades på frågor om respondentens förmåga att gå 100 meter utan problem samt att gå upp och ned för trappor. De respondenter som rapporterade problem med åtminstone en av dessa aktiviteter bedömdes ha nedsatt mobilitet.

ADL-förmåga. De respondenter som rapporterade att de hade problem med en eller flera av följande aktiviteter bedömdes ha nedsatt ADL-förmåga: ta sig i och ur sin säng, klä på och av sig, gå på toaletten själv, äta själv samt tvätta håret själv.

Nedsatt fysisk funktionsförmåga mättes med ett index bestående av en rad fysiska test. Respondenterna ombads 1) plocka upp en penna från golvet, 2) resa sig upp från en stol utan att använda armstöden, 3) lyfta ett saltpaket (1 kg), 4) röra vid vänster respektive höger öra med motsatt hand, 5) röra vid tårna på vänster respektive höger fot med motsatt hand, 6) placera båda händerna under låren, samt 7) vrida båda händerna. De respondenter som var oförmögna att genomföra ett eller flera av testen tillskrevs nedsatt fysisk funktionsförmåga.

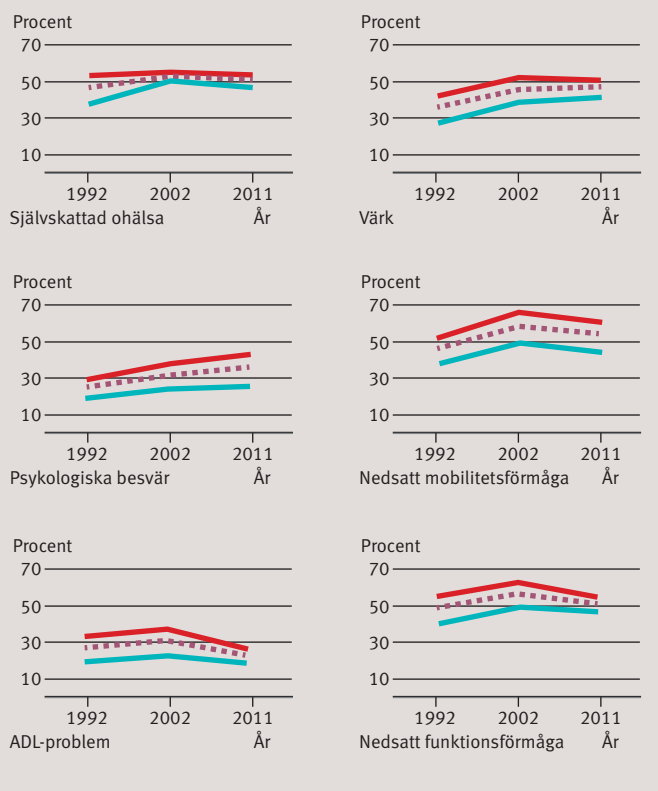
Lungfunktion mättes i termer av maximalt utandningsflöde (liter/minut). Respondenterna genomförde tre utandningsmätningar och det bästa resultatet användes som indikator på lungfunktion. Den här typen av mått på lungfunktion har visat sig ge en god bild av äldres generella hälsotillstånd [15].

SAMMANFATTAT

Äldre personer utgör en allt större del av befolkningen.
En central fråga är om de allra äldsta blivit friskare eller sjukare i takt med att medelåldern ökat.
Under perioden 1992–2011 har problem med värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet ökat och lungfunktionen försämrats i de äldsta åldersgrupperna. Däremot förblev självskattad hälsa och fysisk funktionsförmåga oförändrad under perioden.
Trots detta har andelen av de allra äldsta som uppger att de behöver hjälp med sina grundläggande, vardagliga aktiviteter minskat under perioden.
Äldre kvinnor är över lag sjukare än äldre män, enligt såväl självrapporterade som testbaserade mått, men skillnaderna mellan könen förändrades inte under perioden.

TABELL I. Beskrivning av materialet.

	1992 Medelålder 82,4 år (77–98 år)			2002 Medelålder 83,3 år (77–99 år)			2011 Medelålder 83,1 år (77–101 år)		
	Procent	n	n (viktat)	Procent	n	n (viktat)	Procent	n	n (viktat)
Kön									
Kvinnor	60,8	325	360	59,3	368	368	62,2	501	394
Män	39,2	212	232	40,7	253	253	37,8	403	240
Intervjutyp									
Direktintervju	88,3	473	523	86,8	539	539	83,9	717	532
Proxyintervju	11,7	64	69	13,2	82	82	16,1	187	102
Totalt	100,0	537	592	100,0	621	621	100,0	904	634



Figur 1. Prevalens av ohälsa samt funktionsnedsättningar bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige 1992–2011. De röda linjerna markerar kvinnornas prevalenser, de blå männens och de streckade utvecklingen för hela gruppen.

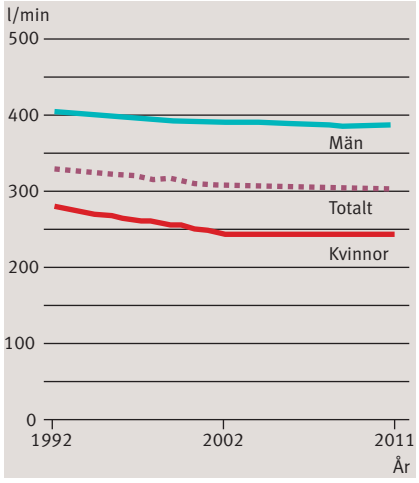
lan de olika undersökningsomgångarna. I studien av hälsoutvecklingen 1992–2002 hanterades detta genom att de deltagare från det senare undersökningstillfället som inte uppfyllde de ursprungliga kriterierna exkluderades [12]. I föreliggande studie baseras estimaten i stället på samtliga svarande. Överurvalet i 2011 års undersökning, samt en viss underrepresentation av 77-åringar i 1992 års undersökning, har justerats med vikter.

Urvalet omfattar såväl dem som bor kvar hemma som dem som bor på vård- och omsorgsinrättningar. Intervjuerna har företrädesvis genomförts som besöksintervjuer, men i de fall då det inte varit möjligt eller önskvärt har intervjuerna gjorts över telefon. Då direkta intervjuer inte varit möjliga har indirekta intervjuer (proxyintervjuer) genomförts med anhöriga eller vårdgivare.

De hälsoindikatorer som användes redovisas i Fakta 1.

Analyser

Analyserna av hälsoutvecklingen 1992–2011 gjordes i två steg. I det första skedet studerade vi hur prevalenserna för ohälsa utvecklade sig under perioden för populationen i sin helhet, samt för kvinnor och män separat. I det andra skedet använde vi oss av



Figur 2. Lungfunktion (peak expiratory flow rate) bland de allra äldsta, 1992–2011.

multivariata regressionsanalyser för att kontrollera i vilken mån kompositionella förändringar i befolkningen, i termer av kön och ålder, påverkat hälsoutvecklingen. Trenderna i global självskattad hälsa, värk, psykologiska besvär, nedsatt mobilitet, ADL-förmåga och nedsatt funktionsförmåga analyserades med hjälp av logistiska regressioner. Trenderna i lungfunktion analyserades med hjälp av linjära regressioner. Analyserna av trender i lungfunktion justerades även för kroppslängd samt genomfördes separat för kvinnor och män eftersom prestationen på den typen av test i hög grad beror av kroppskonstitution.

RESULTAT

I Tabell I redovisas datamaterialets fördelning på kön och intervjutyp. Resultaten visar att könsfördelningen i stort sett varit densamma över tid. Däremot har genomsnittsåldern ökat något under perioden. Andelen proxyintervjuer har ökat, från knappa 12 procent till dryga 16 procent.

I Figur 1 och 2 visas prevalenserna för subjektiv ohälsorapportering, nedsatt fysisk funktionsförmåga samt lungfunktion. Sammantaget visar resultaten att trenderna för gruppen som helhet faller in i tre olika mönster. För samtliga indikatorer, utom ADL-förmåga, ökade prevalenserna av ohälsa signifikant mellan 1992 och 2002. När det gäller värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet var dessa hälsoförsämringar dessutom beständiga och de höjda prevalenserna återfanns även 2011. Även den genomsnittliga prestationen på lungfunktionstestet sjönk kontinuerligt under perioden.

När det gäller global självskattad hälsa samt nedsatt funktion skiljde sig däremot inte de prevalenser som observerades 2011 från de som observerats 1992. Den negativa förändring som observerades för dessa indikatorer mellan 1992 och 2002 verkade alltså inte ha varit beständig.

Prevalensen av nedsatt ADL-förmåga förändrades inte nämnvärt mellan 1992 och 2002. Mellan 2002 och 2011 skedde däremot en betydande minskning.

Kvinnorna hade genomgående sämre hälsa och funktionsförmåga jämfört med männen. Sammantaget visar dock resultaten inte på några större skillnader i hälsoutvecklingens mönster mellan kvinnor och män. Utvecklingen över tid har varit likartad.

I Tabell II och III visas resultaten från multivariata analy-

TABELL II. **Hälsotrender bland de äldsta (77 år och äldre) i Sverige 1992–2011, justerat för kön och ålder. OR = oddskvot. 95 % KI = 95 procents konfidensintervall.**

	Självskattad ohälsa, OR (95 % KI)	Värk, OR (95 % KI)	Psykologiska besvär, OR (95 % KI)	Nedsatt mobilitet, OR (95 % KI)	ADL-problem, OR (95 % KI)	Nedsatt funktionsförmåga, OR (95 % KI)
Kön						
Kvinna	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Man	0,70 (0,56–0,87)	0,58 (0,47–0,72)	0,51 (0,40–0,65)	0,57 (0,46–0,70)	0,56 (0,44–0,71)	0,62 (0,49–0,79)
Ålder	1,02 (0,99–1,04)	0,99 (0,97–1,01)	1,04 (1,02–1,06)	1,11 (1,09–1,14)	1,18 (1,15–1,21)	1,09 (1,06–1,13)
År						
1992	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2002	1,31 (1,00–1,73)	1,55 (1,19–2,01)	1,42 (1,06–1,92)	1,62 (1,24–2,10)	1,05 (0,79–1,40)	1,31 (0,97–1,76)
2011	1,19 (0,90–1,55)	1,61 (1,24–2,09)	1,68 (1,26–2,26)	1,28 (0,99–1,64)	0,68 (0,51–0,90)	1,07 (0,79–1,45)
Antal	**1 714**	**2 019**	**2 002**	**2 052**	**2 033**	**1 484**

TABELL III. **Lungfunktion bland de äldsta (77 år och äldre) i Sverige, separat för kvinnor och män samt justerat för ålder och längd. β = regressionskoefficient. 95 % KI = 95 procents konfidensintervall.**

	β (95 % KI)	
	Kvinnor, n = 756	Män, n = 631
Ålder	–5,39 (–7,09 till –3,68)	–6,71 (–9,13 till –4,29)
Längd	1,63 (0,43–2,84)	3,71 (1,92–5,51)
År		
1992	(ref)	(ref)
2002	–31,90 (–49,99 till –13,81)	–14,97 (–42,33–12,38)
2011	–34,43 (–34,43 till –52,82)	–23,34 (–51,60–4,90)
Intercept	266,86 (221,95–311,76)	238,73 (140,5–337,0)

ser med kontroll för tidsbundna förändringar i urvalens köns- och åldersstruktur.

Tabell II visar att hälsan försämrades i termer av global självskattad ohälsa, värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet under perioden 1992–2002, även då hänsyn tagits till förändringar i köns- och åldersfördelningen. För värk och psykologiska besvär återfanns de höjda prevalenserna av ohälsa även 2011, medan resultaten från 2011 för global självskattad ohälsa och nedsatt mobilitet inte längre skiljde sig signifikant från 1992 års resultat. När det gällde förekomsten av nedsatt ADL-förmåga skedde inga signifikanta förändringar under perioden 1992–2002. Under perioden 2002–2011 minskade däremot förekomsten av nedsatt ADL-förmåga signifikant. Prestationerna på testen av fysisk funktion förändrades inte signifikant under perioden.

Tabell III visar att den genomsnittliga lungfunktionen försämrades bland kvinnorna under perioden, även då vi kontrollerade för ålder och kroppslängd. Försämringen skedde primärt under perioden 1992–2002, men höll sedan i sig och återfanns även 2011. För männen skedde dock inga signifikanta förändringar när det gäller lungfunktion under hela perioden.

Med andra ord kan inte de observerade hälsotrenderna förklaras av förändringar i befolkningens ålders- och könssammansättning.

DISKUSSION

Sammantaget visar våra resultat, med undantag för ADL-förmågan, inga tecken på hälsoförbättringar bland de allra äldsta i Sverige under perioden 1992 till 2011. Tvärtom ökade prevalensen av flera typer av hälsoproblem under perioden. De största ökningarna skedde mellan 1992 och 2002. Under perioden 2002 till 2011 låg prevalenserna av ohälsa kvar på den högre nivån för flera indikatorer (värk, psykologiska besvär samt kvinnors lungfunktion) medan den gick tillbaka till 1992 års nivåer för andra (global självskattad ohälsa och nedsatt mobilitet). Däremot minskade andelen som behöver hjälp med ADL under perioden. Dessa mönster kvarstod även efter kontroll för förändringar i befolkningens köns- och åldersstruktur.

Dessa resultat bör dock tolkas med viss försiktighet. Studien baseras på små urval, och de hälsoindikatorer som använts är grova och svårtolkade i ett kliniskt perspektiv. Även om datainsamlingarna genomförts på ett jämförbart sätt, med ett genomgående lågt bortfall, är det möjligt att de självskattade hälsomåttens validitet förändrats under studieperioden. Det vill säga, det är möjligt att de allra äldstas referensramar när det gäller den egna hälsan förändrats under perioden. Detta skulle i sin tur kunna leda till att rapporteringsmönstren uppvisar trender som inte motsvaras av korresponderande mönster i faktisk morbiditet. Dock uppvisar de test av lungfunktion och fysisk funktionsförmåga som kompletterar de självrapporterade hälsomåtten i studien i stora drag samma mönster, vilket indikerar att utvecklingen av de självrapporterade hälsoindikatorerna inte bara kan förstås i termer av förändrade referensramar.

Även om vi kunnat visa att andelen äldre som lever med nedsatt ADL-förmåga minskat under perioden ser vi inga tecken på förbättringar för övriga hälsoindikatorer. Eventuella förhoppningar om att en förbättrad hälsa bland de allra äldsta skulle kunna mildra de hälsopolitiska och samhällsekonomiska utmaningarna av att allt fler äldre överlever till höga åldrar får därför inget stöd utifrån våra data.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Ahlbom A, Drefahl S, Lundström H. Den åldrande befolkningen. Läkartidningen. 2010;107(48):3048-51.
2. Vaupel JW. Biodemography of human ageing. Nature. 2010;464:536-42.
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, et al. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009;374:1196-1208.
4. Crimmins E. Trends in the health of the elderly. Annu Rev Public Health. 2004;25:79-98.
5. Crimmins E, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? J Gerontol B Soc Sci. 2011:66B(1):75-86.
6. Thorslund M, Parker MG. Hur mår egentligen de äldre? Läkartidningen. 2005;102(43):3119-24.
7. Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. Gerontologist. 2007;47(2):150-8.
8. Parker MG, Schön P, Lagergren M, et al. Functional ability in the elderly Swedish population from 1980 to 2005. Eur J Ageing. 2008;5(4):299-309.
9. Manton KG, Gu XL, Lamb V. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. Proc Natl Acad Sci U S A. 2006;103(48):18374-9.
10. Äijänseppä S, Notkola IL, Tijhuis M, et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. J Epidemiol Community Health. 2005;59(5):413-9.
11. Moe JO, Hagen TP. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986-2008. Eur J Ageing. 2011;8(1):49-61.
12. Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, et al. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Läkartidningen. 2004;101(17):1494-9.
13. Parker MG, Ahacic K, Thorslund M. Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. J Gerontol A Med Sci. 2005;60A(10):1351-5.
14. Viidik A. Åldrande med »komprimerad sjuklighet« ännu en hägring. Läkartidningen. 2011;108(14):778-9.
15. Roberts MH, Mapel DW. Limited Lung Function: Impact of reduced peak expiratory flow on health status, health-care utilization, and expected survival in older adults. Am J Epidemiol. 2012;176(2):127-34.

Vaskulärt ultraljud vid stroke

ELIAS JOHANSSON, med dr, ST-läkare, neurologkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
elias.johansson@neuro.umu.se
CHRISTINE KREMER, med dr, överläkare, neurologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö
JOHAN FREDÉN LINDQVIST, överläkare, Klinisk fysiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
GÖRAN BERGSTRÖM, professor, överläkare, Klinisk fysiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Den senaste tidens framsteg inom strokesjukvården ställer höga krav på snabb och säker diagnostik och monitorering av patienter som drabbats av stroke. Patienter med symtomgivande karotisstenos ska opereras kort tid efter att symtomen debuterat, och där kan ultraljudsteknik vara till hjälp i diagnostiken. Huruvida personer med asymtomatisk karotisstenos ska opereras är ett debatterat ämne, men ultraljudsteknik kan vara en framkomlig väg för att selektera vilka personer med asymtomatisk karotisstenos som ska opereras.

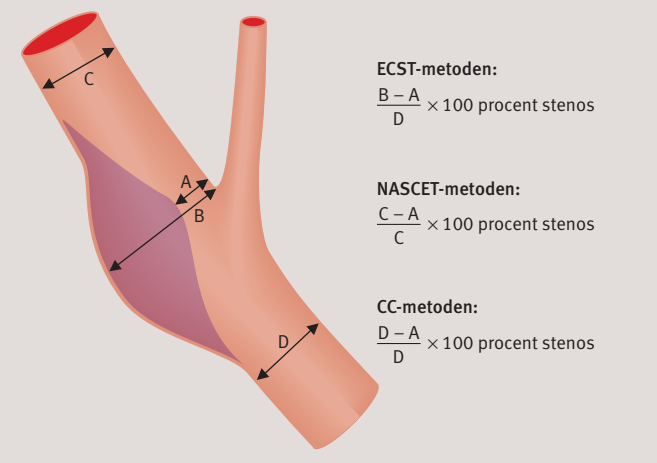
Denna artikel är en översikt över vad vi i dag känner till om ultraljudets användbarhet och begränsning inom strokesjukvården, med fokus på patienter med karotisstenos.

Ultraljudsmetoder i strokesjukvården

Med ultraljud kan halskärlen visualiseras, och med olika dopplerfunktioner kan man mäta de blodflödeshastigheter som används för att gradera stenos. Fokus ligger på karotiskärlen, men även stenoser och förträngningar i arteria vertebralis kan visualiseras. Det råder ingen internationell konsensus om exakt vilka kriterier som ska användas för ultraljudsledd stenosbestämning. Det beror dels på att stenosgraden kan bedömas med olika system (Figur 1) [1], dels på att de studier som utvärderat kriterierna för översättning av flödeshastigheter till stenosgrad genom att jämföra ultraljud med intraarteriell angiografi kommit fram till liknande, men olika, gränsvärden och använder sig av olika parametrar i bedömningen av stenosgrad.

En enkätundersökning ger vid handen att tre olika system dominerar i Sverige: Norrlands universitetssjukhus utvärderar för närvarande en italiensk studies kriterier baserade på NASCET:s stenosgrader [2], Skånes universitetssjukhus i Malmö använder ett lokalt framtaget material baserat på CCA-metoden [3] medan huvuddelen av övriga laboratorier använder det material som framtagits av Jogestrand, baserat på ECST [4], vilket också har rekommenderats av Equalis expertgrupp för fysiologisk kärldiagnostik [1].

Transkraniell doppler (TCD) är ultraljudsundersökning av hjärnans blodkärl. Eftersom ultraljud i stor utsträckning absorberas i benvävnad utförs undersökningen med låg ultraljudsfrekvens (1–2 MHz) där kraniet är tillräckligt tunt (över tinningen) eller har öppningar (foramen magnum och orbitans bakre vägg). Genom tinningen ses de stora kärlen i circulus Willisii. Eftersom tinningbenets tjocklek varierar kan inte alla, men upp till 80–90 procent av patienterna, undersökas via tinningbenet. Något fler kan undersökas med tillförsel av kontrastmedel [5-7]. Undersökningen kan utföras med vanligt tvådimensionellt ultraljud eller med särskilt utformad TCD-apparatur med dopplerteknik. Fördelarna med TCD jämfört med angiografiska modaliteter är att TCD kan utföras bedside (inte sällan på intuberad patient), inte kräver kontrastinjektion och inte använder joniserande strålning.



Figur 1. Graderingssystemen för karotisstenos.

Ultraljud tidigt i utredningen

Cirka 10–15 procent av alla strokeinsjuknanden orsakas av karotisstenos [9]. Patienter med karotisstenos som nyligen också insjuknat i amaurosis fugax, TIA eller stroke har hög risk att återinsjukna i stroke på både kort och lång sikt [10]. Denna ökade risk kan till stora delar reduceras med karotiskirurgi [10]. Riskreduktionens storlek är avhängig av stenosgrad, kön, ålder och tid mellan senaste relevanta insjuknande och operation [11]. Bland dessa är tiden den viktigaste faktorn; om kirurgi utförs inom två veckor från senaste symtom är den absoluta riskreduktionen för strokeinsjuknande >10 procent oavsett om stenosgraden är hög (70–99 procent NASCET, 80–99 procent ECST) eller måttlig (50–69 procent NASCET, 70–79 procent ECST) [11].

En färsk svensk studie visade att av dem som söker vård för stroke eller TIA orsakad av en 50–99-procentig NASCET-karotisstenos återinsjuknar ca 5 procent i stroke inom 2 dagar, ca 10 procent inom 7 dagar och närmare 15 procent inom 14 dagar [12]. Operation så tidigt som 3–5 dagar efter en stroke har därför föreslagits [13]. Socialstyrelsens rekommendation från 2009 är att operation utförs inom intervallet 2–14 dagar [14]. För hitta en symtomgivande karotisstenos och för att tidig operation ska vara möjlig för patienter som nyligen drab-

SAMMANFATTAT

Ultraljud, DT-angiografi och kontrastförstärkt MR-angiografi har liknande (men inte samma) sensitivitet och specificitet för gradering av karotisstenos. Vid det akuta strokeinsjuknandet är kort väntetid till en första undersökning av halskärlen av vikt. Således bör tillgängligheten i akutskedet avgöra valet av inledande undersökningsmetod.
I utredningen av patienter med karotisstenos räcker ofta den initiala undersökningen.
Utöver bedömning av stenosgrad tycks bedömning av plackmorfologi med ultraljud av halskärlen samt bedömning av mikroembolier och kärlreaktivitet med transkraniell doppler ha ett prognostiskt värde. Dessa kan bli instrument för att bedöma vilka personer med asymtomatisk karotisstenos som har nytta av karotiskirurgi.
Transkraniellt ultraljud kan även användas för att vid det akuta ischemiska strokeinsjuknandet diagnostisera en eventuell storkärlsocklusion och förstärka den intravenösa trombolysen. I ett lugnare skede kan man diagnostisera intrakraniell stenos, öppetstående foramen ovale och vasospasm associerad med subaraknoidalblödning.

TABELL I. Jämförelse av karotisavbildningsmetoder. Från Willinsky et al [15] och Wardlaw et al [16].

	Precision	Tillgänglighet	Kostnad	Svagheter	Fördelar	Risker
Intraarteriell angiografi	Standardmetod	+	++++	Riskfylld Strålning Kontrast	Precision	Stroke (1,6 procent), död (0,1 procent) [15]
Kontrastförstärkt MR-angiografi	Sensitivitet 94 procent Specificitet 93 procent [16]	+	+++	Kontrast	Precision	Kontrastinducerad nefropati
DT-angiografi	Sensitivitet 76 procent Specificitet 94 procent [16]	++++	++	Strålning Kontrast Förkalkningar	Tillgänglighet	Kontrastinducerad nefropati
Ultraljud	Sensitivitet 89 procent Specificitet 84 procent [16]	++++	+	Förkalkningar Användarberoende	Tillgänglighet	–

bats av stroke eller TIA måste alltså första linjens undersökning ske mycket tidigt.

Val av metod

En karotisstenos kan värderas med en rad metoder som alla har fördelar och nackdelar. Referensmetoden för att bestämma graden av karotisstenos är intraarteriell angiografi [2-4, 10], som dock används sällan numera på grund av invasiviteten och den därmed följande komplikationsrisken [15]. Metoden har i stället ersatts av tre andra med olika precision, kostnad och patientrisk: MR-undersökning med eller utan kontrastförstärkt angiografi, DT med kontrastförstärkt angiografi och ultraljudsledd stenosbedömning (Tabell I) [15-16]. De olika metodernas sensitivitet och specificitet diskuteras mer utförligt i Socialstyrelsens riktlinjer [14].

Tiden till diagnostik är den viktigaste faktorn i valet av undersökningsmetod, men individuell hänsyn bör även tas till eventuella kontraindikationer för kontrast, såsom allergier och nedsatt njurfunktion. Om ultraljudsledd diagnostik är snabbt tillgänglig tycker vi att denna metod är att föredra eftersom den inte medför strålning eller kontrastbelastning. Om ultraljudsledd diagnostik inte kan organiseras på detta sätt är kontrastförstärkt DT-angiografi, trots nackdelar med strålning och kontrastbelastning, att föredra jämfört med ett senare ultraljud. Om MR-angiografi finns tillgänglig utan tidsfördröjning är det givetvis ett fullgott alternativ. Valet av metod måste alltså styras av metodernas tillgänglighet på det aktuella sjukhuset.

För patienterna med hög risk för snart återinsjuknande i stroke (<2 veckor sedan senaste relevanta insjuknande) kan man med fördel utföra endast ultraljud som diagnostisk modalitet för att säkerställa halskärlsstenos. För patienterna med lägre risk för snart återinsjuknande i en ny stroke (>2 veckor efter symtom) kan undersökning väljas för att nå så hög precision i stenosbestämningen som möjligt. I dessa fall är risken för återinsjuknande mer likvärdig med nyttan av att bättre säkerställa stenosgraden för att undvika onödig kirurgi. I valet av ytterligare modalitet anser vi att kontrastförstärkt MR-angiografi är att föredra då den har diagnostiskt högst säkerhet [16]. Om diagnostiska svårigheter föreligger med ultraljud måste man givetvis direkt gå vidare med andra linjens diagnostik, vilket dock är relativt sällsynt i händerna på vana användare.

Ultraljud i den vidare utredningen

Utöver stenosgradering kan bedömning av plackmorfologi, mikroembolier, kärlreaktivitet och kollateraler göras med ultraljudsteknik. Stenosgrad tillsammans med övriga kliniska variabler är i regel tillräckligt för att kunna fatta beslut om kirurgi hos patienter med symtomatisk karotisstenos [11]. Närvaro av mikroemboliska signaler antyder högre risk för återinsjuknande och kan användas för prioritering. Enbart i osäkra fall och för prioritering kan plackmorfologi och kärlreaktivitet vägas in eftersom evidensgraden för dessa metoder är jämförelsevis låg. Vid asymtomatisk karotisstenos är det möjligt att plackmorfologi, mikroembolier och kärlreaktivitet kan bli viktiga pusselbitar i beslutet om huruvida karotiskirurgi är indicerad, då kunskapen om dessa metoder utvecklats mycket senaste åren.

> »Tiden till diagnostik är den viktigaste faktorn i valet av undersökningsmetod ...«

Mikroemboliska signaler kan detekteras vid undersökning med TCD och orsakas av små asymtomatiska embolier av gas eller fast material. I samband med symtomatisk stenos signalerar närvaro av mikroembolier extra hög risk för återinsjuknande, vilket kan användas vid behov av prioritering till kirurgi [17]. Vid asymtomatisk karotisstenos är risken för insjuknande i stroke högre om mikroembolier föreligger än om de inte gör det [18]. Även här saknas en standard avseende t ex hur länge det är lämpligt att registrera och om registreringen måste upprepas med jämna intervall, t ex årligen [19].

Det har visats i flera studier att vissa stenosmorfologiska fynd innebär större risk för framtida insjuknande i stroke. Plack som ter sig svarta med ultraljud (lågekogena) har i flera observationsstudier förknippats med högre risk [20, 21]. Förekomst av en oregelbunden plackyta kan tyda på ulcerationer, vilket också är förknippat med högre risk [22]. Morfologisk diagnostik är dock svår, och det saknas en gemensam standard för bedömning av plackmorfologi. Kombinationen av specifika stenosmorfologiska fynd och mikroemboliska signaler vid asymtomatisk stenos har visats identifiera en grupp med hög risk för återinsjuknande [23]. Kanske är denna kombination en framtida möjlighet för riskstratifiering.

Om en karotisstenos medför att för lite blod passerar förbi stenosen aktiveras kollateraler i circulus Willisii. Det perifera blodflödet upprätthålls med hjälp av cerebral autoregulation genom att cerebrala arterioler dilateras. Förmågan till cerebral autoregulation kan hämmas, vilket kan utvärderas med bl a TCD. Avsaknad av förändringar i blodflödeshastighet vid andhållning och/eller hyperventilation (kärlreaktivitet) pekar på en fullt utnyttjad autoregulation. Personer med asymtomatisk karotisstenos löper större risk för stroke om kärlreaktiviteten är nedsatt än om den är bevarad. Det vetenskapliga underlaget är dock sämre än för plackmorfologi och mikroembolier [24].

Med TCD kan man utvärdera om kollateraler i circulus Willisii och oftalmikaartären är aktiverade eftersom flödesriktningen i dessa kärl kan bedömas. Potentiellt användbara kollateraler kan också utvärderas genom att man kompletterar undersökningen med kompression av den gemensamma karotisartären. Vid komplett karotisocklusion har det visats att patienter med många aktiverade kollateraler har lägre risk för

återinsjuknande i stroke än patienter med få eller inga kollateraler [25]. Behovet av shunt under karotiskirurgi kan i viss utsträckning förutspås genom bedömning av kollateraler, men detta kräver att undersökningen kompletteras med karotiskompression [26]. Kollateraler kan även visualiseras med DT- eller MR-angiografi.

Transkraniellt ultraljud inom annan strokevård

Upp till 50 procent av alla strokepatienter med uttalade symtom har akut uppkomna tromboemboliska förträngningar i intracerebrala artärer [27]. Vid intravenös trombolys kan TCD användas för både prognos och övervakning. Akuta förträngningar graderas standardardiserat med de s k TIBI-graderna (thrombolysis in brain ischemia) [28]. Möjligheten att kunna följa eventuell rekanalisering medför att man bättre kan identifiera vilka patienter som inte har någon effekt av trombolysen och därmed kanske bör remitteras till mekanisk trombektomi [29]. I Malmö och Trelleborg används ett s k fast track-protokoll för att snabbt undersöka hjärnans kärl vid akut strokeinsjuknande för att förbättra underlaget till beslutet att gå över till mekanisk trombektomi.

Ultraljud förstärker dessutom trombolysens effekt, s k sonotrombolys. Sonotrombolys har studerats i två medelstora randomiserade studier. Dessa har påvisat att blodkärlen öppnas oftare, att fler uppnår mycket god neurologisk funktionsnivå och att blödningsrisken inte är ökad jämfört med enbart intravenös trombolys [30]. Sonotrombolys är dock relativt svår att genomföra av praktiska skäl då särskild apparat och välutbildad personal med kort varsel måste kunna gå ifrån övrig verksamhet i ca 2,5 timme. Sedan metoden introducerades i maj 2011 har ett tiotal sonotrombolyser hittills utförts i Umeå. Användaroberoende sonotrombolysapparatur är under tidig vetenskaplig prövning [31].

Intrakraniella aterosklerotiska stenoser kan ge upphov till cerebrovaskulärt insjuknande [32]. Graden av stenos bestäms genom analys av maximal systolisk flödeshastighet. Sensitiviteten och specificiteten för denna metod är mycket god [33].

Som alternativ till transesofageal ultraljudsundersökning av hjärtat (TEE) kan TCD användas för att påvisa höger–vänstershuntning av blod i lilla kretsloppet (oftast öppetstående foramen ovale) genom att påvisa tidig mikroembolisering efter intravenös injektion av ultraljudskontrast [34]. En fördel med TCD i detta sammanhang är den relativa enkelheten eftersom en transesofageal prob inte behövs, medan en nackdel är att shuntens exakta lokalisation inte kan avgöras. Användningen av TCD eller TEE styrs av lokala rutiner. Som övervakning av vasospasm efter subaraknoidalblödning är metoden ett viktigt komplement till radiologiska undersökningar då den med fördel kan utföras vid upprepade tillfällen med små resurser nära patienten [35].

Hos barn med sicklecellsanemi har TCD en särställning som behandlingsstyrande metod. Blodflödeshastigheten i cerebrala kärl har vid sicklecellsanemi ett direkt prognostiskt värde för insjuknande i stroke. [36].

Summering

Ultraljud av halskärlen är en snabb och kostnadseffektiv metod för att detektera karotisstenoser. Hos patienter med nyligt insjuknande måste undersökningen ske skyndsamt då kirurgisk behandling av symtomatisk karotisstenos är effektivast kort tid efter insjuknandet. Det är troligt att undersökningar med bl a transkraniellt ultraljud kan bli en viktig del i utredning av asymtomatisk karotisstenos. I akutskedet finns även en nytta med transkraniellt ultraljud avseende både icke-invasiv övervakning och förstärkning av trombolyseffekten.

Vi rekommenderar starkt effektiv användning av ultraljud inom strokesjukvården och uppmanar samtidigt de olika diagnostiska enheterna att möta behovet av snabb och kvalitetssäkrad diagnostik.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

2. Leonardo G, Crescenzi B, Cotrufo R, et al. Improvement in accuracy of diagnosis of carotid artery stenosis with duplex ultrasound scanning with combined use of linear array 7.5 MHz and convex array 3.5 MHz probes: validation versus 489 arteriographic procedures. J Vasc Surg. 2003;37:1240-7.
3. Hansen F, Bergqvist D, Lindblad B, et al. Accuracy of duplex sonography berfore carotid endarterectomy – a comparison with angiography. Eur J Vasc Endovasc Surg. 1996;12:331-6.
4. Jogestrand T, Lindqvist M, Nowak J, et al. Diagnostic performance of duplex ultrasonography in the detection of high grade internal carotid artery stenosis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2002;23:510-8.
10. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, et al. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. Lancet. 2004; 363:915–24.
11. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, et al. Sex difference in the effect of time from symptoms to surgery on benefit from carotid endarterectomy for transient ischemic attack and nondisabling stroke. Stroke. 2004;35:2855-61.
12. Johansson EP, Arnerlöv C, Wester P. Risk of recurrent stroke before carotid endarterectomy: the ANSYSCAP study. Int J Stroke. Epub 12 april 2012.
15. Willinsky RA, Taylor SM, ter Brugge K, et al. Neurologic complications of cerebral angiography: prospective analysis of 2,899 procedures and review of the literature. Radiology. 2003;227:522-8.
16. Wardlaw JM, Chappell FM, Best JJ, et al. Non-invasive imaging compared with intra-arterial angiography in the diagnosis of symptomatic carotid stenosis: a meta-analysis. Lancet. 2006;367: 1503-12.
17. Ritter MA, Dittrich R, Thoenissen N, et al. Prevalence and prognostic impact of microembolic signals in arterial sources of embolism. A systematic review of the literature. J Neurol. 2008;255:953-61.
18. Markus HS, King A, Shipley M, et al. Asymptomatic embolisation for prediction of stroke in the Asymptomatic Carotid Emboli Study (ACES): a prospective observational study. Lancet Neurol. 2010;9: 663-71.
19. King A, Shipley M, Markus H, et al. Optimizing protocols for risk prediction in asymptomatic carotid stenosis using embolic signal detection? The Asymptomatic Carotid Emboli Study. Stroke. 2011; 42:2819-24.
20. Nicolaides AN, Kakkos, Kyriacou E, et al. Asymptomatic internal carotid artery stenosis and cerebrovascular risk stratification. J Vasc Surg. 2010;52:1486-96.
21. Grönholdt ML, Nordestgaard BG, Schroeder TV. Ultrasonic echolucent carotid plaques predict future strokes. Circulation. 2001;104: 68-73.
22. Madani A, Beletsky V, Tamayo A, et al. High-risk asymptomatic carotid stenosis ulceration on 3D ultrasound vs TCD microemboli. Neurology. 2011;77:744-50.
23. Topakian R, King A, Kwon SU, et al. Ultrasonic plaque echolucency and emboli signals predict stroke in asymptomatic carotid stenosis. Neurology. 2011;77:751-8.
24. King A, Serena J, Bornstein NM, et al. Does impaired cerebrovascular reactivity predict stroke risk in asymptomatic carotid stenosis? A prospective substudy of the Asymptomatic Carotid Emboli Study. Stroke. 2011;42:1550-5.
25. Vernieri F, Pasqualetti P, Matteis M, et al. Effect of collateral blood flow and cerebral vasomotor reactivity on the outcome of carotid artery occlusion. Stroke. 2001;32: 1552-8.
26. Visser GH, Wieneke GH, van Huffelen AC, et al. The use of preoperative transcranial doppler variables to predict which patients do not need a shunt during carotid endarterectomy. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000;19:226-32.
30. Tsivgoulis G, Eggers J, Ribo M. Safety and efficacy of ultrasound-enhanced thrombolysis. A comprehensive review and meta-analysis of randomized and nonrandomized studies. Stroke. 2010;41: 280-7.
31. Studieprotokoll för CLOTBUSTER – fas III-studie med användaroberoende sonotrombolysapparatur [citerad 20 juli 2012]. http://www.clinicaltrials.gov NCT01098981

Metylfenidat och kannabinoider kan ha en plats i palliativ vård

Litteraturgenomgång och kliniska erfarenheter ger evidens

LINDA BJÖRKHEM-BERGMAN, docent, specialistläkare klinisk farmakologi
linda.bjorkhem-bergman@ki.se

CLAES WALLIN, överläkare, specialistläkare kirurgi och urologi; båda ASIH Långbro Park, Stockholms läns landsting

Inom den palliativa vården syftar all behandling till att lindra symtom och inte till att bota. Den palliativa medicinen utmärks också av en helhetssyn, där individens psykiska, sociala och existentiella behov finns med utöver de medicinska behoven. Detta ger delvis andra förutsättningar när det gäller läkemedelsbehandling, eftersom denna ges enbart för att höja livskvaliteten och upprätthålla vitala funktioner; »att få leva tills man dör« med bästa möjliga livskvalitet.

Därför är balansgången mellan nyttan av behandlingen och risken för biverkningar viktig.

Få större kliniska studier har genomförts på patienter i palliativ vård, och i många fall används preparat utanför godkänd indikation (s k off-label-förskrivning) då man empiriskt vet att en behandling lindrar. Exempel på detta är användning av metylfenidat mot opioidinducerad eller cancerrelaterad trötthet och kannabinoider mot smärta och illamående. Ett annat exempel är oktreotid (tillväxthormonhämmare), som kan ges för att minska sekretionen av peptider, serotonin och vätska i tarmarna vid bukkarcinos/malign ileus och därmed undvika illamående och kräkning.

I den här artikeln har vi valt att fokusera på vad det finns för evidens för användning av kannabinoider vid cancerrelaterad smärta och för metylfenidat vid cancerrelaterad trötthet. Vi har genomfört en litteratursökning på PubMed utan restriktioner i språk med söktermer både som fri text och som MeSH-termer: »cannabinoids« och »neoplasm«, »cannabinoids« och »pain«, samt »metylphenidate« och »neoplasm«. Vi har gått igenom samtliga träffar och tagit ut de studier som varit relevanta, vilka redovisas nedan.

Kannabinoider kan minska smärta och lindra ångest

Den analgetiska effekten av kannabinoider förmedlas via kannabinoid 1-receptorer (CB1) i centrala och perifera nervsystemet. Dessa receptorer kan modifiera neurotransmissionen av serotonin, dopamin och glutamat [1]. Kannabinoider anses också kunna påverka det endogena opioidsystemet, och i djurstudier har kannabinoider kunnat minska opioidtolerans [2].

I Sverige finns endast ett kannabinoidpreparat godkänt för medicinsk användning, Cannabis sativa, med indikationen att lindra symtom hos patienter med måttlig till allvarlig spasticitet orsakad av multipel skleros. Cannabis sativa är extrakt från cannabisväxtens blad och blommor och innehåller delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) och cannabidiol (CBD).

Kannabinoidpreparat med indikationen cancersmärta finns inte i Sverige. Cannabis sativa kan dock förskrivas utanför godkänd indikation i enlighet med den fria förskrivningsrätten. I enstaka fall där särskilda omständigheter föreligger kan Läkemedelsverket även godkänna licensförskrivning av kannabinoiden dronabinol. Dronabinol är 100-procentig delta-9-THC, den mest psykoaktiva substansen i cannabis [3].

> »Intressant är också att kannabinoider på sätt och vis kan anses mindre toxiska än opioider, eftersom inga letala förgiftningar finns beskrivna ...«

För övrigt är innehav av kannabinoider olagligt i Sverige. I andra länder är dock indikationerna cancerrelaterad smärta och illamående godkända för förskrivning av kannabinoider, och det finns ett fåtal randomiserade, placebokontrollerade studier [4-6].

Kannabinoider har liksom opioider använts sedan tusentals år för behandling av smärta [3]. De har inte alls samma smärtstillande potential som opioider men anses på grund av sina farmakodynamiska egenskaper fungera som komplement till opioider eller vid opioidresistens [1]. Kannabinoider har dock andra negativa effekter, eftersom de kan ge hallucinationer, paranoia, dysfori och desorientering. De är också beroendeframkallande [3], vilket dock har mindre betydelse hos terminalt cancersjuka patienter.

Ytterligare en negativ egenskap är att tiden till effekt kan variera. Detta i kombination med variation av effekt från gång till gång hos en och samma patient kan utgöra ett problem vid titrering av adekvat dos [1]. Kannabinoider är mycket lipofila och lagras i fettvävnaden. De utsöndras därifrån och kan detekteras under flera veckors tid efter intaget. Variationen i farmakokinetik varierar också stort mellan olika individer [7].

Eliminationen av orala kannabinoider sker i två faser. Den initiala halveringstiden är ungefär fyra timmar, och den terminala halveringstiden varierar mellan 24 och 36 timmar eller mer [7].

Kannabinoider har dock flera effekter som kan vara gynnsamma vid palliativ behandling av terminalt cancersjuka patienter. Utöver den smärtlindrande effekten kan kannabinoider stimulera aptiten, minska illamående, ge eufori och fungera ångestlindrande [3]. Intressant är också att kannabinoider på sätt och vis kan anses mindre toxiska än opioider, eftersom inga letala förgiftningar finns beskrivna och någon letal dos inte har kunnat definieras [3]. Letal utgång

SAMMANFATTAT

Inom den palliativa vården syftar all behandling till att lindra symtom och höja livskvalitet – inte till att bota.
Ett flertal studier visar på god effekt av metylfenidat vid cancerrelaterad trötthet.
Det finns än så länge endast en välgjord klinisk studie som visar att kannabinoider kan ha en måttlig effekt vid opioidresistent cancersmärta. Kannabinoider har dock andra potentiellt positiva effekter inom palliation, såsom stimulering av aptit och lindring av ångest och illamående.
Vi tror att metylfenidat och kannabinoider kan ha en plats inom den palliativa medicinen. Fler kliniska studier av dessa preparat för patienter i palliativ vård efterfrågas.

på grund av opioidöverdosering är dock frekvent förekommande [3].

Studier och klinisk erfarenhet av kannabinoider

Det finns endast en randomiserad, dubbelblindad placebokontrollerad studie där effekten av kannabinoider på smärta hos patienter med avancerad cancer undersökts (n = 177) [5]. I denna studie av Johnson et al hade patienterna en otillräcklig smärtlindring med opioider, varvid cannabis eller placebo lades till behandlingen under en 2-veckorsperiod. Hos dem som fått tetrahydrocannabinol:cannabidiol (THC:CBD)-extrakt noterades en uttalad smärtlindrande effekt (definierad som 30 procents reduktion på VAS-skalan jämfört med utgångsvärdet) hos dubbelt så många patienter som hos dem som fått placebo. I absoluta tal fick 23 av 60 THC:CBD-behandlade patienter en uttalad smärtlindrande effekt jämfört med 12 av 58 patienter i placebogruppen.

Samtidigt hade dock THC:CBD-patienterna en viss försämring avseende illamående/kräkningar utvärderad med ett standardiserat frågeformulär (European Organisation for Research and Treament of Cancer quality of life questionnaire, EORTC QLQ-C30). Generellt var dock biverkningarna lindriga till måttliga, och behandlingen tolererades väl. Resultaten stödjer alltså tidigare uppgifter i litteraturen om att kannabinoider kan vara effektiva vid opioidtolerans/opioidresistent smärta [2].

Som kontrast till fynden i ovan beskrivna studie vad gäller illamående bör dock noteras att kannabinoider generellt anses motverka just illamående. I en metaanalys av 30 studier (n = 569) avseende behandling med Cannabis sativa mot cytostatikainducerat illamående hos cancerpatienter visas på en uttalad positiv effekt av kannabinoider jämfört med placebo alternativt neuroleptika (riskkvot 0,33; 95 procents konfidensintervall [KI] 0,24–0,44) [6].

Utöver studien av Johnson et al [5] finns ett fåtal studier där effekten av kannabinoider vid kroniska smärttillstånd undersökts, dvs inte specifikt på cancerpatienter. I en metaanalys inkluderande 18 små randomiserade, placebokontrollerade studier (N = 288) avseende cannabis vid behandling av kronisk smärta visas en mycket liten effekt av cannabis jämfört med placebo [4]. Det samlade effektmåttet beskrivet som förändring på VAS-skalan (10-gradig skala) under behandling jämfört med placebo var –0,61 (95 procents KI från –0,84 till –0,37). Kannabinoider förefaller således inte ha någon större effekt hos »vanliga« smärtpatienter. I detta sammanhang bör man dock även notera att VAS-skalan generellt anses bra vid värdering av akut smärta men att den har liten relevans vid kronisk smärta.

I Sverige finns än så länge mycket begränsad erfarenhet av användning av kannabinoider. I enstaka fall har terminalt sjuka patienter själva intagit kannabinoidinnehållande olja i droppform utanför läkarens förskrivning. I de få fall vi känner till har det haft mycket god effekt främst på anorexi men även på smärta, och patienterna har behövt mindre mängder opioider än förväntat.

Metylfenidat kan minska trötthet hos cancerpatienter

Metylfenidat är ett centralstimulerande läkemedel nära besläktat med amfetamin. Verkningsmekanismen innefattar troligen ökad frisättning av noradrenalin och dopamin. Metylfenidat är godkänt för behandling av ADHD. Metylfenidat absorberas snabbt vid peroralt intag och når en initial maximal koncentration efter ca 1 till 2 timmar. En andra topp i plasmakoncentrationen sker vid 5 till 7 timmar efter intag [8]. Halveringstiden uppges till ca 3 timmar [8]. Metylfenidat är vattenlösligt, och ingen ackumulation sker vid upprepad dosering.

I Björkhem-Bergmans och Böttigers litteraturgenomgång

»Metylfenidat är ett centralstimulerande läkemedel nära besläktat med amfetamin.«

av användning av metylfenidat vid behandling av cancerrelaterad trötthet [9] återfanns fyra dubbelblindade placebokontrollerade, randomiserade studier, som undersökte effekten av metylfenidat hos cancerpatienter (N = 391) [10-13]. Slutsatsen var att det fanns en del evidens för en positiv effekt av metylfenidatbehandling på trötthetssymtom hos cancerpatienter. Studierna var dock små, och det är ofta svårt att uppskatta den kliniska relevansen av förändringar på självskattningsskalor. Det bör betonas att i en studie, den största av de fyra (n = 154), gav metylfenidat en uttalad förbättring av symtomen jämfört med placebo [13]. Metylfenidat föreföll också relativt väl tolererat i samtliga studier.

I en Cochrane-analys från 2010 om läkemedelsbehandling mot cancerrelaterad trötthet finns en metaanalys av fem studier avseende effekten av metylfenidat och dexamfetamin, (fyra studier om metylfenidat och en om dexamfetamin) [14]. I samtliga studier hade man använt sig av frågeformuläret FACT-F (Functional assessment of cancer therapy: Fatigue) för att utvärdera trötthetssymtom. Metaanalysen visar på en statistiskt och även kliniskt signifikant förbättring av trötthetssymtomen med metylfenidat/dexamfetamin jämfört med placebo. Förändringen i självskattningspoäng var oddskvot –0,28 (95 procents KI från –0,48 till –0,09). Den genomsnittliga förändringen i studierna var 2,21 poäng på FACT-F-skalan, och enligt en tidigare utvärdering av denna skala anses 2 poäng innebära en kliniskt signifikant förbättring [14].

Nya studier av metylfenidat stöder tidigare fynd

Sedan Björkhem-Bergmans och Böttigers litteraturgenomgång från 2010 har ytterligare två dubbelblindade, placebokontrollerade, randomiserade studier tillkommit [15, 16].

Den första är en relativt stor studie (n = 148), där patienter med olika typer av cancer inkluderats [15]. Patienterna randomiserades till 4 veckors behandling med placebo eller metylfenidat (måldos 54 mg/dygn). Trötthetssymtomen utvärderades med frågeformuläret Brief fatigue inventory (BFI); som komplement användes Symptom experience diary (SED), Short form-36 (SF-36) vitality subscale, Pittsburgh sleep quality index och Subject global impression of change. I denna studie sågs ingen signifikant förbättring avseende trötthetssymtomen. Intressant är dock att en subgruppsanalys av de svårast sjuka patienterna (cancer i stadium III–IV) visade signifikant förbättring av symtomen i metylfenidatgruppen (19,7 poängs förbättring jämfört med 2,1 i placebogruppen; P = 0,02). Rapportering av biverkningar i form av »nervösa besvär« (inte definierat ytterligare i studien) och aptitlöshet var signifikant högre bland de metylfenidatbehandlade [15].

I den andra, betydligt mindre studien (n = 32) randomiserades män med avancerad prostatacancer till 6 veckors behandling med metylfenidat (måldos 30 mg/dygn) eller placebo [16]. I bägge grupperna noterades en signifikant förbättring av trötthetssymtomen utvärderade med Brief fatigue inventory jämfört med värdena vid studiestart. De metylfenidatbehandlade patienterna hade dock en signifikant förbättring av symtomens allvarlighetsgrad enligt BFI jämfört med dem som fått placebo, och en trend mot förbättring av totalpoängen enligt BFI [16].

Dessa nya studier stöder fynden i de tidigare studierna att

»Både metylfenidat och kannabinoider förefaller tolereras väl av patienterna ...«

metylfenidat kan ha en viss effekt på trötthetssymtom hos svårt sjuka cancerpatienter i terminalt skede. Intressant är dock att studierna också indikerar en hel del placeboeffekter, eftersom även de patienter som fått placebo förbättrades. I den kliniska situationen får dock självklart denna placeboeffekt, som inte ska underskattas, läggas till den faktiska effekten av läkemedlet. Vid utvärdering av läkemedlets faktiska effekter är det dock helt nödvändigt med placebokontrollerade studier, varför andra publicerade studier med öppen design inte kan ge svar på frågan om metylfenidats kliniska effekt.

Klinisk erfarenhet av metylfenidat – höjer livskvaliteten

På ASIH Långbro Park i Stockholm har vi mångårig erfarenhet av användning av metylfenidat vid cancerrelaterad trötthet. Behandlingen sätts in trappvis med 10 mg första dagen på morgonen och tillägg av ytterligare 10 mg vid lunch dag två. Dosen kan trappas upp till ca 30–40 mg/dag fördelat på två doseringstillfällen, dos två senast kl 14. I regel känner patienterna av effekten redan efter första dosen, och behandlingen följs genom daglig s k ESAS-skattning (Edmonton symptom assessment system).

Vår erfarenhet är att behandlingen i många fall höjer livskvaliteten för patienterna och ger dem mer ork och energi. Effekten avtar dock i regel efter några veckor. Behandlingen tolereras vanligtvis förvånansvärt bra, och biverkningar är sällan förekommande. Det är viktigt att behandlingen utvärderas kontinuerligt och avslutas när patienterna inte längre har någon nytta av den.

Mer forskning behövs

Sammanfattningsvis finns en hel del evidens i litteraturen för god effekt av metylfenidat vid cancerrelaterad trötthet. Vad gäller kannabinoider finns än så länge endast en välgjord klinisk studie, som visar på måttlig effekt vid cancerrelaterad smärta. Både metylfenidat och kannabinoider förefaller tolereras väl av patienterna, och vi tror att dessa preparat kan ha en plats inom den palliativa medicinen till utvalda patienter.

Fler kliniska studier efterfrågas dock, speciellt avseende kannabinoiders effekter hos cancerpatienter i palliativ vård.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

1. McCarberg BH. Cannabinoids: their role in pain and palliation. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2007;21(3):19-28.
2. Cichewicz DL, Welch SP. Modulation of oral morphine antinociceptive tolerance and naloxone-precipitated withdrawal signs by oral Delta 9-tetrahydrocannabinol. J Pharmacol Exp Ther. 2003;305(3):812-7.
3. Carter GT, Flanagan AM, Earleywine M, et al. Cannabis in palliative medicine: improving care and reducing opioid-related morbidity. Am J Hosp Palliat Care. 2011;28(5):297-303.
4. Martín-Sánchez E, Furukawa TA, Taylor J, et al. Systematic review and meta-analysis of cannabis treatment for chronic pain. Pain Med. 2009;10(8):1353-68.
5. Johnson JR, Burnell-Nugent M, Lossignol D, et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. J Pain Symptom Manage. 2010;39(2):167-79.
6. Machado Rocha FC, Stéfano SC, De Cássia Haiek R, et al. Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer Care (Engl). 2008;17(5):431-43.
7. Fass 2012. Sativex. Produktresumé.
8. Fass 2012. Ritalin. Produktresumé.
9. Björkhem Bergman L, Böttiger Y, Behandling med metylfenidat vid trötthetssyndrom hos cancerpatienter. Läkartidningen. 2010;107(46):2900-1.
10. Bruera E, Valero V, Driver L, et al. Patient-controlled methylphenidate for cancer fatigue: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. J Clin Oncol. 2006;24(13):2073-8.
11. Butler JM Jr, Case LD, Atkins J, et al. A phase III, double-blind, placebo-controlled prospective randomized clinical trial of d-threo-methylphenidate HCl in brain tumor patients receiving radiation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2007;69(5):1496-1501.
12. Mar Fan HG, Clemons M, Xu W, et al. A randomised, placebo-controlled, double-blind trial of the effects of d-methylphenidate on fatigue and cognitive dysfunction in women undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer. Support Care Cancer. 2008;16(6):577-83.
13. Lower EE, Fleishman S, Cooper A, et al. Efficacy of dexmethylphenidate for the treatment of fatigue after cancer chemotherapy: a randomized clinical trial. J Pain Symptom Manage. 2009;38(5):650-62.
14. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al. Drug therapy for the management of cancer related fatigue. Cochrane Database Syst Rev 2010;(7):CD006704.
15. Moraska AR, Sood A, Dakhil SR, et al. Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study of long-acting methylphenidate for cancer-related fatigue: North Central Cancer Treatment Group NCCTG-N05C7 trial. J Clin Oncol. 2010;28(23):3673-9.
16. Roth AJ, Nelson C, Rosenfeld B, et al. Methylphenidate for fatigue in ambulatory men with prostate cancer. Cancer. 2010;116(21):5102-10.

En av tre lever med allergi.
Forskning gör skillnad.



Astma- och Allergiförbundets Forskningsfond utlyser anslag på sex miljoner kronor till vetenskaplig forskning om astma, allergi och annan överkänslighet.

De finns överallt, men de syns inte – allergikerna. Alla de som med rinnande näsor och kliande ögon har svårt att sova om vårnätterna. Alla de som får avstå från att äta på restaurang eller följa med hem till kompisen som har katt. Det behöver inte vara så. Hjälp oss att hitta lösningar som kan förbättra livet för allergiker.

Ansökningar från alla vetenskapsområden är välkomna förutsatt att projektet syftar till att höja livskvaliteten för människor med allergiska sjukdomar.

Sista ansökningsdag är den 16 september 2013. Läs mer på allergiforskning.se

Astma och Allergi Förbundet FORSKNINGSFONDEN

Citera som: Läkartidningen. 2013;110:CADZ

Ökad dödlighet hos unga kvinnor med personlighetsstörning

SOFIA ÅKERMAN, leg sjuksköterska och författare, Lund
CHARLOTTE BJÖRKENSTAM, med dr, utredare, Socialstyrelsen
EMMA BJÖRKENSTAM, med dr, utredare, Socialstyrelsen
HERMAN HOLM, överläkare, Psykiatri Skåne
LISA EKSELIUS, professor, överläkare, institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet; Psykiatridivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala
lisa.ekselius@neuro.uu.se

En patientgrupp som vården många gånger har svårt att hjälpa är unga kvinnor som skadar sig själva. Inte sällan får dessa patienter diagnosen emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS). Vid Sveriges Kommuner och landstings kartläggning av all psykiatrisk slutenvård år 2010 kunde det konstateras att det på i stort sett varje psykiatrisk vårdavdelning fanns en eller flera unga kvinnor med denna problematik inlagda [1]. Deras sjukhistoria utmärktes ofta av långa vårdtider, frekventa inläggningar, en hög andel tvångsvård, frekventa tvångsåtgärder, självskadehandlingar samt självmordsförsök. Vården präglades i hög grad av olika former av övervakning, inte sällan i kombination med tung medicinering. Personal beskrev uppgivenhet och att man »kört fast«.

I denna artikel ges en bakgrund till problematiken kring personlighetsstörningar, och nya data lyfts fram som visar vikten av insatser på detta angelägna område.

Personlighetsstörningar – bakgrund

Personlighetsstörning är samlingsnamn för ett flertal psykiatriska tillstånd som karaktäriseras av ett varaktigt och genomgripande mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från förväntningarna i personens kultur. Mönstret kan ofta spåras tillbaka till sena tonåren, och är förenat med påtagligt lidande eller funktionsstörning. I de psykiatriska klassifikationssystemen, DSM-IV och ICD-10, definieras ett tiotal personlighetsstörningar som på basen av inbördes likheter brukar indelas i tre grupper. Kluster A omfattar de udda, excentriska störningarna – paranoid, schizoid och schizotypal personlighetsstörning. Kluster B innefattar de dramatiska och impulsiva störningarna – antisocial, emotionellt instabil (även kallad borderline), histrionisk och narcissistisk personlighetsstörning. Kluster C, slutligen, inbegriper de mer ängsliga störningarna: fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning.

Att diagnostisera personlighetsstörning är många gånger tidskrävande och kräver specialistkompetens. Avgränsningen mot andra psykiatriska diagnoser, som neuropsykiatriska störningar och bipolär sjukdom, eller mot självskadebeteende kan vara särskilt grannlaga.

Förekomsten av personlighetsstörningar i befolkningen uppskattas till cirka 10 procent [2], men är betydligt högre i psykiatrisk vård. Emotionellt instabil personlighetsstörning är den vanligaste i kliniska grupper med en prevalens på 10 procent i psykiatrisk öppenvård och upp mot 25 procent i slutenvård [3]. Störningen karaktäriseras av hög samsjuklighet, svår funktionsstörning, hög sjukvårdskonsumtion och stora kostnader för samhället. Självskadehandlingar är vanliga och risken att dö i självmord är upp till 50 gånger högre än i övriga befolkningen [4]. För bara ett par decennier sedan ansågs problematiken vara närmast omöjlig att påverka. I dag vet vi bättre! Från flera stora longitudinella studier har vi lärt oss att merparten patienter med EIPS uppnår remission även om många har en fortsatt låg funktionsnivå [5]. Dessutom har senare års behandlingsforskning resulterat i effektiva interventioner [3, 6], vilket ger förutsättningar att ytterligare förbättra prognosen. Data som nyligen tagits fram av artikelns författare signalerar dock att ett stort arbete återstår för att vi ska kunna erbjuda gruppen unga kvinnor med personlighetsstörningar korrekt diagnostik och en god vård, och förebygga suicid.

Ny statistik från svenska register

Från Patientregistret selekterades alla patienter som någon gång mellan 1990 och 2010 sjukhusvårdats med personlighetsstörning som huvuddiagnos. Totalt vårdades 13 733 kvinnor (62 116 vårdtillfällen) och 10 120 män (28 723 vårdtillfällen) under perioden. Den största andelen var unga individer, 18–34 år (59 procent av kvinnorna och 51 procent av männen).

Under perioden ökade antalet vårdtillfällen per 100 000 invånare markant för unga kvinnor (Figur 1). För unga män noterades däremot en svag minskning. Individer över 35 år hade en relativt jämn vårdkonsumtion över åren.

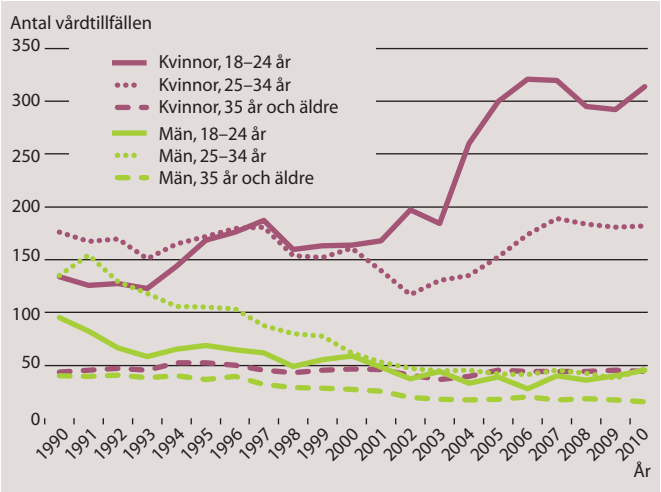
En diagnosgranskning (Figur 2) hos individer i åldersspannet 18–34 år visade att diagnoser inom kluster B förekom i hög utsträckning hos unga kvinnor, och då framför allt EIPS (63 procent). Unga män vårdades i högre utsträckning för ospecificerade personlighetsstörningar (36 procent). Hos män var endast 23 procent diagnostiserade med EIPS.

Med registerdata från 2010 studerades fördelningen av patienter med personlighetsstörning vårdade enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). I samtliga åldersgrupper hade kvinnor ett högre antal vårdtillfällen per 100 000 jämfört med män (Figur 3). År 2010 stod 155 kvinnor i åldersgruppen 18–24 år för 333 vårdtillfällen enligt LPT, vilket motsvarar 77 vårdtillfällen per 100 000 invånare. Bland män i samma åldersgrupp vårdades 34 patienter (totalt 58 vårdtillfällen), vilket motsvarar 13 vårdtillfällen per 100 000 invånare.

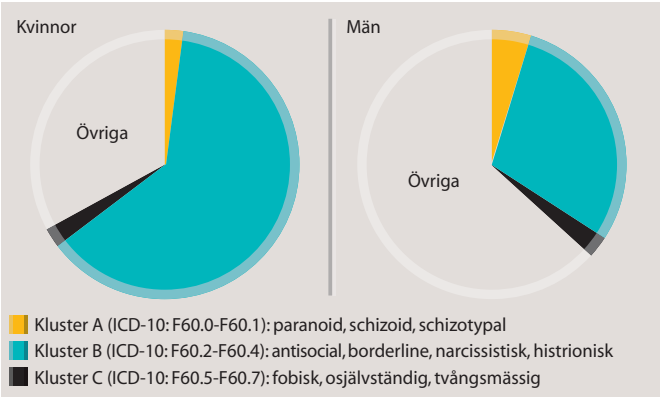
Ur Dödsorsaksregistret erhölls uppgifter om antal avlidna på grund av självmord i åldersgruppen 18–34 år mellan 1990 och 2010. Genom att sedan länka dödsorsaksdata med data från Patientregistret under patienternas sista fem år i livet kunde vårdtillfällen med personlighetsstörning som huvuddiagnos tas fram. Figur 4 visar hur stor andel av alla patienter som begått självmord 1990–2010 som hade slutenvårdats med huvuddiagnos personlighetsstörning åtminstone en gång under de sista fem åren. Kvinnor hade i mycket högre ut-

SAMMANFATTAT

Personlighetsstörningar är allvarliga tillstånd som ger upphov till stort lidande och funktionsstörning. Hos kvinnor är emotionellt instabil personlighetsstörning den vanligaste diagnosgruppen i slutenvård, och hos män ospecificerad personlighetsstörning.
Det är sex gånger vanligare att kvinnor i åldrarna 18–34 år har sjukhusvårdats för personlighetsstörning jämfört med motsvarande grupp män. Samma mönster gäller för tvångsvård.
Ungefär var femte kvinna i denna åldersgrupp som avlidit till följd av självmord har vårdats för personlighetsstörning inom en femårsperiod.
Riktlinjer för vård och behandling finns men ytterligare handlingsprogram behöver utvecklas.



Figur 1. Vårdtillfällen för personer med diagnosen personlighetsstörning per 100 000 invånare och år.

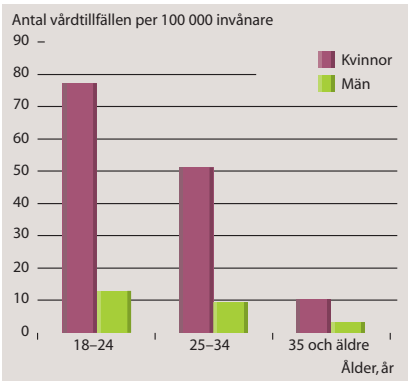


Figur 2. Fördelning av diagnoskluster för patienter 18–34 år vårdade med personlighetsstörning som huvuddiagnos år 2000–2010. Kvinnor till vänster, män till höger.

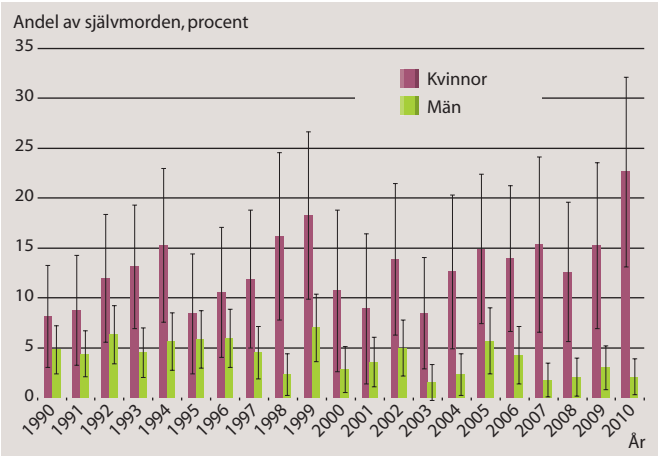
sträckning vårdats för personlighetsstörning än män under hela tidsperioden. Andelen vårdade fluktuerade över åren; dock verkade skillnaden mellan könen snarare öka än minska. År 1990 hade 8 procent av kvinnorna vårdats jämfört med 23 procent år 2010. Bland män sågs däremot snarare en minskning, från 5 procent 1990 till 2,5 procent år 2010.

Alarmerande utveckling

Data från Patient- och Dödsorsaksregistret visar en alarmerande utveckling framför allt bland kvinnor under 25 år. Det är sex gånger vanligare att kvinnor i åldern 18–24 år har sjukhusvårdats för personlighetsstörning jämfört med motsvarande grupp hos män. Även för tvångsvård vid samma typ av diagnos ses liknande mönster. Suicidaliteten hos personer under 25 år, oavsett kön, har till skillnad från i övriga åldersgrupper inte minskat, och självmord är i denna grupp överlägset vanligast som dödsorsak. Det bör här särskilt noteras att en allt större andel kvinnor i åldrarna 18–34 år som avlidit till följd av självmord under de senaste fem åren har vårdats för personlighetstörning. I dag har cirka var femte kvinna i denna åldersgrupp som avlidit till följd av självmord vårdats för personlighetsstörning inom en femårsperiod, jämfört med blygsamma 2–3 procent hos motsvarande grupp män. Vi känner inte till orsakerna bakom denna utveckling, men siffrorna bör tas på stort allvar och föranleda fortsatt diskussion. I detta sammanhang väljer vi dock att inte spekulera vidare kring orsakerna, då frågans komplexitet kräver mer utrymme för att göras rättvisa.



Figur 3. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare vårdade enligt LPT med huvuddiagnosen personlighetsstörning år 2010, uppdelade på åldersgrupp och kön.



Figur 4. Andel (procent inklusive 95 procents konfidensintervall) av alla självmord där patienter någon gång har vårdats för personlighetsstörning de sista fem åren före självmordet.

Personlighetsstörning och/eller självskadebeteende?

Parallellt med utvecklingen kring EIPS har en liknande utveckling kunnat anas avseende avsiktligt självdestruktiva handlingar, oberoende av diagnos. Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport visar en ökning från 167 till 290 kvinnor i åldrarna 15–24 år per 100 000 invånare som sjukhusvårdats efter självtillfogad skada mellan år 1991 och 2010 [7]. Detta förhållande är en av flera omständigheter som gör att det ligger nära till hands att misstänka att ökningen av allvarligt självdestruktiva handlingar bland unga kvinnor har ett samband med det ökade antalet vårdtillfällen för EIPS i samma grupp, och att dessa grupper i hög grad överlappar varandra. Dock är det mycket viktigt att betona att alla personer som skadar sig själva inte lider av EIPS! Bristen på diagnostiska alternativ vid självskadebeteende har sannolikt lett till en överanvändning av diagnosen EIPS för unga kvinnor med självskadebeteende, vilket är olyckligt av flera skäl, inte minst med tanke på risk för felbehandling och stigmatisering [8]. Samexisterande depression liksom missbruk kan ytterligare komplicera diagnostiken [9]. Möjligen kan förslaget om införandet av »non-suicidal self-injury« som en egen diagnos i DSM-5 på sikt förbättra förutsättningarna för att hålla isär gruppen med självskadebeteende utan respektive med personlighetsstörning. En grundläggande separation av begreppen är av avgörande betydelse för den fortsatta kunskapsutvecklingen och för att båda grupperna på sikt ska kunna erbjudas god och anpassad vård.

Hur går vi vidare?

Svenska psykiatriska föreningen publicerade år 2006 de första svenska riktlinjerna för utredning och behandling av personlighetsstörningar [10]. Mot bakgrund av en växande kunskapsutveckling har arbetet med uppdatering initierats. För gruppen med EIPS specifikt har såväl American Psychiatric Association [4] som National Institute for Health and Care

Excellence (NICE) [11] tagit fram riktlinjer utifrån aktuell forskning. Samtliga finns att ladda hem på internet, och ger en värdefull grund för behandling, omvårdnad och förhållningssätt. Särskilt omtvistad är användningen av slutenvård för patienter med EIPS [12]. Här framhåller såväl de svenska riktlinjerna som NICE:s riktlinjer att andra lösningar bör övervägas i första hand och att, i de fall slutenvård är oundvikligt, målet med inläggningen liksom vårdtidens längd bör i möjligaste mån ha överenskommits med patienten på förhand.

Hösten 2011 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och landsting en överenskommelse om att ta fram ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende. Projektet, som ska slutrapporteras hösten 2013, har varit mycket angeläget och kommer förhoppningsvis också att gynna gruppen med EIPS.

Högst sannolikt behövs dock ökade kunskaper och insatser även på andra håll än inom vården, som inom skola, på arbetsplatser samt hos allmänheten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Socialstyrelsen lyder under Socialdepartementet och har enligt lag både rätt och till uppgift att förvalta och att använda nationella hälsodataregister för att följa och analysera hälsoutvecklingen i befolkningen. Denna studie har genomförts som del i denna uppgift. De data som har använts i denna studie har hanterats på ett sådant sätt att enskilda individer inte kan identifieras.*

REFERENSER

1. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2010.
2. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:590-6.
3. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J. Borderline personality disorder. Lancet. 2011;377:74-84.
4. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2001;158 (10 Suppl):1-52.
5. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative longitudinal personality disorders study. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:827-37.
6. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD005652.
7. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2012.
8. Lewis G, Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. Br J Psychiatr. 1988;153:44-9.
9. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009:373:1372-81.
10. Svenska psykiatriska föreningen. Personlighetsstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Stockholm: Gothia; 2006.
11. Borderline personality disorder: treatment and management. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf
12. Goodman M, Roiff T, Oakes AH, et al. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep. 2012;14:79-85.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se



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

Vetenskapligt arbete under ST:

En integrerad del – inte en udda fågel

Att ST-läkares projektarbeten drar ut på tiden kan motverkas om Socialstyrelsen inför åtminstone en rekommendation om att handledarutbildningen bör innehålla vetenskap, och genom att verksamhetschefer, handledare och ST-läkare tidigt planerar dessa delmål i det individuella utbildningsprogrammet.

I LT 22/2013 [1] tar studierektorerna Anders Carlstedt och Bengt Säfsten upp viktiga aspekter på ST-utbildningens kompetensmål inom medicinsk vetenskap. Vi delar författarnas uppfattning att delmålen om kompetens i vetenskap och kvalitetsarbete inte varit lätta att implementera, men vi har en delvis avvikande uppfattning om orsakerna till dessa problem.

Vi delar uppfattningen att projektarbetena drar ut på tiden, men vi är inte övertygade om att detta i första hand förklaras av att »kursgivare och handledare varit osäkra på vilka krav som egentligen ställs«. Inte heller tror vi att »bristen på tydliga riktlinjer« har en avskräckande effekt på ST-läkaren – däremot på handledare utan vetenskaplig grundutbildning [2]. Baserat på vår erfarenhet av handledning av FoU-projekt på alla nivåer inom universitetsutbildning menar vi att svårigheterna främst beror på att många handledare själva saknar vetenskaplig kompetens, och att man då tagit den enkla vägen och i första hand arbetat med sådant man känt sig trygg i, med andra ord den kliniska delen av utbildningen. Ingen tycks nämligen anse att det föreligger svårigheter att implementera kliniska delmål eller efterfråga högre detaljnivå i dessa, trots att även de ofta innehåller oprecisa formuleringar. Men sådana formuleringar är naturligtvis nödvändiga för att inte omedelbart bli inaktuella!

ANDERS ERIKSSON
nationell ST-studierektor i rättsmedicin; professor i rättsmedicin, Umeå universitet
anders.eriksson@rmv.se
HENRIK DRUID
professor i rättsmedicin, Karolinska institutet, Stockholm
BIRKHILD GIEBE
nationell ST-studierektor i rättsmedicin; dr med
PETER KRANTZ
ordförande i Svensk rättsmedicinsk förening; docent, universitetslektor i rättsmedicin, Lunds universitet
INGEMAR THIBLIN
professor i rättsmedicin, Uppsala universitet; samtliga är överläkare i rättsmedicin vid Rättsmedicinalverket, Uppsala

Den konkreta utformningen av den nya specialistutbildningen har med självklarhet inneburit en lärandeprocess för alla involverade, från Socialstyrelsen till den enskilda ST-läkaren. Den traditionella mäster–gesäll-relationen under specialistutbildningen har inte underlättat införandet av de nya principerna för handledning, den striktare målstyrningen eller bedömningen av ST-läkarens kompetensutveckling [3]. Exempelvis talas det fortfarande om »tjänstgöringstid« som ett kompetensmått, trots att målstyrd specialistutbildning gällt i mer än 20 år. Att i en sådan kultur finna adekvata nivåer för nya kunskapsfält måste därför tillåtas att ta viss tid, där dock ett betydande stöd återfinns i specialistföreningarnas rekommendationer.

Det är en självklarhet att, precis som i alla andra delmål, teori och praktik bör integreras [4]. Det är även eftersträvansvärt att ST-läkaren har en rimlig tidsplan att arbeta efter [1]. Det är dock inte detta som bör regleras ytterligare, och definitivt inte i form av en myndighetsföreskrift. Detaljplaneringen för den enskilde ST-läkaren bör liksom för alla andra delmål i stället göras i det individuella utbildningsprogrammet.



Foto: Colourbox

Tiden för det vetenskapliga projektet bör omfatta 10 veckor, *exklusive* kurser, och syfta till att ge ST-läkaren en teoretisk och praktisk inblick i den vetenskapliga processen.

Det är en truism att »ambitionsnivån för såväl kurs som skriftligt arbete bör stå i rimlig proportion till alla de övriga delmål som ska uppfyllas under specialiseringstjänstgöringen« [1]. Men om författarna därmed implicerar att »minst 10 veckor« [5], av totalt fem år (mindre än 4 procent), skulle vara för mycket är det inte lika lätt att instämma. Med 20 delmål är det knappast rimligt att just det vetenskapliga delmålet ska ges mindre tyngd än genomsnittet, vilket också betonas i centrala rekommendationer [5]. De rekommendationer som lämnats av Svensk kirurgisk förening, dvs cirka 10 veckors projektarbete *exklusive* de teoretiska momenten [6], framstår därför som rimligare. Detta särskilt om man betänker att fortsatt teoretisk och praktisk skolning fortgår genom hela den resterande yrkesmässiga karriären inom i princip samtliga övriga delmål. För de flesta läkare, förutom den minskande minoritet som genomgår en forskarutbildning [7], gäller detta inte skolning i vetenskap – i alla fall inte i systematisk form. Om man dessutom ska ta ST-läkarnas önskemål om »grundkunskaper om vetenskapliga metoder», »att kunna diskutera nya medicinska rön« etc [4] på allvar, framstår det som självklart att vetenskapliga grundkunskaper ges minst samma tyngd som övriga delmål [5].

Mot denna bakgrund uppfattar vi det som alltför defensivt att hävda att »det inte är rimligt att förvänta sig att alla ST-läkare ska kunna genomföra ett vetenskapligt projekt och skriva en vetenskaplig artikel på under 10 veckor« [1]. Enighet tycks råda om att teori och praktik bör integreras. Detta bör naturligtvis gälla även avseende det vetenskapliga delmålet – hellre än ett inhämtande av enbart teoretiska kunskaper. I detta sammanhang bör understrykas att många läkarstudenter redan under sin grundutbildning klarar av att på 2–4 månader sammanställa ett publiceringsbart arbete trots avsaknad av ett sådant krav! Det kan därför inte med fog hävdas att en ST-läkare under handledning inte skulle kunna lyckas med samma uppgift under en femårsperiod. Det får inte vara så att man i alla sammanhang talar vackert om värdet av forskning och ett vetenskapligt synsätt, men enbart ser problem när man kommer till praktisk handling.

Djärv och medarbetare skriver i LT [8] att »10 veckor, inklusive kurser, är otillräckligt för att kunna fullgöra ett vetenskapligt högkvalitativt projekt.« Denna uppfattning

är det lättare att hålla med om. Men vi menar dels att tiden för det vetenskapliga projektet bör omfatta 10 veckor exklusive kurser [6], dels att avsikten bör vara att ge ST-läkaren en inblick i den vetenskapliga processen. Vi har inte uppfattat att delmålet ska ses som en rekryteringsgrund för doktorandutbildning, inte heller att målet skulle vara publicering i en högt rankad internationell medicinsk tidskrift. Att sekvestrera en mindre del av den vetenskapliga processen och inom denna lilla del lägga kvalitetskraven på en hög doktorandnivå uppfattar vi som en felaktig inriktning för ST-utbildningen. Långt viktigare bör vara att ST-läkaren får en teoretisk och praktisk inblick i hela den vetenskapliga processen. Det är därför viktigt att ST-läkaren – precis som läkarstudenten i sin grundutbildning – får möjlighet att presentera och försvara sitt arbete. Detta bör ske muntligen vid ett seminarium och vid en nationell (eller internationell) konferens, men också skriftligen som ett led i publiceringsprocessen. Med en planeringshorisont på fem år kan detta inte vara något stort problem.

Vi menar därför att det i Socialstyrelsens pågående revision av SOSFS 2008:17 skulle innebära ett steg bakåt om krav och rekommendationer sänktes från nuvarande modesta nivå. Mot bakgrund av den förestående reformeringen av grundutbildningen, där nödvändigheten av progression i kunskaper och färdigheter betonas, vore det snarare rimligt att kraven under ST-utbildningen skärps i förhållande till vad som gäller under grundutbildningen.

Krav och förväntningar på handledarna bör rimligen också ta ett steg framåt – om inte annat genom att Socialstyrelsen åtminstone rekommenderar att handledarutbildningen »bör« innehålla moment även om vetenskap [2]. Om det vetenskapliga delmålet ska fylla avsedd funktion är det av största vikt att det utgör en integrerad del av ST-utbildningen, inte en udda fågel som ska hanteras på ett sätt som radikalt skiljer sig från alla andra delmål. Detta är nödvändigt också om läkaren ska framstå som trovärdig i förhållande till sin omvärld!

Vidare ser vi det som nödvändigt att verksamhetschefen, som ytterst ansvarig, tillsammans med handledare och ST-läkare tidigt formulerar planerna för delmålen vetenskap och kvalitetsarbete i det individuella utbildningsprogrammet. Förutsättningarna för den ökande andelen verksamhetschefer som inte är forskarutbildade, än mindre forskningsaktiva, att ta ansvar för det individuella utbildningsprogrammets planering och det vetenskapliga delmålet är dock inte goda. Om dessutom förslag om ambitionssänkningar skulle vinna framgång finns anledning befara att »den vanliga« läkaren under sin ST-utbildning inte tillägnar sig grunderna i det vetenskapliga synsätt som är helt nödvändigt för dagens – och morgondagens – läkare.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Carlstedt A, Säfsten B. ST-läkares FoU-utbildning måste definieras bättre. Läkartidningen. 2013;110:1090.
2. Eriksson A, Druid H, Thiblin I, Löwenhielm P. ST-handledarna bör vara vetenskapligt kompetenta. Läkartidningen. 2008;105;1817.
5. Gemensamt uttalande från Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation och Sveriges läkarförbunds utbildnings- och forskningsdelegation. 2009. http://www.sls.se/PageFiles/203/090626gmut.pdf
6. Haglund U, Frisk J, Ivarsson ML, et al. Kirurgföreningen föreslår en kursplan för alla ST-läkare. ST-utbildningen ska ge kompetens i medicinsk vetenskap. Läkartidningen. 2008;105:369-72.
7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2008. SOU 2008:7.
8. Djärv T, Ljung R, Lagergren J. Så nås ST-läkarnas delmål för medicinsk vetenskap på ett högkvalitativt sätt. Läkartidningen. 2013; 110:163.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

Utbildningsaktiva inom psykiatrin om ST:

Ökad tydlighet behövs om vetenskaplig kompetens

Socialstyrelsen reviderar just nu målbeskrivningen för ST-utbildningen. Artikelförfattarna efterlyser en ökad tydlighet kring delmålet om vetenskaplig kompetens.



Foto: Colourbox

För att tillgodose behovet av kvalificerade handledare och projekt med hög kvalitet kan ett alternativ vara att en forskningsaktiv person utanför kliniken (även icke-läkare) bistår med handledning.

Delmål 19 kring vetenskaplig kompetens i Socialstyrelsens målbeskrivning för ST-utbildningen har nyligen diskuterats i LT [1, 2]. Av artiklarna framgår att det finns stora oklarheter kring lärandemål, lärandemetoder och uppföljning. I Socialstyrelsens anvisningar framgår endast att handledaren skall vara specialistläkare och ha genomgått handledarutbildning medan innehåll och omfattning i stället lämnas över till specialitetsföreningarna [3].

Inom psykiatrin har vi sett delmålet som ett välkommet tillskott till utbildningen. Behovet av ökad vetenskaplig kompetens lyftes fram redan av den nationella psykiatrisamordningen [4], och har av Kungliga vetenskapsakademin pekats ut som avgörande för en förbättrad psykiatrisk vård [5]. Svenska psykiatriska föreningen (SPF) har nyligen färdigställt riktlinjer för hur ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer ska utföras (6). Utifrån dessa riktlinjer vill vi kommentera några av de frågor som väckts i föregående artiklar, i syfte att skapa en dialog som förhoppningsvis kan leda till ökad harmonisering mellan specialiteterna.

För att ST-läkaren ska uppnå en förmåga till ett medicinskt vetenskapligt synsätt samt kunskap om forskningsmetodik bör det vetenskapliga arbetet i ST-utbildningen i möjligaste mån baseras på empiriska data (kvantitativa eller kvalitativa). Precis som för övriga delmål räcker det inte med teoretiska kunskaper för att uppnå lärande på djup nivå. Genom att själv sammanställa information och dra slutsatser får ST-läkaren en inblick i kärnan i vetenskaplig verksamhet. Det är därmed en fördel om arbetet

SIMON CERVENKA
med dr, överläkare, Psykiatri Nordväst, Stockholms läns sjukvårdsområde och Karolinska institutet; samordnande studierektor, Centrum för psykiatriforskning, Stockholm

BO RUNESON
professor, överläkare, Centrala Stockholms psykiatri och Karolinska institutet; Svenska psykiatriska föreningens utbildningsutskott; Centrum för psykiatriforskning, Stockholm

PETER LÖNNQVIST
pedagogisk utvecklare, METIS

ALESSANDRA HEDLUND
överläkare, norra Stockholms psykiatri; medicinsk expert, METIS, Socialstyrelsen; SPF:s utbildningsutskott; Centrum för psykiatriforskning, Stockholm

KARIN E GRÖNVALL
överläkare och studierektor, psykiatriska kliniken, Kristianstad; ordförande SPF:s utbildningsutskott

LENA FLYCKT
docent; ordförande Svenska psykiatriska föreningen

utförs inom ramen för ett befintligt forskningsprojekt, eftersom startsträckan annars blir alldeles för lång. Som Djärv och medförfattare föreslår [1] kan registerdata vara en utmärkt utgångspunkt, men för att öka tillgängligheten till projekt och handledare samt tillgodose individuella intressen hos ST-läkarna är det viktigt att skapa möjligheter inom olika typer av forskning. ST-läkaren kan delta i datainsamling och göra en preliminär analys av en avgränsad datamängd, eller göra en sekundäranalys av redan publicerade data utifrån en ny frågeställning. Att endast skriva en studieplan (som Djärv et al föreslår) ger en mycket begränsad erfarenhet av den vetenskapliga verksamheten, samtidigt som uppgiften förmodligen tillhör de mest krävande momenten inom forskningen, med höga krav på förkunskaper och metodologisk kompetens.

Precis som författarna i tidigare artiklar påpekar är en vetenskaplig artikel en alldeles för hög ambitionsnivå för delmålet. Arbetet ska utmynna i en uppsats utformad enligt vetenskapliga principer, och bör kunna liknas vid en kortare kandidatuppsats på universitetsnivå. För att förhindra att arbetet drar ut på tiden (som Carlstedt et al befarar) rekommenderar SPF att ST-läkaren tillsammans med handledaren upprättar en kortfattad projektplan innan arbetet sätter igång. Verksamhetschefen eller en person som denne utser har då möjlighet att ta ställning till arbetets realiserbarhet.

Enligt Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund bör en person med vetenskaplig kompetens motsvarande doktorsgrad finnas med i planering och utformning av arbetet [7]. För att tillgodose behovet av kvalificerade handledare och projekt med hög kvalitet kan ett alternativ för psykiatrin, och andra specialiteter med brist på disputerade personer, vara att en forskningsaktiv person utanför kliniken (även icke-läkare) bistår med handledning. Man kan då tänka sig delad handledning med en specialistläkare som kan bidra med tolkning i relation till den kliniska verksamheten.

Förutom det skriftliga arbetet ska delmål 19 även tillgodoses genom en kurs [8]. Under några år har vi haft en riktad satsning från staten kring att utveckla den teoretiska kunskapen inom psykiatrin (METIS-projektet). Projektet har varit mycket framgångsrikt, vilket framgår av den slutliga rapporten [9]. METIS-kursen »Medicinsk vetenskap för psykiatriker« ska vara förberedande för det vetenskapliga arbetet samt ge grundläggande kunskaper och färdigheter i informationssökning och granskning av vetenskapliga artiklar. METIS-kurserna är utformade enligt den pedagogiska principen »constructive alignment«, vilket innebär att lärandemål, metoder för lärande och uppföljning ska ha ett tydligt samband [10]. Ett exempel är att deltagarna som en deluppgift får göra en litteratursökning i anslutning till en klinisk situation, och reflektera över resultatet och i vilken utsträckning det påverkade handläggningen. Arbetssättet är i linje med önskemålet från ST-läkarna i intervjustudien av Hansen et al kring att undervisningen i medicinsk vetenskap behöver vara kliniskt relevant [11].

Socialstyrelsen är nu i färd med att revidera målbeskrivningen för ST-utbildningen. Önskvärt vore en ökad tydlighet kring delmål 19, och precis som Carlstedt et al menar vi att kraven i princip bör vara samma för samtliga specialiteter. Vidare hoppas vi att ambitionsnivån inte läggs för lågt. De positiva effekterna av att de vetenskapliga arbetena utförs med hög kvalitet (men rimlig omfattning) är flera.En ökad vetenskaplig kompetens kan förväntas leda till ökad tillämpning av evidensbaserade metoder för utredning och behandling, och därmed ökad kvalitet på vården. Rätt utförda kan de vetenskapliga arbetena också fungera som en rekrytering av kliniskt verksamma läkare till forskning. En ökad vetenskaplig kompetens inom yrket kommer att behövas när vi går mot en framtid med allt större informationsflöde, där kraven från patienter och samhälle på en kunskapsbaserad och vetenskapligt underbyggd vård knappast kommer att vara lägre än i dag.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Djärv T, Ljung R, Lagergren J. Så nås ST-läkarnas delmål för medicinsk vetenskap på ett högkvalitativt sätt. Läkartidningen. 2013; 110:163.
2. Carlstedt A, Säfsten B. ST-läkares FoU-utbildning måste definieras bättre. Läkartidningen. 2013;110; 1090.
6. Svenska psykiatriska föreningens riktlinjer för arbete enligt vetenskapliga principer. http://www.svenskpsykiatri.se/utbildning_st_ramarna.html
9. METIS-projektet – uppföljning av SK-kurser i psykiatri 2007–2012. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-47
11. Hansson A, Marklund B. ST-läkare vill se praktisk nytta av FoU-kurser. Läkartidningen. 2013;110:1098.

LÄS MER Fullständig referenslista Läkartidningen.se

Hjälp finns att få

Tack för de viktiga synpunkter som förs fram i artikeln »Läkare bör inte skriva ut läkemedel till sig själva« (Läkartidningen 29–30/2013, sidan 1359). Just gruppen kollegor med psykisk ohälsa och beroendeproblem är sårbar och ofta svår att nå för professionell behandling.

På Ersta sjukhus psykiatriska klinik har vi mångårig erfarenhet av att ta emot kollegor och annan sjukvårdspersonal som sviktat psykiskt. En situation som vi ofta ställs inför är just kollegor som försökt allt på egen hand och därför kommer till oss i mer avancerade stadier av olika psykiatriska tillstånd. Inte sällan med en pålagring av skam över sitt tillstånd och sitt eget misslyckade behandlingsförsök. Dessa behandlingsförsök kan ha inneburit just egenmedicinering av ångesttillstånd eller depressioner med t ex bensodiazepiner, som resulterat i ett sekundärt beroende.

Vi ser också fullminanta utmattningstillstånd där läkare bokstavligen givit allt på sin arbetsplats och kommer till oss med omfattande kognitiva och affektiva symtom, förutom sin utmattning. Tillstånd som hade varit möjliga att förebygga om insatser kommit i tid.

Det kan därför vara av värde för läkarkollektivet att känna till att specialistpsykiatrisk såväl heldygns- som öppenvård finns i Stockholm, specialiserad just för vår grupp. Vi tar också emot sjukvårdsarbetare från andra landsting på specialistremiss.

Alexander Wilczek
verksamhetschef, överläkare,
psykiatriska kliniken,
Ersta sjukhus, Stockholm
Alexander.Wilczek@
erstadiakoni.se

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Replik om företagshälsovård: Landstingen inte bättre på att minska sjukskrivning

Ulf Flodin och Annika Lillemets argumenterar i LT 19–20/2013 (sidan 929) för att om landstingen tog över företagshälsovården skulle sjukfrånvaron minska. ––– Vad talar för att landstingen skulle ha bättre förutsättningar att säkerställa en god arbetsmiljö? Under perioden 2000–2012 har Arbetsmiljöverket utfärdat 63 viten för landstingsdrivna sjukhus om tillsammans cirka 10 miljoner kronor till följd av bristande arbetsmiljö. ––– Redan i dag finns ett lagstadgat arbetsmiljöansvar för företagen liksom även ett system med skyddsombud. Kanske ett alternativ kan vara att man utvecklar detta? –––

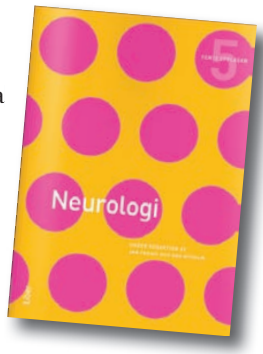
Bo Jordin

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

RECENSIONER

Språngbräda mot en ljus neurologisk

NEUROLOGI
584 sidor
Författare: Jan Fagius, Dag Nyholm (redaktörer)
Förlag: Liber; 2012
ISBN 978-91-4710790-2



Det är mycket glädjande att vi nu har fått tillgång till den femte och reviderade upplagan av den svenska läroboken i neurologi. Det har gått nästan ett kvarts sekel sedan första upplagan skrevs och gavs ut i slutet på 1980-talet. Under dessa år har neurologin genomgått betydande förändringar, framför allt har tillkomsten av nya terapier ändrat neurologin från att ha varit en huvudsakligen diagnostiskt präglad verksamhet till att bli en terapiintensiv specialitet. Även sedan förra upplagen kom ut 2006 har mycket hänt som motiverar en reviderad upplaga.

Den primära målgruppen för denna läsvärda bok är läkarstudenter, och bland dessa har läroboken sedan tidigare ett gott rykte, men den kan också användas i utbildning av paramedicinska yrkesgrupper. Boken fyller även en god funktion som referenslitteratur för läkare som inte är specialister i ämnet.

Den nya upplagan är lättläst och har överskådlig typografi. Boken har vuxit i omfång till 584 sidor, från 524 i tredje upplagan år 2000 och 568 i senaste upplagan 2006. Antalet författare har ökat till 41 från 39 i senaste upplagan, och 10 författare har försvunnit och ersatts av 12 nya. Med boken följer tillgång (tyvärr anges att det är ett tidsbegränsat abonnemang) till »eLabb« som är ett pedagogiskt studieverktyg på webben. eLabbet innehåller övningsmaterial i form av interaktiva kunskapsfrågor och fallbeskrivningar.

Författarna har försökt få texterna aktuella; som exempel på detta kan nämnas att narkolepsi efter svininfluensavaccinationen finns omnämnt. Även encefaliter orsakade av antikroppar mot cellyteantigen, t ex anti-NMDAR-encefalit, beskrivs.

Kapitelindelningen är densamma som i förra upplagan. Vissa kapitel har nya författare, men texterna och illustrationerna är trots detta bitvis identiska med tidigare upplagor, vilket talar för redaktionell kontinuitet. Kapitlet om toxicitet och nervsystemet har av oklar anledning fått rubriken »Toxisk påverkan och bristtillstånd« ändrad till »Toxisk inverkan och bristtillstånd«,

Vardagslunk i dödens närhet

DE ANHÖRIGA: ÅTTA TECKNADE NOVELLER
133 sidor
Författare: Pelle Forshed
Förlag: Kartago förlag; 2012
ISBN 978-91-7515001-7



»Jag tror nog ändå jag tar köttbullarna till lunch, så kan vi frysa in fiskgratängen«, säger Brukaren (det vill säga nyttjaren av hemtjänst). »Ja visst«, svarar vårdbiträdet. Ett vardagligt replikskifte, om något. Men bilden som visas samtidigt får en att haja till: En gammal, helt naken kvinna sitter hopsjunken på en toalettstol, armarna hänger slappt utefter sidan och hon talar liksom rakt ut i rummet. Det är svårt att få ihop det distinkta önskemålet med den formlösa, orörliga kroppen.

På en stol strax utanför den vidöppna badrumsdörren sitter en ung kille i munkjacka med näsan i en tidning; det är han som är vårdbiträdet och som tagit emot lunchinstruktionerna. Båda ter sig på något sätt avspända. Intimiteten i vårdare–vårdad-relationen har skildrats förr, men det ovanliga här är att de båda är ensamma i hemmets sfär. Blygseln drabbar läsaren, men till synes inte de agerande.

Bildrutan är hämtad från »De anhöriga« av Pelle Forshed, en seriebok med åtta delvis fristående noveller, som handlar om människorna runt S:t Bodils hemtjänst. Det första intrycket när man börjar bläddra är av anspråkslöshet. Teckningarna är sparsmakade och figurerna på något sätt små och obetydliga. Efter hand träder de fram allt tydligare och man känner med dessa små streckgubbar.

Till exempel gillar jag verkligen bilden av Ingmar som justerar glasögonen när han läser på sin nyligen hemkomna Daktacort-tub. Ett utmärkande drag i boken är kasten mellan »högt och lågt«. Vi följer hur vårdbiträdet med andan i halsen (»Shit! Måste vara hos Astrid om sju minuter!«) nödtorftigt torkar bort det värsta av det utkräkta maginnehål-



Illustration: Pelle Forshed (ur boken).

let på en brukares klänningsframsida. Snart är vi i stället inne i huvudet på en döende och ser ansikten och repliker från hemtjänstpersonalen växla med

trots att kapitlets inledande textrader innehåller »påverkan« på fyra ställen.

Yrselkapitlet har numera två författare verksamma på ÖNH-klinik, vilket präglar kapitlets innehåll. Kapitlet om multipel skleros har ändrats mest i omfång och har ökat från 16 till 25 sidor. Sammantaget är helhetsintrycket av den nya upplagan mycket positivt.

Det finns många anledningar att betrakta neurologi som en klinisk specialitet »med framtiden för sig«. Det finns fortfarande många områden inom neurologin där vi förväntar oss ny kunskap och framtida terapeutiska landvinningar. Att läsa den nya läroboken är som att stå på språngbrädan mot en ljus neurologisk framtid.

Sten Fredrikson
professor, överläkare,
neurologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

framtid

bilder av barndomsminnen. Ett försök till innerlighet och empati inför en situation som ingen levande kan berätta om.

I en novell skildras hur de anhöriga till en brukare anmäler vår huvudperson för vanvård. Men vi får också träffa samma anhöriga i ett annat, ganska förvånande sammanhang. Vi rör oss i tiden; i en novell ska morfar begravas. Men pojken i familjen tänker mest på hur han ska lyckas kryssa i på sin »to-do«-lista (som också innehåller att ha knullat en gång och andra bedrifter) att han faktiskt har sett en död människa; modern säger nämligen nej.

Alla noveller är inte riktigt lika täta, men sammantaget är detta en imponerande skildring av en ung människas möte med kroppslig skröplighet. Hur vårt samhälle hanterar detta fenomen avspeglas i den initierade arbetsmiljöskildringen. Förutom att man ofta blir rörd under läsningen blir det ett och annat gapskratt.

Catarina Canivet
distriktsläkare, Lund

Hjälp med att torgföra rönen

ATT SKRIVA MEDICINSK VETENSKAP – EN HANDBOK
191 sidor
Författare: Emma Hansson, Carolin Freccero
Förlag: Studentlitteratur; 2012
ISBN 978-91-44-07319-4


Foto: Colourbox

De flesta av oss kan känna igen den ångest som kommer krypande när vi sitter framför en tom datorskärm och inte vet i vilken ände vi ska börja för att presentera vårt material på ett begripligt och språkligt korrekt sätt. Det kan vara månader eller år av forskning med fina resultat som ska sättas på pränt, men hur?

Tack vare handboken »Att skriva medicinsk vetenskap« finns nu en bra guide för att underlätta den snåriga skrivprocessen för till exempel studenter och doktorander i början av sin karriär. Boken bygger på författarnas egna erfarenheter av vilken typ av praktisk handledning som behövs när man börjar skriva samt på deras gedigna bakgrund som forskare och språkvetare.



Bokens tretton kapitel följer en logisk linje från meningarnas uppbyggnad till styckenas och avsnittens disposition i de inledande kapitlen. Boken är trevligt och lättsamt skriven och full med praktiska tips, vilket gör att den kan läsas från pärm till pärm med stor behållning. Trots detta fungerar den också utmärkt som uppslagsverk; till exempel är kapitlet om vetenskaplig stil avsett att fungera på detta sätt och beskriver vad som kännetecknar vetenskaplig stil och vad som bör undvikas.

Att göra det otydliga tydligt är en av bokens styrkor. I kapitlet »Hela uppsatsens struktur« ger författarna en tydlig och strukturerad genomgång av det vetenskapliga arbetets uppbyggnad. Genom att beskriva vanliga fel som görs vid författandet, lyfter de fram det som annars skulle ha lämnats obesvarat.

Boken innehåller också ett flertal checklistor som underlättar genomgång av den skrivna texten och som samtidigt fungerar som sammanfattning av tidigare kapitel. Genomgående gör författarna flera sammanfattningar och upprepningar i texten, men inte i sådan utsträckning att det upplevs som störande. Det ger snarare möjlighet till repetition.

Förutom att författarna på ett mycket genomtänkt sätt går igenom alla nödvändiga delar från vetenskapligt fynd till färdig publikation, så innehåller boken också andra delar som upplevs som ren bonus. Till exempel finns ett helt kapitel som avhandlar hur man genomför ett systematiskt och konstruktivt opponentskap.

I kapitlet »Att publicera medicinsk vetenskap« tar författarna upp begrepp och ger förklaringar till termer som man måste känna till för att kunna förstå referentgranskning- och publiceringsprocessen, till ex empel »covering letter«, »original paper« och »impact factor«, bara för att nämna några.

För att ytterligare underlätta skrivprocessen beskrivs grammatiska termer, och exempel ges både på svenska och engelska. Författarna har även samlat de vanligaste fallgroparna när det gäller översättningar till engelska, särskrivandets vara eller icke vara, samt skillnader mellan brittisk och amerikansk engelska.

Sammanfattningsvis är detta en faktaspäckad handbok i det vetenskapliga skrivandets konst. Ämnet hade kunnat vara knastertorrt om inte plats för humor lämnats, som när tips ges om hur man lär sig engelska hjälpverb till melodin av bjällerklang, eller hur man räknar ut om texten man skrivit är lättläst med hjälp av en matematisk formel. Denna bok fyller verkligen sitt syfte och vi vill inget hellre än att utveckla vårt skrivande när vi läser den.

Emilija Wilson
barnmorska, doktorand,
Karolinska institutet

Anna-Karin Edstedt Bonamy
med dr, bitr överläkare,
Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm

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

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, prehospitla enheten, koncernkontoret Region Skåne Lund	–	32–33	1380
Seksjonsoverlege Drammen sykehus Norge	21/8	32–33	1435
Sektionschef, lasarettet Enköping	25/8	32–33	1434
ALLMÄNMEDICIN			
AKC-koordinator/Forskningscoach, Centrum för Primärvårdsforkning, Primärvården Skåne	–	32–33	1380
Distriktsläkare Vårdcentralen Glänninge Laholm	–	32–33	1423
Spec-läkare Vårdcentralen Arlöv	–	32–33	1380
Distr-läkare Vårdcentralen Solnas hjärta Solna	–	27–28	1302
Distriktsläkare eller leg.läkare, Vårdcentralen i Älmhult	–	32–33	1423
Spec-läkare Aleris Husläkarmottagning Stureplan Stockholm	–	27–28	1307
Allmänläkare Stavre Vårdcentral Trollhättan	–	29–31	1373
Specialister (två) i allmänmedicin Kista	–	29–31	1369
Läkare, långa och korta uppdrag Bohus Rekrytering	–	32–33	1425
Spec-läkare (två) vårdcentralen Fristaden Eskilstuna	–	29–31	1370
Spec-läkare Vårdcentralen Arlöv	–	29–31	1371
Distriktsläkare Axelsbergs vårdcentral Stockholm	–	32–33	1434
Upptäck Nya Zeeland	–	29–31	1375
Distriktsläkare/geriatriker Forums Vårdcentral Stockholm	–	32–33	1429
Spec-läkare med geriatriskt intresse, landstinget Västmanland	–	27–28	1308
Distr-läkare Vårdcentralen Finspång	15/8	29–31	1374
Distr-läkare/Medicinsk rådgivare, Dagson vårdcentral Uddevalla	18/8	29–31	1372
Allmänläkare, Tiohndra Vårdbolaget Norrtälje	25/8	27–28	1313
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
Distriktsläkare Närhälsan Dalaberg Vårdcentral Uddevalla	29/8	32–33	1430
Spec-läkare Capio Vårdcentral Högdalen Stockholm	31/8	32–33	1434
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	32–33	1380
ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD			
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	32–33	1380
BARN- OCH UNGDOMSMEDICIN			
Överläkare/Spec-läkare Lasarettet Trelleborg	–	29–31	1371
Spec-läkare Stockholms Läns Sjukvårdsområde	–	29–31	1372
Överläkare Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	–	29–31	1371
Spec-läkare Ålands hälso- och sjkuvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
Spec-läkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	1/9	32–33	1431
BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI			
Spec-läkare Ålands hälso- och sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
BARN- OCH UNGDOMSRADIOLOGI			
Overlege Akershus universitetssykehus, Oslo Norge	–	32–33	1432
ENDOKRINOLOGI OCH DIABETOLOGI			
Endokrinolog Visby Lasarett Visby	26/8	32–33	1423
ST-läkare/Spec-läkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	31/8	29–31	1372
FÖRETAGSHÄLSOVÅRD			
Företagsläkare Avonova Örebro	–	27–28	1310
Företagsläkare Avonova Arboga, Kungsör, Örebro	–	27–28	1310
Leg läkare/Företagsläkare Previa Borås, Gävle, Jönköping, Kalmar/Oskarshamn	–	32–33	1435
GERIATRIK			
ST-läkare medicinkliniken Centralsjukhuset Kristianstad	–	27–28	1306
Spec-läkare landstinget Västmanland	–	27–28	1308
Överläkare ASIH Stockholmsgeriatriken Stockholm	14/8	29–31	1372
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
Rehabläkare/Geriatriker Visby lasarett Visby	26/8	32–33	1423
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	32–33	1380
INFEKTIONSSJUKDOMAR			
Bitr smittskyddsläkare Landstinget i Uppsala län	28/8	29–31	1374
Spec-läkare Södersjukhuset Stockholm	1/9	29–31	1370
INTERNMEDICIN			
Spec-läkare med geriatriskt intresse, landstinget Västmanland	–	27–28	1308
KARDIOLOGI			
Sektionschef, lasarettet Enköping	25/8	32–33	1430
KIRURGI			
Overlege, generell kirurgi, UNN Narvik Norge	–	32–33	1431
Spec-läkare Ålands hälso- och sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
Överläkare/spec-läkare Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	28/8	32–33	1431
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	32–33	1380
KLINISK KEMI			
Överläkare/spec-läkare Universitetssjukhuset Örebro	4/9	32–33	1429
KLINISK PATOLOGI			
Överläkare/spec-läkare Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	31/8	32–33	1435
Overlege, Stavanger Universitetssjukehus Stavanger Norge	2/9	32–33	1428
Vacant Full Professorship or Associate Professorship, Oslo University Hospital Norge	16/9	32–33	1424
LUNGSJUKDOMAR			
Överläkare lungmedicin till medicinkliniken i Halmstad	–	29–31	1368
MEDICINSK RADIOLOGI			
Radiolog Røntgen UNN Narvik Norge	–	27–28	1304
Overleger Akershus universitetssykehus, Oslo Norge	1/9	32–33	1432
NEUROLOGI			
Överläkare neurologi till medicinkliniken i Halmstad	–	29–31	1368
Spec-läkare Ålands hälso- och sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
Neurolog Visby lasarett Visby	–	32–33	1423
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI			
Överläkare/spec-läkare Kvinnokliniken, Jönköpings sjukvårdsområde Jönköping	–	27–28	1311
ST-läkarchef Kvinnosjukvården, Akademiska sjukhuset Uppsala	–	27–28	1309
Spec-läkare Ålands hälso- och sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
Sektionschefer Kvinnokliniken Skånes Universitetssjukhus Lund, Malmö	–	27–28	1306
Områdeschefer Kvinnokliniken Skånes Universitessjukhus Lund, Malmö	–	27–28	1306

	Ansökningstiden utgår	Annons i nr	Sida
Overleger/spesialistar, Kvinneklinikken Kristinsund og Molde sjukehus Norge	31/8	32–33	1424
Spec-läkare Aleris Specialistvård Axesshuset Göteborg	31/8	27–28	1309
Spec-läkare Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	31/8	32–33	1427
Specialist/Överläkare, kvinnokliniken Hallands sjukhus Varberg, Halmstad	15/9	32–33	1430
Professorship (två) University of Oslo Norge	30/9	29–31	1375
ONKOLOGI			
Överläkare ASIH Stockholmsgeriatriken Stockholm	14/8	29–31	1372
Överläkare Förenade Care ASIH Byle Gård Stockholm	9/9	32–33	1380
ORTOPEDI			
Överläkare Skånes universitetssjukhus Lund, Malmö	–	29–31	1371
Spec-läkare Ålands hälso- o sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
PSYKIATRI			
Överläkare Psykiatriska kliniken, Ersta sjukhus Stockholm	–	32–33	1433
Överläkare Vuxenpsykiatrimottagningen, psykiatrin Halland Kungsbacka	–	27–28	1315
Överläkare Psykiatriska kliniken, Öppenvårds-mottagningen, Landstinget i Jönköpings län Nässjö	–	29–31	1371
Overlege/Spec-läkare Universitetssykehuset Nord-Norge	–	32–33	1433
Överläkare, Psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri	–	32–33	1380
Överläkare Beroendecentrum Malmö	–	29–31	1371
Läkare, långa och korta uppdrag Bohus Rekrytering	–	32–33	1425
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
Overlege, Avdeling psykose, Haukeland universitetssjukehus Bergen	25/8	32–33	1428
Overlege/spesialist, Avdeling stemning, Haukeland universitetssjukehus Bergen	25/8	32–33	1428
REHABILITERINGSMEDICIN			
Spec-läkare Ålands hälso- och sjukvård Mariehamn Åland	–	27–28	1304
Spec-läkare rehabiliteringskliniken Växjö	–	29–31	1369
Överläkare/Bitr. Överläkare/Spec-läkare, Minneskliniken, Region Skåne Malmö, Lund	25/8	32–33	1426
Rehabläkare/Geriatriker Visby lasarett Visby	26/8	32–33	1423
Överläkare/Spec-läkare Norrlands Universitetssjukhus Umeå	31/8	29–31	1369
REUMATOLOGI			
Reumatolog Axess Medica, Spenshult sjukhus Oskarström	15/8	29–31	1373
Verksamhetschef Reumatologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro	25/8	32–33	1430
Spec-läkare/Överläkare medicin- och onkologikliniken Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	25/8	32–33	1431
UROLOGI			
Ledende urologisk overlæge Sygehus Vendsyssel, Fredrikshavn Danmark	–	27–28	1311
Spec-läkare (två), Universitetssjukhuset Örebro	14/8	29–31	1374
ÖGONSJUKDOMAR			
Överläkare/Spec-läkare Lasarettet Trelleborg	–	29–31	1371
Spec-läkare ögonkliniken Skånes Universitetssjukhus Lund,Malmö	–	32–33	1380
Överläkare ögonmottagningen Örnsköldsvik	–	27–28	1314
Ögonläkare, ögonmottagningar Sophiahemmet och Vällingby Centrum Stockholm	–	32–33	1433
ÖVRIGA LÄKARTJÄNSTER			
Overlege Sel kommune Norge	–	27–28	1312
Överläkare Region Skånes prehospitala enhet, Koncernkontoret Lund	–	29–31	1371
Chefsläkare, Hälsa och habilitering Uppsala	–	32–33	1432
Neuropediatriker/Barnläkare Skövde	–	29–31	1372
Läkare (alla spec) LäkarJouren, Narco Polo Sverige, Norge	–	32–33	1428
Upptäck Nya Zeeland	–	29–31	1375
Läkare Giftinformationscentralen Stockholm	31/8	27–28	1311
Verksamhetschef Clinicum (utbildnings- och simuleringscentra), Östergötland	1/9	32–33	1427
ÖVRIGA TJÄNSTER			
Verksamhetschef Plastkirurgiska kliniken Skånes universitetssjukhus Malmö	–	27–28	1304
Seksjonsleder Oslo universitetssykehus Norge	–	32–33	1431
Avdelningschefer (två) Socialstyrelsen Stockholm	–	29–31	1367
Verksamhetschef Medicin- och thoraxdivisionen Akademiska sjukhuset Uppsala	–	27–28	1305
Divisionschefer (två) Neurodivisionen och Kvinno- och barndivisionen Akademiska sjukhuset Uppsala	–	29–31	1370
Resursområdeschef service och diagnostik Gotland	–	32–33	1425
Verksamhetschef Barn- och ungdomskirurgiska kliniken Skånes Universitetssjukhus Lund, Malmö	–	27–28	1306
Vårdcentralschef Närhälsan Partille och Furulund			
Verksamhetschef Barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro	11/8	29–31	1369
Klinisk utredare	15/8	29–31	1375
Verksamhetschef Röntgenkliniken Karolinska Universitetssjukhuset Solna Stockholm	25/8	32–33	1425
Forskarassistenter (sex) Vetenskapsområdet för medicin och farmaci. Uppsala universitet Uppsala	30/8	32–33	1432
AT-/ST-TJÄNSTER			
ST-läkare, allmänmed Kvartersakuten Tegnérgatan Stockholm	–	32–33	1428
ST-läkare, Kvartersakuten Tegnérgatan Stockholm	–	32–33	1428
ST-läkare (tre) Jokkmokks Hälsocentral Jokkmokk	–	32–33	1433
ST-läkare medicinkliniken Centralsjukhuset Kristianstad	–	27–28	1306
ST-läkare Ortopediska kliniken Skånes Universitessjukhus Lund, Malmö	–	27–28	1306
ST-läkare Ortopediska kliniken Skånes Universitessjukhus Lund, Malmö	–	27–28	1306
ST-tjänst allmänmedicin, Hälsoringen Laholm	–	32–33	1423
1 Forsknings ST-läkartjänst i allmänmedicin Vårdcentralen Gagnef	15/8	32–33	1428
ST-läkare Reumatologi, medicin- och onkologikliniken			
ST-läkare/Spec-läkare endokrinologi, diabetologi, metabolism, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg	31/8	29–31	1372
ST-läkare obstetrik och gynekologi Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm	31/8	32–33	1427
ST-läkare/underläkare onkologi Landstinget Sörmland	5/9	32–33	1427
LEDIGA VIKARIAT			
Underläkare infektionssjd, NU-sjukvården Trollhättan	7/8	29–31	1372
ST-läkare/underläkare onkologi Landstinget Sörmland	5/9	32–33	1427
STIPENDIER/ANSLAG/BIDRAG			
Fellowship inom Ryggkirurgi, Ortopedkliniken			
Forskn-anslag Capios Forskningsstiftelse	1/9	32–33	1424
Forskn-anslag Edwin Jordans Stiftelse, Oftalmologisk forskning	30/9	32–33	1434
Forskn-anslag Reumatikerfonden	30/9	32–33	1380
Forskn-stip Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR)	1/10	32–33	1432
ETABLERINGAR OCH ÖVERLÅTELSER			
Kirurgmottagning överlåtes, Praktikertjänst Stockholm	–	32–33	1435
Vårdfastighet Ystad, säljes alternativt uthyres Ystad	–	32–33	1435







Visby lasarett på Gotland söker

Rehabläkare/ Geriatriker
Ref nr A333069

Endokrinolog
Ref nr A333080

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

Trött på de stora sjukvårdskolosserna? Kom till oss då!

Distriktsläkare i Laholm
Till vårdcentralen Glänninge i Laholm söker vi en erfaren distriktsläkare som trivs i det patientnära arbetet och triggas av utmaningen att ta en nyckelroll i vårt arbete med att attrahera flera patienter till vår fina vårdcentral.

Samtidigt måste du förstå vikten av att ha kontroll på kostnader för läkemedelsförskrivning, medicinsk service och medicinsk förbrukningsmateriel.

ST-tjänst i allmänmedicin i Laholm
Vi har också möjlighet att erbjuda en ST-läkartjänst för specialisering inom allmänmedicin.

Vi kan erbjuda en mycket trevlig arbetsplats, med god arbetsmiljö och goda anställningsvillkor. På vårdcentralen finns en stabil personalstyrka med distriktsköterskor, BVC, kurator, sjukgymnast m.m.

Distriktsläkare eller leg.läkare Älmhult
Vårdcentralen i Älmhult växer och våra duktiga läkare behöver ytterligare en kollega för att möta behoven. Till din hjälp finns duktiga distriktssköterskor, kurator, sjukgymnast samt kollegor inom vår företagshälsovård.

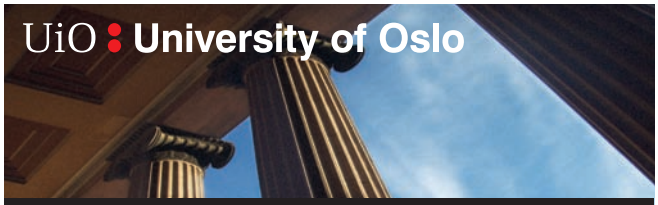
Vi kan erbjuda en mycket trevlig arbetsplats med god stämning, bra lokaler och goda anställningsvillkor.

Ansökan och vidare information
Kontakta personalchef Jaan Timoleon på 0708-340062 eller på jaan.timoleon@neronhsu.se för mer information och ansökan till någon av tjänsterna.

HÄLSORINGEN

HälsoRingen Vård AB bedriver primärvård på privat entreprenad på uppdrag av landstingen i Halland, Kronoberg och Skåne. Vårdcentralerna i Laholm (Glänninge) och Älmhult har ca 3.000 respektive 4.000 listade patienter. HälsoRingen ingår i Neron koncernen som bedriver primärvård, specialistvård och företagshälsovård

Läs mer på www.halsoringen.se eller www.neronhsu.se



The University of Oslo is Norway's largest institution of research and education with 28 000 students and 7000 employees. Its broad range of academic disciplines and internationally esteemed research communities make UiO an important contributor to society.

University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Division of Diagnostics and Intervention

Vacant Full Professorship (SKO 1013)/ or Associate Professorship (SKO 1011) of Medicine (Pathology) at the Institute of Clinical Medicine, Division of Diagnostics and Intervention, Department of Pathology. The academic post is combined with an additional 20 % position as Consultant Pathologist at the Department of Pathology at Oslo University Hospital.

For complete announcement and application form:
http://uio.easycruit.com/vacancy/1015027/70331?iso=no
Application deadline: 16.09.2013.

For full details, see:
www.uio.no/english/about/jobs/

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

Kristiansund og Molde sjukehus
Kvinneklinikken

Overlegar/spesialistar

Referanse: Kvinneklinikken

Helse Møre og Romsdal, Kvinneklinikken har ledig 100 % fast stilling som overlegar/spesialistar i gynekologi og obstetrikk ved avdelinga i Kristiansund og Molde.

Ved Kristiansund sjukehus kan det være aktuelt å midlertidig omgjera 1 overlegestilling til LIS stilling.

Kontaktinformasjon:
Grete Teigland, avdelingssjef, tlf. + 47 995 07 632

Søknadsfrist: 31. august 2013

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju.
Vi ønskjer ikke kontakt med annonseseljarar.

HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantz.no

Capio

Capios Forskningsstiftelse

Ny ansökningsomgång. Ansök senast 1 september.

Capios Forskningsstiftelse har till syfte att stödja och främja patientnära forskning samt forskning som har relevans för stora patientgrupper. Tvärprofessionell forskning med tydlig patientnytta gynnas i bedömningarna av ansökningar.

Capios Forskningsstiftelse delade ut knappt 1 MSEK till olika forskningsprojekt under 2012. Högsta utdelade belopp var 40.000 SEK.

Behöriga att söka anslag är personer som arbetar inom hälso- och sjukvårdssektorn. Forskningsanslag kan sökas för A: Vetenskapliga projekt, B: Start- och planering av vetenskapliga projekt, C: Resor som sker 2014 för forsknings- och utbildningsändamål med **eget** aktivt deltagande såsom abstracts, post doc.

Ansökan får endast avse medel för maximalt ett år, därefter fordras ny ansökan. Ett projekt kan få anslag i max 3 år.

Ansökan ska göras på särskilda ansökningshandlingar som finns på www.capio.se.

Ansökan ska vara Capio tillhanda med post senast 2013-09-01 på adress Capios Forskningsstiftelse, Box 8173, 104 20 Stockholm. Ofullständig eller för sent inkommen ansökan behandlas ej.

Eventuella frågor kan ställas till Forskningsstiftelsens sekreterare Jene Lindahl, jene.lindahl@capio.com eller på tel 08-737 87 87.

Den 1 december 2013 beslutar Forskningsstiftelsens styrelse om utdelning av anslag.
De sökande meddelas under december månad.

Capios Forskningsstiftelse

Alla som fick anslag år 2012 finns listade på www.capio.se

Sök anslag för forskning hos Reumatikerfonden

om du vill forska inom reumatologi/rörelseorganens sjukdomar. Vi ser positivt på projekt med forskningspartner – läs mer på www.forskningspartner.se

Din ansökan ska vara inne senast 30 september.
Läs mer på vår hemsida www.reumatikerforbundet.org/forskning

Bohus Rekrytering

Vi söker

LÄKARE

Inom Psykiatri & Allmänmedicin

för både långa och korta uppdrag

Ring eller mejla för mer info på:

kent@bohusrekrytering.se *Tel: 0705-130424*

info@bohusrekrytering.se *Tel: 0708-338822*

www.bohusrekrytering.se



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen söker

Resursområdeschef
- service och diagnostik

Ref nr A340366

Läs mer på www.gotland.se/jobbahososs

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
www.gotland.se

Region Gotland

Vår vision
- Patienten alltid först

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Nordens största universitetssjukhus där vård, forskning och utbildning är viktiga delar i arbetet för att förlänga och förbättra människors liv. Av Karolinska Institutets forskning och utbildning sker 2/3 i sjukhusets verksamhet. Karolinska Universitetssjukhuset omsätter 15 miljarder och har 15.000 medarbetare. Verksamheten finns på ett flertal platser i Stockholmsregionen främst i Huddinge och Solna.

Karolinska Universitetssjukhuset söker chef som vill leda och utveckla



VERKSAMHETSCHEF TILL RÖNTGENKLINIKEN SOLNA

Röntgenkliniken Solna är en av fyra röntgenkliniker på Karolinska Universitetssjukhuset. Kliniken bedriver verksamhet både i det centrala huset och thoraxhuset samt mammografi belägen i Radiumhemmet. Vi har Sveriges största traumacentrum och stor övrig akutverksamhet. Karolinska är även centrum för skelett- och mjukdelstumörer samt tumörer inom öron, näsa och hals. Kliniken är en stor och modern röntgenklinik med högspecialiserad diagnostik inom många områden. Forskning i samarbete med Karolinska Institutet är en naturlig del av verksamheten.

Kliniken består idag av cirka 250 medarbetare, varav närmare 70 läkare och 90 röntgensjuksköterskor. Vi söker nu en verksamhetschef som med tydlighet och entusiasm vill vidareutveckla och leda kliniken.

Information om tjänsten lämnas av Divisionschef Monika Samuelsson, 08-517 760 74

Refnr K-13-81445

Välkommen med din ansökan senast 2013-08-25

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

För mer information, se www.karolinska.se/jobb

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Region Skåne söker:

Överläkare/Bitr. Överläkare/ Specialistläkare

till Minnesklinen i Malmö och Lund

Minneskliniken är en specialistklinik som erbjuder utredning och behandling av minnesstörningar och misstänkta demenstillstånd hos såväl äldre som yngre personer. Kliniken har en väl utbyggd öppenvård som omfattar såväl mottagningsverksamhet som mobila öppenvårdsteam. Till kliniken hör också ett regionalt kunskapscentrum inom demensområdet samt en enhet för kliniska läkemedelsprövningar. Vid kliniken bedrivs forskning och undervisning inom demensområdet. Forskningen har en stark klinisk anknytning och genomsyrar hela verksamheten. Vi arbetar i nära samarbete med primärvård, kommun och övriga specialistkliniker vid Skånes universitetssjukhus.

När vi nu expanderar vår öppenvård söker vi fyra nya medarbetare. Ett omväxlande spännande och utmanande arbete garanteras med goda möjligheter till utveckling inom området. Du kommer att arbeta i vår öppenvård med utredning, diagnostisering och behandling av demenssjukdomar.

Vi söker dig med svensk legitimation med specialistkompetens i psykiatri, neurologi eller geriatrik, med även andra specialister med likvärdig kompetens såsom allmänmedicin och rehabiliteringsmedicin kan komma i fråga. Vi premierar personer med intresse för området, med hög medicinsk kompetens och som trivs med att samverka med kollegor och övriga yrkeskategorier. Du har en positiv attityd, förmåga att se utvecklingsområden och vill utveckla demensvården tillsammans med oss.

Stor vikt kommer att läggas vid personlig lämplighet.

Kontaktpersoner:
Klinikchef Åsa Wallin 040-33 55 19
Enhetschef Susanne Hellström 040-33 55 33
Facklig företrädare MLF Eva Bergström Mandl 040-33 55 60

Sista ansökningsdatum: 2013-08-25
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.

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

SLUTA-RÖKA-LINJEN



RING 020-84 00 00
www.slutarokalinjen.org



GRÄSET ÄR GRÖNAST I SÖRMLAND

ST-läkare/ vik. underläkare

Onkologkliniken Sörmland

Onkologkliniken Sörmland söker ST-läkare för specialistutbildning i onkologi alt. vik underläkare.

Mer information finner Du på landstinget Sörmlands hemsida www.landstingetsormland.se/jobb eller direkt från verksamhetschefen docent Pehr Lind 016-10 30 00 e-post: pehr.lind@dll.se

Facklig företrädare läkarförbundet: Charlotte Mörth 016-10 30 00 e-post: charlotte.morth@dll.se

Välkommen med Din ansökan senast 2013-09-05

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



Landstinget i Östergötland

Verksamhetschef

till Clinicum: vårt utbildnings- och simuleringscentra

Vi söker dig som vill leda och tillsammans med övriga medarbetare utveckla och upprätthålla kvalitet i vår verksamhet. Tjänsten är en kombinationstjänst där du delar verksamhetschefsuppdraget med att arbeta kliniskt inom en akutspecialitet

Sista ansökningsdag är den 1 september 2013.

Läs mer och ansök via www.lio.se/jobb

www.lio.se

Landstinget i Östergötland

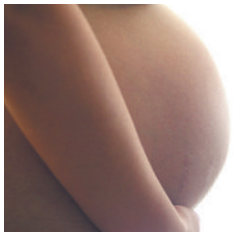
Vår vision
- Patienten alltid först

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Nordens största universitetssjukhus där vård, forskning och utbildning är viktiga delar i arbetet för att förlänga och förbättra människors liv. Av Karolinska Institutets forskning och utbildning sker 2/3 i sjukhusets verksamhet. Karolinska Universitetssjukhuset omsätter 15 miljarder och har 15.000 medarbetare. Verksamheten finns på ett flertal platser i Stockholmsregionen främst i Huddinge och Solna.

Kvinnokliniken rekryterar för framtidens Nya Karolinska!







Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Nordens största sjukhus och tillsammans med Karolinska Institutet leder vi den medicinska utvecklingen i Sverige.

Här har vi stora möjligheter att utveckla framtidens kvinnosjukvård i en ledande internationell universitetsmiljö.

För att möta framtiden behöver vi rekrytera motiverade, nyfikna och flexibla medarbetare som är redo att bli en i teamet!

Verksamheten har ett specialiserat och ett högspecialiserat uppdrag, där medarbetare med inriktning mot avancerad reproduktionsmedicin, tumörkirurgi och gynekologiskt ultraljud har goda möjligheter att vidareutbilda sig inom dessa verksamheter.

Vi söker nu specialister i Obstetrik och Gynekologi och ST-läkare för placering i Solna och Huddinge.

Refnr: K-13-60953

Välkommen med din ansökan senast 2013-08-31

För mer information, se www.karolinska.se/jobb

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

VI ÄR EN DEL AV STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Redo för ett nordiskt nätverk?

Söker du ett nytt steg i karriären – i Sverige eller Norge? Med mer än 20 år i branschen är Läkarjouren ett av Sveriges mest erfarna bemanningsföretag inom vården. I Norge har vi bemannat sjukvården sedan 1991 via vårt systerbolag Narco Polo.

Välkommen att besöka

lakarjouren.se eller

för aktuella tjänster! **narcopolo.no**

Läkarjouren

Narco Polo
EN DEL AV LÄKARJOUREN AB

Vi bemannar hela Sveriges och Norges sjukvård!

Kvarters Akuten
Tegnérgatan

Vi söker ST-läkare i allmänmedicin till Kvartersakuten Tegnérgatan

Vi är en välateblerad husläkarmottagning i centrala Stockholm med cirka 11000 listade patienter. Mottagningen har 17 anställda varav 4 husläkare och 2 ST-läkare i allmänmedicin. Vi bedriver husläkarverksamhet med hemsjukvård samt har en Barnavårdscentral med 800 barn. Vi söker nu ytterligare en ST-läkare.

För mer information kontakta både Verksamhetschef Ulla Grane ulla.grane@hlmtegner.nu och Personalansvarig Per Nilsson per.nilsson@hlmtegner.nu.

Landstinget
DALARNA

VC Gagnef

söker

1 Forsknings ST-läkartjänst i allmänmedicin

Verksamhetschef Ulf Börjesson 070-621 13 15
Distriktsläkare, Med. dr. Björn Ställberg 070-314 99 44
Distriktsläkare, Med. dr. Karin Lisspers 070-352 42 71

Sista ansökningsdag 2013-08-15
Läs mer och sök via www.offentligajobb.se

Haukeland universitetssjukehus i Norge har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kvart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet.

Psykiatrisk klinikk, Avdeling stemning søkjer:

Overlege, spesialist i psykiatri

Avdeling for stemningslidingar står for utgreiing, diagnostisering, behandling og pleie til pasientar med stemningslidingar. Målgruppa er pasientar med alvorleg depresjon, bipolare lidingar, angsttilstandar, affektive psykosar, blandingstilstandar og andre uavklarte tilstandar.

Vi har ledig ei 100% fast stilling for psykiater, Nr.ID 5407.
Referansenummer: 1806239870

Psykiatrisk klinikk, Avd. psykose søkjer:

Overlege i psykiatri

Avdeling for psykoselidingar består av fire seksjonar som driv spesialisert utgreiing og behandling av pasientar med ulike psykoselidingar. Pasientane vert normalt overført frå Psykiatrisk akuttmottak. Etter avslutta opphald i avdelinga vert dei anten utskrivne eller overførte til eit distrikstpsykiatrisk senter.

Vi har ei ledig stilling som overlege, spesialist i psykiatri Nr.id 5406 for snarleg tilsetjing. Referansenummer: 1806217551

Kontakt: Ass. klinikkdirektør Trine Christensen 47 55 95 84 85/96
Søknadsfrist: 25.08.2013
For å lese meir og å søkje på stillinga: www.helse-bergen.no

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus eies av Helse Vest, og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7300 ansatte er vi en av regionens største virksomheter. Foretaket har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal fremme helse og livskvalitet.

Divisjon for medisinsk service, Avdeling for patologi søker:

Overlege Ref.nr: 1847992297

Avdelingen har serviceoppgaver for hele Sør-Rogaland. Det diagnostiske materialet er variert. Årlig besvares ca. 27.000 biopsier og ca. 35.000 cytologiske preparater inklusive preparater fra punksjonscytologisk diagnostikk. Det utføres ca. 400 obduksjoner årlig hvorav ca. 150 er rettsmedisinske. Avdelingen gjør frysesnittundersøkelser, immunhistokjemi, punksjonscytologi og kvantitativ og molekylær patologi. Avdelingen disponerer en molekylærbiologisk enhet i samarbeid med Klinikk for blod- og kreftsykdommer.
Det legges stor vekt på forskning og utvikling i tett samarbeid med lokale, nasjonale og internasjonale miljøer.

Kvalifikasjoner

- Arbeidserfaring som patolog (med vekt på relevant praksis)
- Vitenskapelig produksjon
- Undervisningserfaring
- Administrativ kompetanse samt tillitsverv

Kontaktpersoner:
Avdelingsoverlege Kjell H Kjellevold tlf. (+47) 51 51 93 53 / 901 32 227
Sek.overlege Susanne Buhr-Wildhagen tlf. (+47) 51 51 95 35 / 466 95 991

Søknadsfrist: 02.09.2013
For å lese mer og å søke på stillingen: www.helse-stavanger.no

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

ÖREBRO LÄNS LANDSTING

USÖ - Det personliga universitetssjukhuset



Överläkare/specialistläkare i klinisk kemi

Läs mer på www.orebroll.se/uso/jobb

Sista ansökningsdag 4 september 2013

Universitetssjukhuset Örebro
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

www.slso.sll.se

Forums vårdcentral söker

Distriktsläkare/ geriatriker

En av våra distriktsläkare går nu i pension och vi söker hennes efterträdare.

Vi tycker att det är stimulerande att arbeta på en vårdcentral med ambitionerna att växa och utvecklas i samarbete med andra vårdgivare i vårt närområde.

Du kommer att få deltaga i regelbundna läkarmöten och vi sätter stort värde på möjligheterna till utbildning och att arbeta med frihet under ansvar. Vi har en halv dags administration/vecka.

Våra lokaler är belägna i det ljusa och intressanta Nacka Forum med utmärkta kommunikationer. Nacka Forum är ett centrum med stort affärsutbud.

Vi har också ansvaret för en Närakut som drivs tillsammans med andra vårdcentraler i våra lokaler. Denna ger också möjligheten till goda extrainkomster till intresserade läkare. Vi blir väldigt glada att få välkomna dig på ett besök för vidare diskussioner inför en ev. anställning.

Information
Vill du höra mer om vår verksamhet är du välkommen att kontakta verksamhetschef Melitza Lindström tel 08-718 7054 eller Medicinskt ansvarig läkare Monika Kancans tel 070-165 52 23

Facklig företrädare: SLSO Läkarförening Cecilia Palm tel 070-8295622

Välkommen med din ansökan via www.jobb.sll.se/slso refnr SLSO-13-52108
eller maila melitza.lindstrom@sll.se.

Vi undanber oss telefonsamtal från annonsförsäljare och rekryteringsföretag.

Forums vårdcentral
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Region Skåne söker:

Överläkare
Region Skånes prehospitala enhet
Koncernkontoret
Lund

Specialistläkare
Ögonkliniken
Skånes universitetssjukhus
Lund och Malmö

Specialistläkare allmänmedicin
Vårdcentralen i Arlöv
Primärvården Skåne
Arlöv

AKC-koordinator/ Forskningscoach
Centrum för Primärvårdsforskning
Primärvården Skåne
Skåne



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

Region Skåne ska främja god hälsa och vi ansvarar för att det finns bra sjukvård och kollektivtrafik för alla invånare 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 38 miljarder kronor (2013). Högsta beslutande organ är regionfullmäktige som väljs av invånarna i Skåne.

ÖREBRO LÄNS LANDSTING

USÖ - Det personliga universitetssjukhuset



Verksamhetschef
till Reumatologiska kliniken

Läs mer på www.orebroll.se/uso/jobb

Sista ansökningsdag 25 augusti 2013

Universitetssjukhuset Örebro
ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Vi söker nya medarbetare

Närhälsan

Distriktsläkare

Närhälsan Dalaberg vårdcentral, Uddevalla

Tillsvidare. Heltid. Tillträden snarast eller enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2601

Upplysningar: Barbro Rönnberg, tfn 0702-39 57 59.

Sista ansökningsdag: 2013-08-29.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Lasarettet i Enköping

Sektionschef kardiologi

Är du kardiolog och bra på att inspirera och leda dina medarbetare? Vill du vara med och utveckla våra patientprocesser och flöden, i kombination med kliniskt arbete?

Då har vi en spännande tjänst för dig på Medicinskt centrum. Ansök senast den 25 augusti.

Läs mer och ansök på www.lul.se/lasarettetenkoping

Landstinget i Uppsala län

KVINNOKLINIKEN, HALLANDS SJUKHUS SÖKER

Specialist/Överläkare i gynekologi/obstetrik

Ref nr 59/13

Kvinnokliniken i Halland består av enheterna i Halmstad och Varberg som båda erbjuder ett brett spektrum av gynekologiska verksamhetsområden. Förlossningsverksamheten bedrivs på båda ställen med tillsammans drygt 3600 förlossningar/år. Neonatalavdelning finns i Halmstad och prematura förlossningar styrs till Halmstad. Den kirurgiska verksamheten är regionövergripande och teambaserad. Robotkirurgin är nu mycket väl etablerad både i Varberg och Halmstad. Mödravården drivs i tätt samarbete med kliniken och all läkarbemanning utgår från Kvinnokliniken.

För att på lång sikt kunna säkerställa den positiva utvecklingen av Kvinnokliniken i Varberg och Halmstad vid Hallands Sjukhus, söker vi nu specialister inom gynekologi/obstetrik.

Vi kan erbjuda mycket goda utvecklingsmöjligheter och arbete i en positiv arbetsmiljö där hänsyn tas till Dina särskilda intressen inom professionen – oavsett om du är kirurgiskt/onkologiskt inriktad gynekolog eller obstetriskt inriktad. Även vikariat för att lära känna vår verksamhet är av stort intresse!

Du är mycket välkommen att höra av dig med frågor till verksamhetschef Bengt Karlsson tfn 070-942 92 72, e-post: bengt.k.karlsson@regionhalland.se.

Facklig företrädare: Per Meijer, tfn 035-14 77 47, 070-337 70 22.

Välkommen med din ansökan **senast den 15 september 2013** via vår hemsida **www.regionhalland.se/jobb**.

Region Halland
Hallands sjukhus

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

Kirurgisk seksjon, UNN Narvik

Overlege, generell kirurgi

100 % vikariat fra 16.09.2013 til 15.09.2014. Mulighet for fast stilling etter vikariatperioden.

Seksjonen har 5 overlegestillinger og 3 LIS-legestillinger.

UNN Narvik er et fullverdig akuttsykehus for befolkningen i Ofoten. Arbeidsoppgavene strekker seg fra traumeledelse til elektiv kirurgi og veiledning av yngre kollegaer.
Overlegene går 5-delt vakt.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Kirurgisk seksjon UNN Narvik Merethe Holm Kumle, tlf. +47 481 14 628 eller seksjonsoverlege Kirurgisk seksjon UNN Narvik Anne Marthe Foshaug Jenssen, tlf. + 47 76 92 65 89.

Søknadsfrist: Snarest!

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

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Förenade Care ASIH Byle Gård söker

Överläkare

Till ett spännande och fritt arbete i välfungerande ASIH team och till vår vårdavdelning för palliativ vård

Vi har lång erfarenhet av palliativ vård och avancerad hemsjukvård i norra Stockholm och söker nu en specialist/överläkare som vill vara med och utveckla den framtida vården inom detta område.

Förenade Care driver sedan 12 år tillbaka palliativ vård och avancerad hemsjukvård i nordöstra Stockholm, vilket innefattar Täby, Vallentuna, Österåker, Vaxholm och Danderyds kommuner samt Lidingö, Solna och innerstaden.

Enheten består av en vårdavdelning Byle Gård i Täby Kyrkby med specialiserad palliativ slutenvård och fyra ASIH team utgående från lokaler i Täby och Lidingö. I verksamheten arbetar idag 6 läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin, anestesiologi, internmedicin och onkologi.

Vi söker dig som är specialist inom allmänmedicin, geriatrik, medicin, kirurgi, anestesi, onkologi eller annan lämplig specialitet. (Diplomering i palliativ medicin är meriterande men inte ett krav). Du är genuint intresserad av människor och palliativ vård, gillar ett flexibelt arbete och att jobba i team. Tjänsten innefattar jourtjänstgöring med beredskap i hemmet. Sysselsättningsgrad kan diskuteras.

Kontaktpersoner och dit ansökan kan mailas:
T.f. Verksamhetschef Carina Filipsson, tel 0733-581692
carina.filipsson@forenadecare.com
Medicinskt ansvarig läkare Henrik Habermann, tel 0739-015525
henrikh.bylegard@forenadecare.com

Eller per post till:
T.f. Verksamhetschef Carina Filipsson
Förenade Care AB, ASIH Byle Gård
Tumstocksvägen 9B
187 66 Täby

Sista ansökningsdag: 9 september

Förenade Care
www.forenadecare.com
Omtanke-Vänlighet-Service

Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus söker:

Seksjonsleder till Oslo

Läs mer på legestillinger.no



Vi söker nya medarbetare

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Specialistläkare inom barn- och ungdomsmedicin

Barnmedicinsk akutsjukvård, Barnmedicin, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

Tillsvidare. Heltid/deltid enligt överenskommelse. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2602

Upplysningar: Verksamhetschef Ralph Bågenholm, tfn 031-343 43 91.

Sista ansökningsdag: 2013-09-01.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Överläkare/specialistläkare

Kirurgklinik

Tillsvidare. Heltid. Tillträde enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2517

Upplysningar: Verksamhetschef Hans Boman, tfn 033-6161551. Sektionschef Magnus Joelsson, tfn 033-6161000 (vxl).

Sista ansökningsdag: 2013-08-28.

Specialistläkare/Överläkare i Reumatologi samt ST-läkarei Reumatologi

Medicin- och onkologkliniken

Tillsvidare. Heltid. Tillträde snarast enligt överenskommelse.

Ref.nr: 2013/2530

Upplysningar: Verksamhetschef Ulrika Tägnfors, tfn 033-616 10 22. Sektionsansvarig överläkare i reumatologi: Martin Hedberg, tfn 033-616 15 84. Läkarchef för underläkare: Måns Thörnqvist, tfn 033-616 47 28.

Sista ansökningsdag: 2013-08-25.

www.vgregion.se/jobb

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Läkarkarriär.se

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Bildediagnostisk avdeling

Overlege i barneradiologi

Les mer om stillingen på www.ahus.no

frantz.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

Landstinget i Uppsala län

Vi söker en chefsläkare

till vår nya förvaltning Hälsa och habilitering

Läs mer och ansök på www.lul.se/hohjobb. Vid frågor, kontakta förvaltningschef Lena Dahlman, 018-611 88 48.

UPPSALA UNIVERSITET

Uppsala universitet är ett internationellt forskningsuniversitet med vetenskapens och utbildningens utveckling i fokus. Uppsala universitet har 40 000 studenter, 6 000 anställda och en omsättning på 5 500 Mkr.

Sex anställningar som forskarassistent

vid Vetenskapsområdet för medicin och farmaci.

Upplysningar lämnas av dekanus Stellan Sandler, Medicinska fakulteten, e-post dekan@medfak.uu.se eller dekanus Göran Alderborn, Farmaceutiska fakulteten, e-post dekan@farmfak.uu.se

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

Välkommen med din ansökan senast den 30 augusti 2013, UFV-PA 2013/1780.

www.uu.se

Hör du
då igt är du
inte e sam

hrf.

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

Akershus universitetssykehus

UNIVERSITETET I OSLO

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelse- tjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

Bildediagnostisk avdeling

Overleger

Ønsker du god faglig utvikling i et høyteknologisk sykehus?

2 x 100% faste stillinger ledig fra 01.01.2014

Sykehuset ligger til i landlige omgivelser, med gode rekreasjonsmuligheter, og et rikelig kulturtilbud, like i nærheten av Oslo. Det er gode kollektiv forbindelser.

Ahus er et universitetssykehus og har gruppe 1-status i bildediagnostikk.

Vi søker primært radiologer med bred generell erfaring og gjerne spesialkompetanse innen ett av fagområdene. For disse stillingene er det ikke pliktig deltagelse i avdelingens vaktordning, men ev. frivillig deltagelse kan avtales nærmere.

Kontaktinformasjon: Petter Hurlen, avdelingssjef, tlf. +47 930 99 998 eller Ragnvald Grotli, seksjonsleder generell radiologi, tlf. +47 993 50 104

Referansenr.: 1786383750

Søknadsfrist: 1. september 2013

Les mer om stillingene på www.ahus.no

frantz.no

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

NEUROLOGISKT HANDIKAPPADES RIKSFÖRBUND

Forskningsanslag NHR-fonden

NHR-fonden, utannonserar härmed årets anslag. Fonden skall stödja medicinskt forsknings- och utvecklingsarbete om neurologiska sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar. Fonden skall också stödja socialt och beteendevetenskapligt forsknings- och utvecklingsarbete inom området. Klinisk anpassad forskning som direkt kommer våra medlemmar till gagn prioriteras.

Anslag skall i första hand utgå till projekt som ej kan få stöd genom forskningsråden eller specialdestinerade fonder. Beviljade anslag utgår i regel för ett år i taget och högst tre gånger för samma projekt. Redovisning av tidigare anslag är ett krav för beviljande av nytt anslag ur fonden.

Anslaget belopp för 2012 är ca 4,5 miljoner kronor. Ansökan ska ske på särskild blankett via hemsidan www.nhr.se En originalansökan med underskrift och 8 kopior skickas eller lämnas på NHR:s förbundskansli senast 1 oktober 2013.

De bestämmelser som gäller för utdelande av medel ur NHR-fonden kan laddas ner via hemsidan www.nhr.se

Neurologiskt Handikappades Riksförbund (NHR)
Box 49084, 100 28 Stockholm
Besöksadress: St Eriksgatan 44. Tel:08-677 70 10

Ögonläkare

Vi söker specialistläkare till våra ögonmottagningar på Sophiahemmet och vid Vällingby Centrum. Kontakta oss för information:
bo.philipson@stockholmsogonklinik.se
hans.setterquist@stockholmsogonklinik.se
ann.osterman@vallingbyogon.se

Läkarkarriär.se

Ersta diakoni

Överläkare

Psykiatriska kliniken
Ersta sjukhus, Stockholm

För mer information om tjänsten kontakta
Alexander.Wilczek@erstadiakoni.se
Verksamhetschef 076 720 8546
Birgit.Ekholm@erstadiakoni.se
Bitr. verksamhetschef 076 720 8551
http://erstadiakoni.se/sv/Om/jobb/Additro-Rekrytering/

Varje dag
får två barn
i Sverige
diabetes typ 1

Stöd forskningen
PG 90 09 01-0

Diabetesfonden
Stiftelsen Svenska Diabetesförbundets Forskningsfond
www.diabetesfonden.se

ÖREBRO LÄNS LANDSTING



Psykiatrisk rehabilitering
och rättspsykiatri söker

Överläkare i psykiatri

Läs mer på www.orebroll.se/jobb

Psykiatrin
ÖREBRO LÄNS LANDSTING

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

Allmennpsykiatrisk klinikk

Overlege - Spesialist i psykiatri

100 % fast stilling.

UNN Narvik satser friskt og nå søker vi ny kollega som ønsker å være med på videreutviklingen av et moderne og nytenkende lokalsykehus som del av Allmennpsykiatrisk klinikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik.

VOP er en enhet ved DPS-Ofoten. Senteret er langt fremme med tanke på bruk av teknologiske løsninger i forhold til utredning, behandling og samhandling.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Tore Johan Erland Opdahl, tlf. 76 96 86 29 eller overlege Lage Elmin, tlf. 76 96 86 08.

Søknadsfrist: Snarest!

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

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

JOKKMOKKS VÄLBEMANNADE HÄLSOCENTRAL UTLYSER



3 ST-block med glesbygds-medicinsk inriktning

Läs mer på:
www.nll.se/jobb

HÄLSOCENTRALERNA
NORRBOTTENS
LÄNS LANDSTING

www.plangrip.se

DEN HÄR TIDSKRIFTEN ÄR TS-KONTROLLERAD
Annonsera i TS-kontrollerade tidskrifter så du vet vad du får för pengarna.

TS
Tidningsstatistik AB Tel. 08-507 424 00

Lasarettet i Enköping

Sektionschef akutsjukvård

Är du akutläkare och vill vara med och bygga upp vårt akutläkarsystem? Vill du arbeta med utveckling och arbetsledning, i kombination med kliniskt arbete?

Då har vi på Akutmottagningen en tjänst för dig. Sista ansökningsdag är den 25 augusti.

Läs mer och ansök på www.lul.se/lasarettetenkoping

Landstinget i Uppsala län

www.slso.sll.se

Axelsbergs vårdcentral söker

Distriktsläkare

Då en av våra kollegor går vidare mot nya utmaningar söker vi nu hans efterträdare.

Du är välkommen att kontakta:
Bitr verksamhetschef Helen Elm, tel 08-578 386 64,
distriktsläkare Pia Cederqvist, tel 08-578 386 50 eller
verksamhetschef Henry Säfström, tel 08-578 386 55.

Representant för SLSOs Läkarförening,
Suzana Turkalj Pavlakovic, tel 073-923 48 20.

För ytterligare information och ansökan:
www.jobb.sll.se/slso-13-52139

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Capio Vårdcentral

Capio Vårdcentral Högdalen söker

specialist i allmänmedicin.

– Vill du bli en del av vårt team?

Vi är en stabil och välfungerande vårdcentral som samarbetar väl och alltid stöttar varandra.

- Utmärkta kommunikationer.
- Journalprogram: Profdoc
- Vi har ingen jourverksamhet.

Läs mer på **www.capio.se**
– Välj Capio Vårdcentral Högdalen och klicka på ”*Arbeta hos oss*”
Ansökningstiden går ut: 2013-08-31

Bemanningsföretag undanbedes!

Kontaktperson:
Verksamhetschef Heléne Janarv
E-mail: Helene.janav@capio.se
Telefon: 0703-59 50 57

Edwin Jordans Stiftelse för Oftalmologisk forskning

Edwin Jordans Stiftelse för Oftalmologisk forskning instiftades 1982 genom testamente efter direktör Edwin Jordan. Fonden skall genom anslag främja vetenskaplig forskning rörande ögonsjukdomen åldersrelaterad makuladegeneration samt stödja utveckling av nya behandlingsmetoder och framtagande av optiska eller andra hjälpmedel för denna typ av sjukdom.

Ansökningarna till Stiftelsen bedöms av dess styrelse: professor Peep Algvere, professor Anders Kvanta samt bankjurist Ann-Catherine Sandell. Den ekonomiska förvaltningen handhas av SEB Kapitalförvaltning.

Ansökningarna skall vara Stiftelsen tillhanda **senast den 30 september 2013**.

Fonden kommer att utdela årets anslag den 5 november 2013 på S:t Eriks Ögonsjukhus, Stockholm.

Ansökningsförfarande: Anvisningar för sökande samt ansökningsblanketter kan rekvireras från Edwin Jordans Stiftelse för Oftalmologisk forskning, c/o SEB Stiftelser, 106 40 Stockholm, telefon 08-763 72 20.

SEB

Ögonfonden
SYNFRÄMJANDE FORSKNING

90 konto Svensk Insamlingskontroll

Stöd ögonforskningen
PG 90 07 22 - 0 BG 890 - 7610
www.ögonfonden.se

Ultraljud för hjärta
Säljer Accuson CV70
Pris 90 000 kr
070 680 22 09

Stöd
Demensfonden
Pg 90 08 58 - 2

Previa söker
Leg läkare/Företagsläkare till Borås, Gävle, Jönköping, Kalmar/Oskarshamn, Ringhals, Uppsala och Växjö
Läs mer på www.previa.se
Previa

Patienten alltid först

ÖVERLÄKARE/
SPECIALISTLÄKARE
till Patologen

För närmare information kontakta områdeschef Margareta Blåsjö, tel. 08-585 819 90.

Refnr K-13-50799

Välkommen med din ansökan senast 2013-08-31.

KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

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

Vestre Viken HF har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 450 000 mennesker i 26 kommuner.

Seksjonsoverlege

Akuttmottak, Drammen sykehus

Referansenr. 1827395821 **Søknadsfrist: 21.08.2013**

Vil du være med å utvikle fremtidens akuttmottak?

Akuttmottaket ved Drammen Sykehus er i en spennende utvikling med etablering av en ny akuttpost og akuttrøntgen (CT, rtg, og ultralyd) i mottaket det kommende året.

Vi søker deg som er spesialist i "akutsjukvård" med indremedisin som basisspesialitet til en nyopprettet stilling som seksjonsoverlege ved avdeling for Ortopedi og Akuttmottak ved Drammen sykehus med 40 % bistilling som overlege ved medisinsk avdeling. Stillingen er uten vaktbelastning, og hovedoppgavene er knyttet til å utvikle akuttmottaket i samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere. Bistillingen som overlege ved medisinsk avdeling vil innebære direkte kurativt pasientarbeid i form av en akutt medisinsk poliklinikk tilsvarende 40 %.

Kontaktinfo: Avd. sjef Lukas Månsson, tlf. +47 413 64 591.

frantz.no

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no

VESTRE VIKEN

Etableringar och överlåtelser

Vårdfastighet Ystad

Byggd för företagshälsovård 1980, 350 m².
Idag allmänläkarmott.
Lämplig för 3–6 läkare, sjukgymnaster, tandläkare eller för annan vårdverksamhet. Ledig från våren 2014 – eventuellt tidigare. Säljes alternativt uthyres.
Kontakta Dr Håkan Weberup 0411-600 13, 0701-75 78 48 eller *hweberup@gmail.com*.

Kirurgmottagning överlåtes

Söker du nya utmaningar och är intresserad av att arbeta i privat regi?

Väletablerad kirurgmottagning i Praktikertjänst med inriktning på hudkirurgi, proktologi och laserkirurgi överlåtes i samband med pension.

Vi söker dig som är kirurg och/eller urolog, gärna med HBT-kompetens. Verksamheten bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning. Tillträde 1 oktober 2013.

Intresserad? Kontakta
Dr Evert Sundien, 08-33 20 06 alt. 070-660 42 69 eller Praktikertjänst, Boel Stenberg, 08-789 38 08.

Ansökan skickas till Stockholms läns landsting, ARV-gruppen, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Box 6909, 102 39 Stockholm.

Detaljerad annons med DNR 1302-0233 finns på www.uppdragsguiden.sll.se/etablering, under Ansökningsinbjudan.

Praktikertjänst **www.praktikertjanst.se**

Läkarkarriär.se

Välkommen till Läkarkarriär – Sveriges nya jobbsajt för lediga läkartjänster!

Läkarkarriär.se är Läkartidningens nya sajt för dig som söker nytt jobb. Med över 150 lediga tjänster är det Sveriges största jobbsajt för läkare.

Förutom alla lediga tjänster som utannonseras i Läkartidningen finns här artiklar, arbetsplatsprofiler och länkar med relevant innehåll.



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

Läkarkarriär.se

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



Sipan Ardil, Per Näverskog och Paul Saliba fick ta emot studenternas pris vid en ceremoni den 11 juni.

Prisbelönt handledning på Södersjukhuset

Studenterna på kursen i klinisk medicin vårterminen 2012/höstterminen 2012 på Södersjukhuset i Stockholm har utsett **Sipan Ardil**, **Per Näverskog** och **Paul Saliba** till bästa kliniska handledare.

De får priset för sitt stora engagemang i den kliniska handledningen av läkarstudenter. Priset delades ut vid en ceremoni på Södersjukhuset 11 juni. Kursen i klinisk medicin, inriktning medicin, är den längsta kursen under hela läkarutbildningen på Karolinska institutet och omfattar större delen av två terminer. ■

Hideki Yokoyama utsedd till årets patolog



Hideki Yokoyama

Hideki Yokoyama, överläkare vid Hallands sjukhus, Halmstad, har utsetts till »årets patolog« av Riksföreningen för patologi. Utmärkelsen delades ut i samband med vårmötet som hölls 15–17 maj i Stockholm.

Motiveringen lyder: »Hideki Yokoyama delar gärna med sig av sin erfarenhet och kunskap och ställer alltid upp för alla yrkeskategorier. Han är mycket intresserad av att driva internutbildning av biomedicinska analytiker. Han jobbar intensivt och har alltid patienten i fokus. Han är yrkesmässigt mycket seriös men har samtidigt ett muntert och lättsamt sätt där han skojar och lättar upp stämningen.« ■

Nya docenter i Lund

Vid Lunds universitet har som docenter antagits **Karin Knobe** i koagulationsmedicin, **Karsten Ruscher** i experimentell hjärnforskning, **Annette W-Dahl** i experimentell ortopedi och **Marlene Wullt** i infektionssjukdomar. ■

På nya jobb

David Fagerberg, **Oskar Larsson**, **Caroline Burman**, **Gabriel Heidari Olofsson** och **Maria Sundström** har anställts som ST-läkare i akutsjukvård vid Länssjukhuset Sundsvall–Härnösand.

Vid Blekingesjukhuset har följande personer erhållit AT-förordnanden: **Afraa Alkhaleel**, **Fridolf Karlin**, **Andreas Borsiin**, **Martin Ljunggren**, **Andrey Grigoriyants**, **Mårten Larsson**, **Mahmood Ahmadi**, **Mahboobah Ahmadi**, **Kerstin Nordbeck**, **David Kristiansen**, **Hussam Al-Faisali** och **Klas Agerberg**. ■

KALENDARIUM

Whiplashkonferens i Umeå, torsdagen den 26 september, kl 08.00–16.00, Fullmäktigesalen, Landstingshuset, Köksvägen 11, Umeå
Konferensen riktar sig till personer inom primärvården och slutenvården, politiker, medlemmar i Personskadeförbundet RTP och övriga intresserade
Föreläsare med ledande kompetens kommer att medverka under dagen
Ur programmet:
- Vad är whiplashskada?
- Neurofysiologi
- Bettfysiologi
- Åtgärder/behandlingssätt samt intyg

Deltagaravgiften är 195 kr
Anmälan görs via bankgiro 176-2756 (ange namn och adress)
För ytterligare information och fullständigt program, se ‹www.rtp.se/ornskoldsvik› eller ring Stig Lundgren, tel 090-312 01
Sista anmälningsdag är den 12 september

Röda Korsets Center för torterade flyktingar, föreläsning om hur flyktingföräldrars PTSD påverkar deras barn, torsdagen den 26 september, kl 13.30–16.00, Hornsgatan 54, Stockholm
Ärvs trauma? *Elisa van Ee* talar om hur andragenerationstraumatisering uppkommer. *Atia Daud*, som disputerat på symtom hos barn med torterade föräldrar, berättar om sitt kliniska forskningsprojekt om barn–föräldrarelationen
Anmälan görs senast den 16 september per e-post: frida.johansson.metso@redcross.se
Läs mer om föreläsningsserien på ‹www.redcross.se/rkcstockholm›

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›

Lära lärarna – hur man praktiskt lär ut kliniska färdigheter, kurs 16–17 oktober, Practicum, Skånes universitetssjukhus, Lund
Kursen arrangeras i samarbete med Patientförsäkringen LÖF och riktar sig till läkare och sjuksköterskor som undervisar och handleder under grund- och specialistutbildningar för läkare och sjuksköterskor eller är instruktörer vid praktiska kurser
Kursavgiften är 8 000 kr (exkl moms)
Anmälan görs per e-post: annette.kall@skane.se eller tel 046-17 14 94. Sista anmälningsdag är den 13 september
För ytterligare information, kontakta e-post: anders.bergenfelz@med.lu.se

Svenskt smärtforum 2013, 24–25 oktober, Linköping
Ur programmet:
- Hjärnans aktivering vid smärta
- Kan smärtskattning i sluten vård förbättras?
- Biomarkör vid smärta – en möjlighet?
- Hur kan man optimera innehållet i multimodal rehabilitering?
- Forskning pågår: Presentation av nya avhandlingar

För mer information, se ‹www.smartinformation.se›

SKICKA IN BIDRAG

Vi välkomnar bidrag till »Nytt om namn«. Skriv och berätta om personer på nya jobb eller uppdrag, vilka som fått utmärkelser, stipendier eller forskaranslag.

Får jag vara föräldraledig?

Läkarförbundet ger svar på några vanliga frågor inför din föräldraledighet.

Får jag vara föräldraledig?

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

Det finns olika typer av föräldraledighet. Till exempel hel föräldraledighet med eller utan föräldrapenning tills barnet är 18 månader, mammaledighet i samband med barnets födelse, delledighet tills barnet är 8 år och tillfällig föräldrapenning vid sjukdom. Det är också möjligt för båda föräldrarna att vara hemma med föräldrapenning samtidigt och att få skattereduktion när föräldrapenningen fördelas lika. Försäkringskassan ger information om föräldrapenning och om jämställdhetsbonus.

Om du omfattas av kollektivavtal i din anställning kan du få bättre villkor under ledigheten. Läkarförbundet har förhandlat fram kollektivavtal både på statlig, kommunal och privat sektor som ger bättre villkor vid föräldraledighet. Kontakta medlemsrådgivningen eller besök vår hemsida för mer information.



Frågor kring föräldraledighet

- Kontakta vår medlemsrådgivning:
  medlemsradgivningen@slf.se
  Tel: 08-790 35 10
  Öppentid till och med v. 32
  må-fre 9-12
- Din lokala läkarförening kan ha lokala avtal med bättre villkor för jourbefrielse för gravida. Kontakt:
  lakarforbundet.se/lokalforeningar



Hur långt i förväg ska jag anmäla att jag vill vara ledig?

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

När kan jag börja ta ut ledigheten?

Om du är gravid kan du börja ta ut ledighet med föräldrapenning från och med 60:e dagen före beräknad förlossning. Då kan du också ansöka om graviditetspenning hos Försäkringskassan om arbetet är för tungt.

Kan jag avbryta min föräldraledighet?

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

Tjänar jag in semester när jag är föräldraledig?

120 dagar av föräldraledigheten är semesterlönegrundande eller 180 dagar om du har ensam vårdnad om barnet.

Kan jag slippa gå jour när jag är gravid?

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

Ska min löneutveckling påverkas av att jag är föräldraledig?

Huvudregeln är att föräldralediga ska lönesättas som om du vore i tjänst. I föräldraledighetslagen finns ett förbud mot missgynnande. Det gäller bland annat när en arbetsgivare tillämpar löne- eller andra anställningsvillkor.

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

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

En hälsning från...



Semestra i Läkarförbundets egna fritidshus och gästrum

Som medlem i Sveriges läkarförbund har du möjlighet att hyra förbundets **fritidshus, lägenheter och gästrum**. Både under resor i tjänsten, men även med familjen på semester. Oavsett vilken resa du planerar. Shopping i Stockholm med kompisarna. Januari-skidåkning med barnen i Duved. En härlig golfvecka med väninnorna till Skanör eller ett värmande höstlov i San Agustin, Gran Canaria. Vi har semesterboendet för alla tillfällen.

Läs mer och boka på **lakarforbundet.se/fritidshus.**

Och du... Glöm inte att skicka vykort hem till kollegorna och fikarummet.

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

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